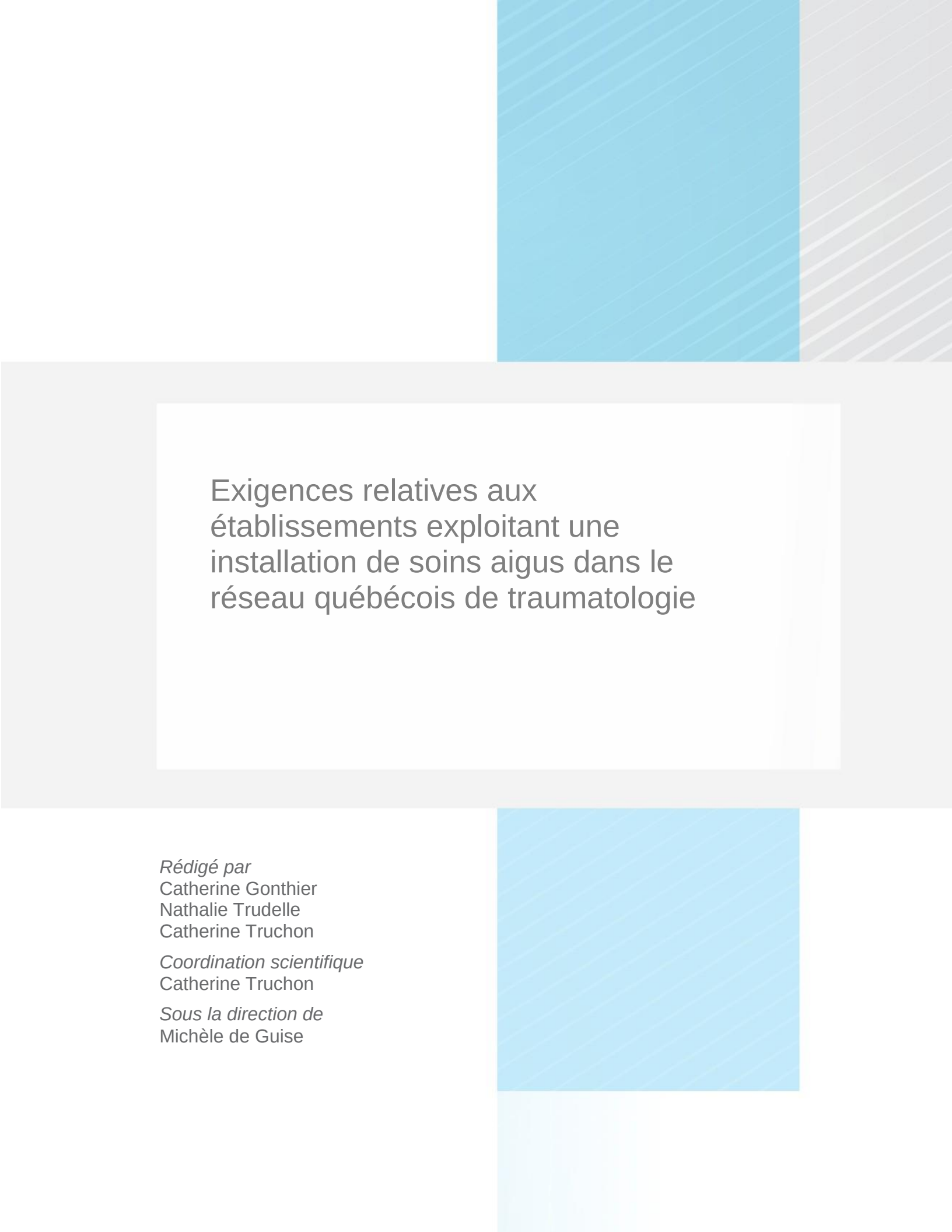


Exigences relatives aux
établissements exploitant une
installation de soins aigus dans le
réseau québécois de traumatologie

Une production de l'Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux (INESSS)

Direction des services de santé et de l'évaluation
des technologies



Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie

Rédigé par

Catherine Gonthier
Nathalie Trudelle
Catherine Truchon

Coordination scientifique

Catherine Truchon

Sous la direction de

Michèle de Guise

Le contenu de cette publication a été rédigé et édité par l'INESSS.

Ce document et ses annexes sont accessibles en ligne dans la section *Publications* de notre site Web.

Membres de l'équipe de projet

Auteures principales

Catherine Gonthier, M. Sc.

Nathalie Trudelle, B. Sc., M. Sc. Adm.

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Coordonnatrice scientifique

Catherine Truchon, Ph. D., M. Sc. Adm.

Direction scientifique

Michèle de Guise, M.D. FRCPC, M.M.

Repérage d'information scientifique et soutien documentaire

Caroline Dion, M.B.S.I., *bibl. prof.*

Mathieu Plamondon, M.S.I.

Lysane St-Amour, M.B.S.I.

Julien Chevrier, M.S.I.

Flavie Jouandon, *tech. doc.*

Soutien administratif

Jacinthe Clusiau

Équipe de l'édition

Patricia Labelle

Denis Santerre

Hélène St-Hilaire

Sous la coordination de

Renée Latulippe, M.A.

Avec la collaboration de

Révision Littera Plus, révision linguistique

Catherine Gervais, traduction

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2018

Bibliothèque et Archives Canada, 2018

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF) ISBN 978-2-550-82221-9 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2018

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Exigences relatives aux établissements exploitant une installation de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie. Rapport rédigé par Catherine Gonthier, Nathalie Trudelle et Catherine Truchon. Québec, Qc : INESSS; 2018. 84 p.

L'Institut remercie les membres de son personnel qui ont contribué à l'élaboration du présent document.

Lecteurs externes

La lecture externe est un des mécanismes utilisés par l'INESSS pour assurer la qualité de ses travaux. Les lecteurs externes valident les aspects méthodologiques de l'évaluation, de même que l'exactitude du contenu, en fonction de leur domaine d'expertise respectif.

Les lecteurs externes du présent document sont :

D^r Serge Bergeron, directeur médical des services préhospitaliers d'urgence et médecin-conseil à la DSP dans les dossiers continuum AVC, continuum IAMEST et continuum traumatologie, CIUSSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

M^{me} Marie St-Amour, consultante pour le programme de traumatologie, CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteures de ce document ainsi que les lecteurs externes déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts ou de rôles. Aucun financement externe n'a été obtenu pour la réalisation de ce document.

Remerciements

L'équipe de projet souhaite remercier les Docteurs Gilles Bourgeois et Jean Lapointe et, tout particulièrement, M. Mario De Bellefeuille, pour le travail colossal de recherche, d'analyse et de synthèse des exigences en traumatologie (publié en 2015), qui a servi de point de départ à la mise à jour actuelle des exigences pour le réseau québécois.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Le contenu ne reflète pas forcément les opinions des personnes consultées aux fins du dossier.

L'usage du masculin a été retenu afin de faciliter la lecture tout au long du document et il sous-entend l'inclusion du genre féminin.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SUMMARY	III
SIGLES ET ACRONYMES	V
INTRODUCTION	1
CONTEXTE	2
OBJECTIF	5
MÉTHODE	6
EXIGENCES ET MODALITÉS DE REDDITION DE COMPTES.....	10
SECTION 1 ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION.....	12
1.1 Engagement du conseil d'administration et de la direction générale	12
1.2 Engagement de la direction des services professionnels	12
1.3 Engagement des directions cliniques et des services paramédicaux	15
1.4 Engagement et coordination médico-administrative du programme de traumatologie	16
1.5 Engagement du comité local de traumatologie	17
1.6 Présence et engagement d'un groupe de médecins en tant que leader de l'équipe de traumatologie	20
1.7 Représentation du comité local de traumatologie au sein du comité régional de traumatologie	21
SECTION 2 ENTENTES DE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS.....	22
2.1. Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes	22
2.2. Directives et orientations ministérielles	25
SECTION 3 DISPONIBILITÉ ET FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES EN TRAUMATOLOGIE.....	26
3.1. Disponibilité des spécialités chirurgicales, des spécialités médicales et des ressources paramédicales	26
3.2. Disponibilité des ressources de réadaptation.....	27
3.3. Formation des cliniciens	29
SECTION 4 DONNÉES DE TRAUMATOLOGIE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ.....	30
4.1. Respect du calendrier de saisie du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ).....	30
4.2. Audit de dossiers par le comité local de traumatologie	31
4.3. Analyse des bilans de qualité et de performance par le comité local de traumatologie	32
SECTION 5 PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES.....	35
5.1. Urgence	35
Plateaux techniques attendus à l'urgence.....	35
Procédures et algorithmes attendus à l'urgence	35
5.2. Bloc opératoire et salle de réveil	44

Plateau technique attendu au bloc opératoire	44
Procédures et algorithmes attendus au bloc opératoire et à la salle de réveil.....	44
5.3. Soins intensifs.....	45
Plateaux techniques attendus aux soins intensifs.....	45
Procédures et algorithmes attendus aux soins intensifs	46
5.4. Unité de traumatologie	48
Plateaux techniques attendus à l'unité de traumatologie	48
Protocoles et procédures attendus à l'unité de traumatologie	49
5.5. Imagerie médicale	51
Plateaux techniques attendus en imagerie médicale	51
Protocoles et procédures attendus en imagerie médicale	51
5.6. Laboratoires et banque de sang.....	53
Plateaux techniques attendus aux laboratoires et à la banque de sang.....	53
Protocoles et procédures attendus aux laboratoires et à la banque de sang	53
5.7. Plan des mesures d'urgence	54
5.8. Don d'organes et de tissus	54
5.9. Grilles d'évaluation des procédures et processus.....	55
SECTION 6 ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE ET DE SOUTIEN AU RÉSEAU	57
6.1. Activités de prévention, de sensibilisation et d'information	57
6.2. Activités d'enseignement.....	57
6.3. Activités de recherche et de transfert des connaissances en traumatologie	58
6.4. Activités de soutien au réseau.....	59
RÉFÉRENCES	61
ANNEXE A Critères historiques pour distinguer les niveaux de désignation des installations de soins aigus du réseau québécois de traumatologie	64
ANNEXE B Exigences relatives aux établissements exploitant une ou des installations de soins aigus désignées en traumatologie	67
ANNEXE C Collecte de données des services préhospitaliers d'urgence (SPU).....	82
ANNEXE D Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie	84

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle d'évaluation des installations du réseau de traumatologie reposant sur le modèle de Donabedian	2
Figure 2	Synthèse du processus de production des exigences – révision 2012-2015	8
Figure 3	Illustration du statut des exigences selon le niveau de désignation en traumatologie	11

RÉSUMÉ

Contexte

Le réseau québécois de traumatologie est constitué d'une soixantaine d'installations de soins aigus désignées et hiérarchisées en cinq niveaux (tertiaire – adulte ou pédiatrique – secondaire régional, secondaire, primaire et centre de stabilisation) selon la spécialisation des services offerts et les ressources disponibles. Pour exploiter une installation désignée en traumatologie, un établissement doit répondre à une série d'exigences, ou éléments de conformité, propres à son niveau de désignation.

La dernière révision des exigences sur laquelle s'appuie la désignation des installations du réseau québécois remontant à 2001 et à la suite de la mise à jour des exigences en traumatologie par plusieurs organisations internationales, l'INESSS a entrepris en 2012 un processus de révision de ces exigences. De plus, avec l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales en 2015, la réorganisation du réseau de la santé a nécessité une révision du processus d'évaluation de la conformité aux exigences des établissements exploitant une ou des installations désignées. Le présent document vise à présenter l'ensemble des exigences retenues à la suite du processus de révision ainsi que leur statut (exigence essentielle, optionnelle ou non requise) pour chaque niveau de désignation en traumatologie et les appuis scientifiques liés à chacune des exigences.

Méthodologie

L'INESSS a d'abord procédé à une révision de la littérature scientifique provenant des organismes d'accréditation et d'audit reconnus en traumatologie, suivi d'un processus de consultation d'experts québécois pour sélectionner les exigences nécessaires à la désignation des installations de soins aigus. Par la suite, le modèle de reddition de comptes permettant d'évaluer la conformité aux exigences a été revu afin de simplifier le processus et de rendre plus objective la manière de documenter la conformité attendue.

Résultats

Le cadre regroupant les 247 exigences retenues est dorénavant catégorisé en six thèmes :

- 1) Engagement de l'établissement et structure de concertation de l'installation;
- 2) Ententes de transfert interétablissements;
- 3) Disponibilité et formation des ressources humaines en traumatologie;
- 4) Données de traumatologie de l'installation;
- 5) Plateaux techniques, procédures et algorithmes;
- 6) Activités de prévention, d'enseignement, de recherche et de soutien au réseau.

Afin de suivre la mise en place et le respect des exigences dans chacun des établissements exploitant une ou des installations désignées en traumatologie, des outils de reddition de comptes appelés « gabarits » ont été développés par l'INESSS. Un gabarit distinct est disponible pour chaque thème et les six gabarits seront déployés graduellement dans le réseau de traumatologie. Ces gabarits permettront aux établissements et à chacune de ses installations désignées d'assurer le suivi des exigences liées à son niveau de désignation, et ce, dans un souci d'amélioration continue de la qualité.

SUMMARY

Requirements relating to the institutions responsible for the operation of acute healthcare facilities designated within the Quebec trauma network

Context

The Quebec trauma network includes some sixty (60) acute healthcare facilities, designated and organized into a five-level hierarchy (tertiary – adult or paediatric population; regional secondary; secondary; primary; and stabilization center) based on the specialization of services and resources available. To operate a facility designated in traumatology, an institution must meet a series of requirements or compliance elements specific to their respective level of designation.

The latest revision of the requirements on which the designation of the Quebec network of healthcare facilities is based goes back to 2001. Following an update of the trauma requirements published by a number of international organizations, INESSS undertook a process to review them in 2012. With the enforcement of the *Act to modify the organization and governance of the health and social services network, in particular by abolishing the regional agencies*, the reorganization of the health care network made it necessary to review the process used to assess the compliance of institutions responsible for the operation of designated facilities with the requirements. This document aims to present the requirements selected after the review process and their status (essential, optional, or not required) for each level of trauma designation, and the scientific bases supporting their selection.

Methodology

INESSS started by reviewing the scientific literature from accreditation and audit agencies widely acknowledged among the trauma care community, then conducted a vast consultation among Quebec experts in order to select the necessary requirements for the designation of acute care facilities. Lastly, the model of reporting used to assess the conformity of the requirements was then revisited with the objective of simplifying the process and making the method of documenting expected compliances more objective.

Results

The framework consisting of a selection of 247 requirements is now organized in six themes:

- 1) Institutional commitment and facility consultation structure
- 2) Interinstitutional transfer agreements
- 3) Availability and training of trauma care human resources
- 4) Health care facility trauma data
- 5) Technical platforms, procedures and algorithms
- 6) Prevention, teaching, research and network support activities

To facilitate the monitoring of the implementation and observance of requirements by each institution responsible for the operation of one or several facilities designated within the Quebec trauma network, INESSS developed reporting tools, called *templates*. A specific template is available for each theme, for a total of six templates to be implemented gradually throughout the Quebec trauma network. With these templates, each institution and its designated facilities will be able to monitor the requirements associated with its level of designation, for the sake of continuous quality improvement.

SIGLES ET ACRONYMES

ACLS	Advanced Cardiovascular Life Support
ACS	American College of Surgeons
APLS	Advanced Paediatric Life Support
ATLS	Advanced Trauma Life Support
BM	Blessés médullaires
BTF	Brain Trauma Foundation
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
DSP	Directeur des services professionnels
EAST	Eastern Association for the Surgery of Trauma
GCS	Glasgow Coma Scale – Échelle de Glasgow
HRSA	U.S. Health Resources & Services Administration
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IRM	Imagerie par résonance magnétique
ISS	Injury Severity Score – Indice de gravité des blessures
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NHS	National Health Service
ONF	Ontario Neurotrauma Foundation
PALS	Pediatric Advanced Life Support
RACS	Royal Australasian College of Surgeons
SIRTQ	Système d'information du Registre des traumatismes du Québec
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAC	Trauma Association of Canada
TCC	Traumatisme craniocérébral
TCCMG	Traumatisme craniocérébral modéré ou grave
TDM	Tomodensitométrie
TNCC	Trauma Nursing Core Course
VARMU	Victime d'une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence
VBG	Victime de brûlures graves

INTRODUCTION

Établi depuis maintenant plus de deux décennies, le réseau québécois de traumatologie est un exemple de réseau bien organisé, efficace et qui dispense des soins et services de grande qualité aux victimes de traumatismes [Truchon *et al.*, 2017; WHO, 2010; Vérificateur général du Québec, 2005]. L'amélioration continue de la qualité est un élément central du réseau; elle est possible grâce à l'engagement des installations spécifiquement impliquées dans cette offre de services ainsi que par la mobilisation et la collaboration de tous ses acteurs.

La désignation des installations qui offrent des services de soins aigus en traumatologie est faite par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), selon une gradation en cinq niveaux : tertiaire (adulte ou pédiatrique), secondaire régional, secondaire, primaire et centre de stabilisation. Pour exploiter une ou des installations désignées en traumatologie, un établissement doit répondre à une série d'exigences, ou éléments de conformité, en fonction du niveau de désignation de l'installation. Dans ce contexte, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) est responsable d'établir ces exigences à partir de données scientifiques et de l'exemple d'organisations reconnues dans le développement de normes de qualité, de surveiller le niveau de conformité aux exigences et d'assurer le suivi de la qualité auprès des établissements et de leurs installations du réseau. Ce suivi est réalisé par l'intermédiaire de cycles d'évaluation périodiques présents depuis la mise en place du réseau.

Les deux premiers cycles d'évaluation ont permis la désignation des installations de soins aigus en traumatologie et la confirmation de la pertinence des désignations alors que le troisième cycle (réalisé entre 2000 et 2004) a permis la mise à jour des exigences à partir des données probantes, validées par des experts [INESSS, 2012a]. En 2012, la révision des exigences sur lesquelles repose le processus de désignation des installations de soins aigus a été entreprise par l'INESSS. Cette démarche inclut une revue de la littérature scientifique des grandes organisations en traumatologie et un processus de consultation auprès d'un groupe d'experts québécois [INESSS, 2015a]. À la suite de ces travaux, des modifications ont été effectuées sur 1) les outils utilisés pour énumérer les exigences; et 2) les outils permettant la reddition de comptes afin de simplifier le processus d'évaluation des installations désignées en traumatologie. Ces modifications ont également rendu plus objective la manière de documenter la conformité attendue à chacune des exigences retenues.

Ce document s'inscrit dans la suite logique de travaux liés au développement et à l'amélioration de la qualité du réseau de traumatologie [INESSS, 2015a; INESSS, 2015b]. Il présente l'ensemble des exigences révisées applicables aux établissements exploitant des installations de soins aigus désignées en traumatologie selon les différents niveaux de désignation avec, comme ultime objectif, de favoriser la prise en charge optimale et de qualité des patients qui ont subi un traumatisme.

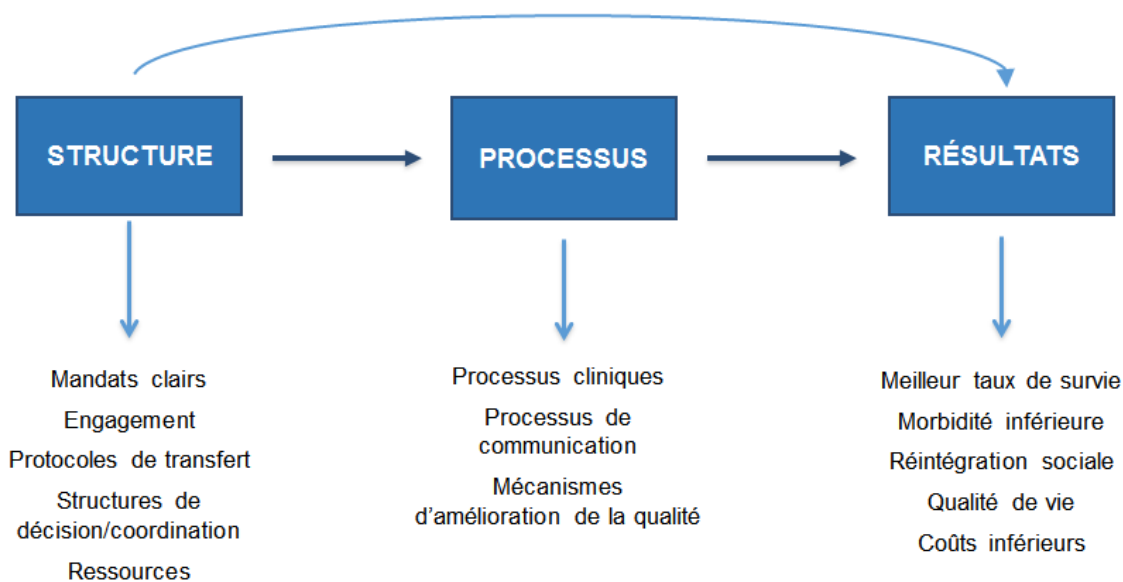
CONTEXTE

Désignation des installations de soins aigus dans le réseau québécois de traumatologie

Le réseau québécois de traumatologie s'est initialement formé à partir d'installations de soins aigus volontaires pour intégrer le réseau. En 1991, les installations intéressées par la traumatologie ont soumis leur candidature en spécifiant le niveau de désignation souhaité et, après révision, 97 installations ont été retenues. De nouveaux cycles d'évaluation ont été effectués régulièrement et les exigences sur lesquelles est basée la désignation en traumatologie ont été peaufinées [INESSS, 2012a]. Le cinquième et dernier cycle d'évaluation (2013-2016) a été effectué auprès de 59 installations. On exclut de ce nombre le Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), désigné uniquement pour des mandats surspécialisés très spécifiques (clientèle victime d'une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence [VARMU] et victime de brûlures graves [VBG]).

Afin de surveiller la performance des installations qui font partie du réseau pour ultimement assurer la qualité des soins et services dispensés en traumatologie, le modèle de Donabedian a été adopté et appliqué au réseau québécois de traumatologie [Moore *et al.*, 2015; Donabedian, 2005 (réimpression, article de 1966)]. Ce modèle soutient que, si les éléments de structure nécessaires au fonctionnement d'un réseau performant sont présents, ils auront un effet sur les processus de soins et, finalement, sur les résultats de santé habituellement escomptés – par exemple une diminution de la mortalité, des complications et de la durée des séjours (voir la figure 1).

Figure 1 Modèle d'évaluation des installations du réseau de traumatologie reposant sur le modèle de Donabedian



Les éléments de structure en traumatologie ciblés pour assurer la prestation de soins et services hospitaliers de qualité, que l'on appelle aussi exigences ou normes de qualité, sont proposés par plusieurs organismes reconnus internationalement [RACS, 2016; ACSCOT, 2014; TAC, 2011; NHS Clinical Advisory Group on Trauma, 2010]. Aux États-Unis, l'American College of Surgeons (ACS) assure depuis de nombreuses années le leadership dans la définition des exigences attendues pour les centres hospitaliers d'un réseau intégré de traumatologie [ACSCOT, 2014]. Ces exigences spécifient les ressources physiques, matérielles, humaines et informationnelles nécessaires à la prestation des soins aux victimes de traumatismes. Elles précisent également les modalités d'intégration, les mécanismes de liaison et de coordination visant ultimement à assurer l'accessibilité et la continuité des soins dans toute la trajectoire pour répondre aux besoins des victimes de traumatismes, selon les meilleures pratiques et en temps opportun. Au Québec, le processus de désignation des installations de soins aigus en traumatologie et les exigences retenues sont fortement inspirés de l'ACS [INESSS, 2015b] et précisées pour chacun des niveaux de désignation (tertiaire, tertiaire pédiatrique, secondaire régional, secondaire, primaire et centre de stabilisation).

La dernière révision des exigences sur laquelle s'appuie la désignation des installations de soins aigus en traumatologie remontant à 2001, l'INESSS a entrepris en 2012 un processus de révision de celles-ci en fonction de la mise à jour des exigences en traumatologie réalisée par plusieurs organisations internationales. Un comité d'experts a procédé à une démarche de révision et d'adaptation des exigences au réseau québécois de traumatologie en fonction des données probantes sélectionnées et des recommandations issues de diverses organisations [INESSS, 2015a].

Processus d'évaluation de la conformité aux exigences

Historiquement, des cycles d'évaluation de la conformité aux exigences étaient prévus aux trois ans et ils incluaient la remise d'une documentation importante par les installations, ainsi que sa validation par un groupe d'experts sous forme d'audit. Les audits en personne se sont graduellement transposés en processus d'évaluation plus linéaire où la documentation devait être colligée et déposée en continu sur la plateforme Web consacrée au réseau québécois de traumatologie.

Dans la foulée de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales, la réorganisation du réseau de la santé a suscité une réflexion sur les modalités de suivi des installations désignées en traumatologie. En effet, cette réorganisation a mené à des changements organisationnels si importants qu'une révision du processus d'évaluation de la conformité aux exigences des installations désignées en traumatologie était indispensable. La désignation des installations de soins aigus en traumatologie a été préservée, mais les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS), les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) et les établissements non fusionnés sont dorénavant responsables de la reddition de comptes attendue des installations sous leur gouverne.

Une révision du processus d'évaluation et de suivi des exigences est proposée par l'INESSS, et approuvée par le MSSS, afin d'alléger le processus et de rendre plus objective l'évaluation du niveau de conformité aux exigences. Ce processus simplifié repose désormais sur la spécification plus objective des éléments de conformité à respecter, sans exiger le dépôt ou la description de l'ensemble des procédures requises. Les résultats aux indicateurs de qualité et de performance sont, pour leur part, mesurés plus régulièrement. Cette formule révisée permet d'assurer la pérennité des activités d'évaluation tout en misant sur une plus grande responsabilisation des établissements et de leurs installations désignées.

OBJECTIF

Ce document vise à présenter l'ensemble des exigences retenues à la suite du processus de révision commencé en 2012 [INESSS, 2015a] qui sont applicables aux établissements exploitant des installations de soins aigus désignées en traumatologie. Plus précisément, il présente :

- les exigences retenues ainsi que leur statut (exigence essentielle, optionnelle ou non requise) selon le niveau de désignation des installations (tertiaire, tertiaire pédiatrique, secondaire régional, secondaire, primaire et centre de stabilisation);
- les appuis scientifiques provenant de la littérature et du consensus d'experts qui soutiennent chaque exigence retenue.

Ce document s'adresse aux :

- décideurs et gestionnaires responsables des soins et services offerts à la clientèle victime de traumatismes;
- cliniciens et professionnels qui exercent au sein des équipes interdisciplinaires dans les installations de soins aigus désignées en traumatologie.

Ce document ne décrit pas les exigences en traumatologie demandées au niveau régional, ni les exigences relatives aux centres d'expertise ou aux consortiums d'établissements.

MÉTHODE

La révision des exigences relatives à la désignation des installations de soins aigus en traumatologie et des modalités de reddition de comptes a été réalisée en deux grandes étapes. Tout d'abord, l'INESSS a procédé en 2012 à la révision complète des exigences en vigueur depuis 2001 au Québec. Cette démarche, qui s'est déployée en plusieurs phases, est expliquée sommairement ci-dessous. La méthodologie complète du processus de révision des exigences a fait l'objet d'une autre publication [INESSS, 2015a].

Par la suite, les modalités de reddition de comptes sous-jacentes à ces exigences ont été révisées après la parution de ce rapport en 2015 pour s'adapter aux changements organisationnels du réseau de la santé et des services sociaux avec l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Processus de révision 2012-2015

Révision de la littérature scientifique et sélection préliminaire

L'INESSS a d'abord procédé à l'inventaire des organismes d'accréditation ou d'audit reconnus en traumatologie. Les sources documentaires consultées sont les suivantes :

Organismes principaux

- American College of Surgeons (ACS)
- Brain Trauma Foundation (BTF)
- Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST)
- National Health Service (NHS)
- Royal Australasian College of Surgeons (RACS)
- Trauma Association of Canada (TAC)

Autres organismes

- Agrément Canada
- Collège des médecins du Québec (CMQ)
- Groupe-conseil en traumatologie (Québec)
- Héma-Québec et Transplant Québec
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)
- Ontario Neurotrauma Foundation (ONF)
- U.S. Health Resources & Services Administration (HRSA)

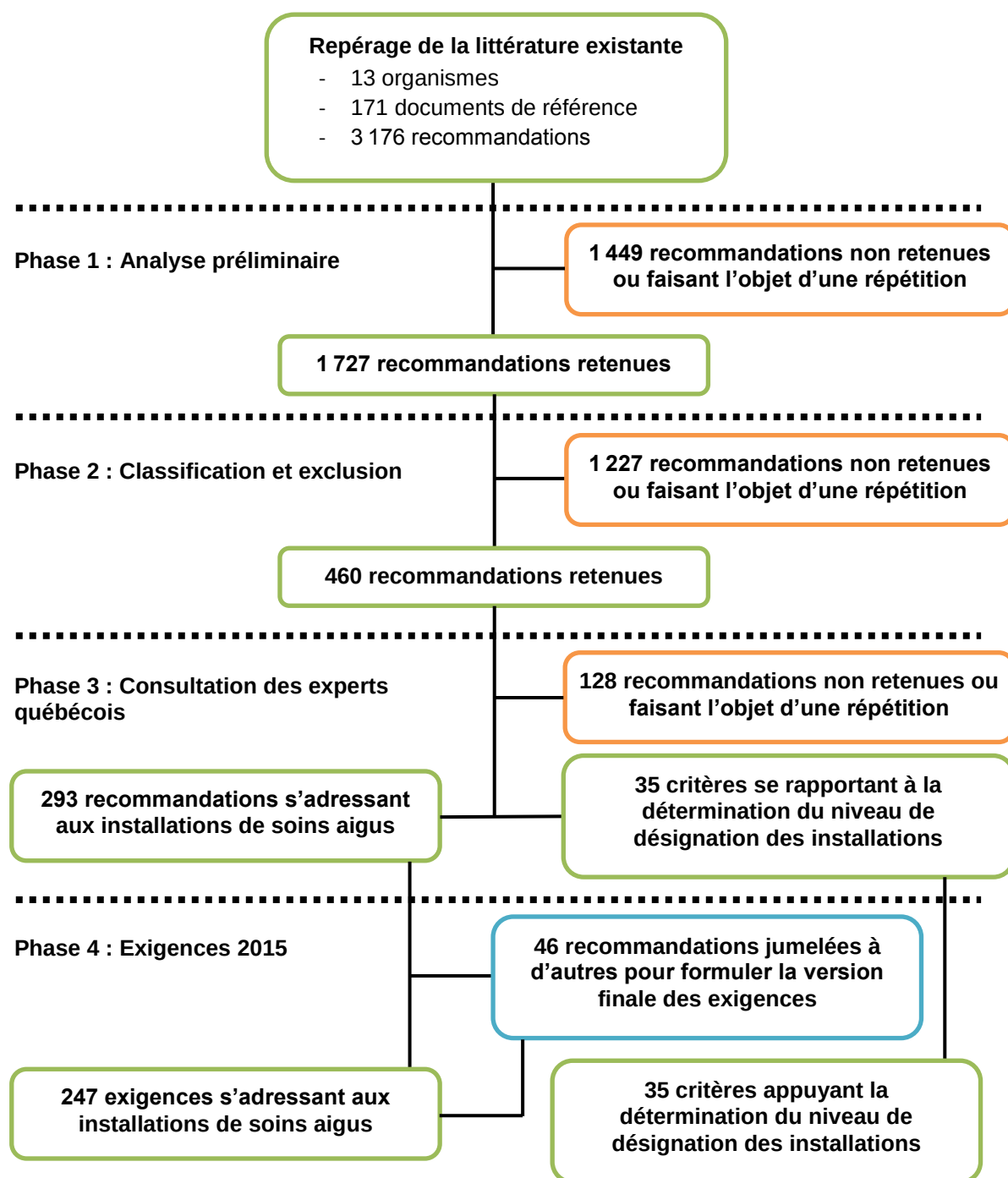
À partir de ces 13 organismes, 171 documents comprenant 3 176 recommandations ou exigences ont été répertoriés. Plusieurs phases d'analyse systématique ont été réalisées afin de ne retenir que les recommandations pertinentes et adaptables au contexte québécois ainsi que celles cohérentes avec la classification des exigences québécoises établie depuis 2001. Le nombre de recommandations a ainsi été réduit et elles ont été regroupées en plusieurs thèmes. Au final, 293 recommandations ont été soumises pour consultation au comité d'experts (voir la figure 2).

Processus de consultation externe

Le processus de consultation a rassemblé 35 experts québécois qui ont été invités à évaluer les recommandations proposées. Des domaines d'expertise variés étaient représentés : chercheur, omnipraticien, urgentologue, directeur des services préhospitaliers, neurochirurgien, anesthésiste, orthopédiste, intensiviste, physiatre, gestionnaire et coordonnateur, radiologiste, chirurgien général, chirurgien et intensiviste et chirurgien pédiatrique. Les experts étaient invités à fournir une cote d'appréciation entre 1 et 10 pour chaque recommandation ainsi qu'à soumettre des suggestions s'ils le souhaitaient.

L'ensemble de cette démarche a permis de sélectionner **247 recommandations transposées en exigences** qui ont été réparties sous 10 thèmes : engagement de l'établissement, comité local de traumatologie, organisation interne du programme de traumatologie, urgence, bloc opératoire et salle de réveil, soins intensifs, unité de traumatologie, équipe multidisciplinaire, imagerie médicale et laboratoires/banque de sang.

Figure 2 Synthèse du processus de production des exigences – révision 2012-2015



Source : Diagramme adapté de INESSS, 2015a.

Mise à jour 2016-2017

Dans un premier temps, l'INESSS s'est assuré de la concordance entre la version des exigences parue en 2015 et les données probantes publiées depuis, et d'en actualiser les références lorsque pertinent. Les principaux organismes recensés lors du processus de 2012-2015 ont été consultés de nouveau afin d'obtenir les mises à jour. Parmi eux, seuls deux organismes ont fait paraître de nouvelles exigences pertinentes depuis le processus de révision 2012-2015, soit :

- l'American College of Surgeons [ACSCOT, 2014];
- le Royal Australasian College of Surgeons [RACS, 2016].

Les documents de référence de la Trauma Association of Canada [TAC, 2011], de la Brain Trauma Foundation [BTF, 2007], du National Health Service [NHS Clinical Advisory Group on Trauma, 2010] ainsi que les multiples recommandations publiées par l'Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST) concernant des procédures cliniques n'ont pas fait l'objet de mises à jour.

Les exigences retenues pour la désignation des installations en traumatologie ont ensuite été adaptées au contexte québécois et à la nouvelle configuration du réseau, en gardant toutefois toujours l'esprit premier et la rationalité propres à l'organisme à la source de l'exigence.

Par la suite, le modèle structurant l'ensemble des exigences et le modèle de reddition de comptes ont été révisés en 2017. Les changements portent sur deux volets :

- 1) le regroupement des exigences a été revu et elles sont maintenant rassemblées en six grands thèmes (plutôt que 10 initialement¹);
- 2) la conformité aux exigences est désormais évaluée par la consignation et l'attestation de la présence des différents éléments requis, par exemple l'identification des personnes clés, la présence des protocoles d'entente, la spécification des effectifs alloués ainsi que leur disponibilité et la présence des mécanismes, protocoles ou procédures exigés par département. Afin d'alléger et de simplifier le processus, il n'est plus nécessaire que les installations fournissent le détail textuel des différents éléments requis (p. ex. les protocoles cliniques), mais cette information doit être présente dans les installations et peut être demandée au besoin.

¹ La numérotation des exigences est conséquemment différente de celle établie dans le rapport publié en 2015 [INESSS, 2015a].

EXIGENCES ET MODALITÉS DE REDDITION DE COMPTES

Désignation des installations et exigences associées

À la suite du processus de révision des exigences de 2012-2015, les critères historiquement appliqués depuis les débuts du réseau québécois de traumatologie pour distinguer les cinq niveaux de désignation des installations de soins aigus ont été entérinés par les experts consultés, tant pour les installations adultes que pédiatriques. Les 35 critères sont présentés à l'[annexe A](#).

Quant au cadre regroupant les exigences et le suivi de la conformité des établissements exploitant une ou des installations désignées en traumatologie, il est dorénavant simplifié et catégorisé en six thèmes :

- 1) Engagement de l'établissement et structure de concertation de l'installation;
- 2) Ententes de transfert interétablissements;
- 3) Disponibilité et formation des ressources humaines en traumatologie;
- 4) Données de traumatologie de l'installation;
- 5) Plateaux techniques, procédures et algorithmes;
- 6) Activités de prévention, d'enseignement, de recherche et de soutien au réseau.

Les 247 exigences retenues sont regroupées sous ces thèmes et elles sont détaillées dans chacune des six sections du présent document avec les références scientifiques qui soutiennent leur inclusion.

Un tableau-synthèse énumérant les 247 exigences est également disponible en [annexe B](#). Ce tableau répertorie chacune des exigences en fonction de son statut (exigence essentielle, optionnelle ou non requise) pour chaque niveau de désignation en traumatologie.

Modalités de reddition de comptes

Afin de suivre la mise en application et le respect des exigences par chacun des établissements exploitant une ou plusieurs installations désignées en traumatologie, des outils de reddition de comptes appelés « gabarits » sont fournis par l'INESSS. Un gabarit distinct est disponible pour chacun des six thèmes regroupant les exigences. Ces gabarits permettent aux établissements et à chacune de ses installations désignées d'assurer le suivi des exigences liées à son niveau de désignation, et ce, dans un souci d'amélioration continue de la qualité.

Des icônes permettant d'illustrer le statut de chaque exigence (exigence essentielle, optionnelle ou non requise) selon le niveau de désignation sont incluses dans les gabarits afin d'en faciliter la distinction (Figure 3).

Figure 3 Illustration du statut des exigences selon le niveau de désignation en traumatologie

Désignation Exigence	Tertiaire	Tertiaire pédiatrique	Secondaire régional	Secondaire	Primaire	Centre de stabilisation
Essentielle	T	TP	SR	S	P	CS
Optionnelle	T	TP	SR	S	P	CS
Non requise	T	TP	SR	S	P	CS

Chaque installation désignée du réseau doit remplir les six gabarits, qui sont ensuite déposés sur la page Web de l'installation prévue à cet effet sur la plateforme consacrée au réseau québécois de traumatologie. Leur conformité est par la suite notée par l'INESSS et par le MSSS.

SECTION 1

ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION

1.1 Engagement du conseil d'administration et de la direction générale

L'établissement doit, au nom de ses installations qui détiennent une désignation en traumatologie, démontrer son engagement dans la mission d'accessibilité, de continuité, d'efficacité et de qualité des services offerts aux victimes de traumatismes dans le réseau québécois de traumatologie.

L'engagement du conseil d'administration et de la direction générale de l'établissement témoigne de l'intention de participer activement à l'actualisation du mandat en traumatologie et de respecter les rôles et responsabilités associés afin d'offrir des soins et services de qualité en fonction des exigences attendues (p. ex. délais de prise en charge, allocation des ressources, etc.) et des corridors de clientèles établis. Le conseil d'administration et la direction générale s'engagent ainsi à soutenir les installations désignées sous leur gouverne dans le respect des exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Exigences 1.1.1 et 1.1.2

Le conseil d'administration et la direction générale de l'établissement s'engagent activement dans l'actualisation du mandat en traumatologie des installations désignées sous leur gouverne et ils s'engagent à les soutenir dans le respect des exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Une résolution du conseil d'administration fait foi de cet engagement et doit faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

1.2 Engagement de la direction des services professionnels

La direction des services professionnels de l'établissement, par l'intermédiaire de son directeur, apporte une contribution active à l'amélioration des soins et services offerts aux victimes de traumatismes, et ce, dans le respect des corridors de clientèles établis.

Le directeur des services professionnels (DSP) s'assure d'établir, dans chacune des installations désignées en traumatologie sous sa gouverne et selon leur niveau de désignation, les éléments énumérés dans la présente sous-section.

Exigence 1.2.1

La direction des services professionnels participe à l'actualisation du mandat en traumatologie et s'engage à soutenir les installations dans le respect des exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Son engagement doit faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

Exigence 1.2.2

L'installation, par l'intermédiaire de son DSP, assure la désignation d'un médecin en tant que chef du service de l'urgence, qui s'engage à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigences 1.2.3 et 1.2.4

L'installation, par l'intermédiaire de son DSP, établit une coordination médico-administrative du bloc opératoire et de la salle de réveil en désignant un coordonnateur médical et un coordonnateur administratif. Ceux-ci s'engagent à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le processus de nomination du coordonnateur médical et le partage des responsabilités avec le coordonnateur administratif du bloc opératoire sont documentés au sein de l'installation.

Le rôle principal des responsables du bloc opératoire consiste à gérer les priorités opératoires en exerçant leur autorité dans la gestion des conflits potentiels et en assurant l'accès de ces locaux aux victimes de traumatismes graves selon les exigences en traumatologie.

Exigences 1.2.5 et 1.2.6

L'installation, par l'intermédiaire de son DSP, établit une coordination médico-administrative des soins intensifs en désignant un coordonnateur médical et un coordonnateur administratif. Ceux-ci s'engagent à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie².

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le processus de nomination du coordonnateur médical et le partage de responsabilités avec le coordonnateur administratif des soins intensifs sont documentés au sein de l'installation.

L'élaboration et le processus de révision des politiques et procédures de réanimation des victimes de traumatismes graves sont sous la responsabilité conjointe du coordonnateur médical et du coordonnateur administratif des soins intensifs.

² Exemple d'autres normes disponibles dans College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand (CICM), 2011.

Exigences 1.2.7 et 1.2.8

L'installation, par l'intermédiaire de son DSP, établit une coordination médico-administrative de l'unité de traumatologie en désignant un coordonnateur médical et un coordonnateur administratif. Ceux-ci s'engagent à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le processus de nomination du coordonnateur médical et le partage des responsabilités avec le coordonnateur administratif de l'unité de traumatologie sont documentés au sein de l'installation.

Le suivi médical des patients admis dans une unité spécialisée doit être assumé par le médecin responsable de l'unité. Une couverture médicale 24/7 doit être assurée.

Dans le cas d'une unité non spécialisée, le chirurgien général assure le suivi médical pour les 24 premières heures. Par la suite, il y a transfert de la responsabilité dans la spécialité médicale la plus significative, si nécessaire, et ce, sans droit de refus.

Engagement des spécialités chirurgicales et médicales qui exercent en traumatologie

Le DSP s'assure de l'engagement et de la contribution des spécialités chirurgicales et autres spécialités médicales qui collaborent à l'actualisation du mandat de traumatologie de l'installation. Ces engagements doivent faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

Exigences 1.2.9 à 1.2.21

Le DSP s'engage, au nom de chacune des spécialités chirurgicales ciblées, à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie. Chacun des chefs de département des spécialités ciblées a pris connaissance des responsabilités qui lui incombent.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les spécialités chirurgicales visées sont :

- 1.2.9 Chirurgie générale
- 1.2.10 Chirurgie pédiatrique
- 1.2.11 Chirurgie cardiaque
- 1.2.12 Chirurgie maxillo-faciale
- 1.2.13 Chirurgie gynécologique et obstétricale
- 1.2.14 Chirurgie ophtalmologique
- 1.2.15 Chirurgie orthopédique
- 1.2.16 Plastie
- 1.2.17 Chirurgie thoracique
- 1.2.18 Chirurgie urologique
- 1.2.19 Chirurgie vasculaire
- 1.2.20 Neurochirurgie
- 1.2.21 Chirurgie oto-rhino-laryngologique

Exigences 1.2.22 à 1.2.29

Le DSP s'engage, au nom de chacune des spécialités médicales ciblées, à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie. Chacun des chefs de département des spécialités ciblées a pris connaissance des responsabilités qui lui incombent.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les spécialités médicales visées sont :

- 1.2.22 Anesthésie
- 1.2.23 Hématologie et médecine transfusionnelle
- 1.2.24 Imagerie médicale :
 - 1.2.24.1 Angiographie
 - 1.2.24.2 Échographie
 - 1.2.24.3 Radiologie
 - 1.2.24.4 Imagerie par résonance magnétique (IRM)
 - 1.2.24.5 Tomodensitométrie (TDM)
- 1.2.25 Intensiviste/Soins intensifs
- 1.2.26 Médecine d'urgence ou urgence 24/7
- 1.2.27 Médecine spécialisée :
 - 1.2.27.1 Cardiologie
 - 1.2.27.2 Gastroentérologie
 - 1.2.27.3 Gériatrie
 - 1.2.27.4 Médecine interne
 - 1.2.27.5 Microbiologie et infectiologie
 - 1.2.27.6 Néphrologie (hémodialyse)
 - 1.2.27.7 Neurologie
 - 1.2.27.8 Pneumologie
 - 1.2.27.9 Pédiatrie
- 1.2.28 Physiothérapie
- 1.2.29 Psychiatrie

1.3 Engagement des directions cliniques et des services paramédicaux

La direction des soins infirmiers (DSI), la direction des services hospitaliers ou la direction générale adjointe (DSH/DGA) ainsi que la direction des services multidisciplinaires (DSM) s'engagent à apporter une contribution active à l'amélioration des soins et services offerts aux victimes de traumatismes, et ce, dans le respect des corridors de clientèle établis. Les services paramédicaux et de réadaptation contribuent également à l'actualisation du mandat de traumatologie de l'installation en s'engageant à respecter les rôles et responsabilités qui leur sont dévolus.

Tous ces engagements doivent faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

Exigences 1.3.1 à 1.3.4

Les directions cliniques ciblées contribuent à l'actualisation du mandat en traumatologie et s'engagent à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les directions cliniques visées sont :

- 1.3.1 Direction des soins infirmiers
- 1.3.2 Direction des services hospitaliers ou Direction générale adjointe
- 1.3.3 Direction des services multidisciplinaires
- 1.3.4 Autres directions de programmes de soins et de services à la clientèle

Exigences 1.3.5 à 1.3.13

Les directions cliniques s'engagent, au nom de chacun des services paramédicaux ciblés, à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie. Les chefs de chacun des services ciblés ont pris connaissance des responsabilités qui leur incombent.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les services paramédicaux visés sont :

- 1.3.5 Archives médicales
- 1.3.6 Banque de sang
- 1.3.7 Biochimie
- 1.3.8 Inhalothérapie
- 1.3.9 Nutrition clinique
- 1.3.10 Pharmacie
- 1.3.11 Réadaptation
- 1.3.12 Services préhospitaliers
- 1.3.13 Service social

Pour les services préhospitaliers, l'engagement du directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence ou du responsable de chacune des compagnies ambulancières qui dessert l'installation est requis.

1.4 Engagement et coordination médico-administrative du programme de traumatologie

Dans les installations tertiaires, tertiaires pédiatriques et secondaires régionales, la direction médicale et la coordination médico-administrative du programme de traumatologie assurent le leadership dans la gestion des activités cliniques, administratives, d'enseignement, de recherche, de formation et d'amélioration continue de la qualité en traumatologie dans le réseau québécois. Elles favorisent la cohésion entre les équipes cliniques qui participent aux soins apportés aux victimes de traumatismes et établissent des partenariats avec les acteurs du continuum de services en traumatologie afin d'assurer la continuité et la fluidité des soins et services offerts.

Exigences 1.4.1 à 1.4.3

Le directeur médical, le coordonnateur administratif et le coordonnateur clinique (s'il y a lieu) du programme de traumatologie s'engagent à respecter les exigences inhérentes au mandat associé à la désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Ces engagements doivent faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

- 1.4.1 Directeur médical : le médecin désigné comme président du comité local de traumatologie peut également agir comme directeur médical du programme de traumatologie.
- 1.4.2 Coordonnateur administratif et coordonnateur clinique : selon la structure
- et organisationnelle déterminée par l'installation, la coordination administrative et la
- 1.4.3 coordination clinique du programme peuvent être assurées par la même personne ou par des personnes distinctes.

1.5 Engagement du comité local de traumatologie

Le comité local de traumatologie est un comité multidisciplinaire propre à chaque installation désignée; il est responsable de l'élaboration, de l'application, de la promotion et du suivi des activités de traumatologie en son centre. Par le suivi en continu de ses activités, le comité veille à ce que les services dispensés et les processus appliqués soient de qualité, en fonction des normes attendues pour les victimes de traumatismes.

Le modèle de gouvernance par les CISSS/CIUSSS/établissements non fusionnés prévoit des liens hiérarchiques et fonctionnels entre le comité local de traumatologie, la direction des services professionnels ainsi qu'avec les autres directions pertinentes au sein de chacune des installations désignées concernant les activités de traumatologie.

Exigence 1.5.1

Un comité local de traumatologie relevant de la direction des services professionnels doit être en place dans chaque installation qui détient une désignation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 1.5.2

Le comité local de traumatologie est sous la responsabilité d'un médecin qui en assume la présidence. Celui-ci est responsable de l'actualisation du mandat du comité local de traumatologie et devra en rendre compte. Il exerce, avec le leader de l'équipe de traumatologie (*Trauma Team Leader*), s'il y a lieu, le leadership nécessaire à l'amélioration continue des activités de traumatologie dans l'installation et avec les partenaires.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le mécanisme de nomination à la présidence du comité local de traumatologie et le partage des rôles et responsabilités associés à cette fonction sont documentés au sein de l'installation. L'engagement du président s'avère essentiel au bon fonctionnement du comité local et il doit faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

Le président s'engage à ce que le comité local de traumatologie respecte et actualise les mandats suivants :

- Identifier et adresser aux responsables des directions et services concernés des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatismes;
- Contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux victimes de traumatismes;
- Assurer un suivi régulier des services offerts aux victimes de traumatismes en fonction des normes établies;
- Procéder à l'analyse des statistiques descriptives, des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultats (IR) produits par l'INESSS;
- Procéder à l'étude des dossiers selon les besoins et les objectifs d'amélioration, y compris les cas de mortalité et de morbidité;
- Assurer le fonctionnement optimal du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) ou d'une banque de données locale des traumatismes;
- Assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'installation;
- Assurer le suivi des recommandations fournies à la suite des visites d'évaluation de la performance de l'installation;
- S'assurer de la conformité des gabarits et autres documents exigés par le niveau de désignation en traumatologie;
- Assurer la liaison avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatismes;
- Assurer le suivi des ententes pour les corridors de service (en aval et en amont);
- Permettre à l'équipe d'intervenants en traumatologie de procéder aux ajustements nécessaires à la réussite des activités de traumatologie;
- Assurer l'arrimage nécessaire avec le comité régional de traumatologie;
- Informer tous les membres du comité local au sujet des communications officielles reçues à l'installation concernant les activités de traumatologie.

Exigences 1.5.3 à 1.5.16

Le comité local de traumatologie est multidisciplinaire et la représentation de certaines disciplines est obligatoire. Toutefois, tous les intervenants de l'installation qui exercent en traumatologie peuvent siéger au comité local.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Selon le niveau de désignation de l'installation, les disciplines suivantes doivent être représentées au comité local :

- | | |
|--------|--|
| 1.5.3 | Direction des services professionnels |
| 1.5.4 | Présidence (médecin président du comité local de traumatologie) |
| 1.5.5 | Urgence (médecin-chef ou infirmière-chef) |
| 1.5.6 | Bloc opératoire/salle de réveil (coordonnateur médical ou administratif) |
| 1.5.7 | Soins intensifs (coordonnateur médical ou administratif) |
| 1.5.8 | Unité de traumatologie spécialisée ou non spécialisée (coordonnateur médical ou administratif) |
| 1.5.9 | Équipe multidisciplinaire et services paramédicaux |
| 1.5.10 | Imagerie médicale (coordonnateur médical ou administratif) |
| 1.5.11 | Laboratoires/banque de sang (coordonnateur médical ou administratif) |
| 1.5.12 | Chirurgie |
| 1.5.13 | Orthopédie |
| 1.5.14 | Neurochirurgie |
| 1.5.15 | Archives médicales (archiviste responsable du SIRTQ) |
| 1.5.16 | Secteur préhospitalier |

Des représentations d'autres secteurs peuvent également être parfois indiquées, notamment :

- Médecine interne
- Pharmacie
- Infirmier ou infirmière de liaison en traumatologie
- Services de réadaptation
- Autres intervenants concernés, au besoin

Modalités de reddition de comptes

Le comité local de traumatologie est un élément essentiel et incontournable dans la désignation d'une installation en traumatologie. Le mandat du comité inclut notamment la surveillance des activités de traumatologie et l'amélioration continue de la qualité et de la performance de son installation désignée. Il assure aussi la coordination des processus.

Les mécanismes de fonctionnement du comité, soit les rôles des participants, le quorum, le calendrier annuel des rencontres, les ordres du jour, les procès-verbaux et le suivi des recommandations, sont documentés. Les membres du comité local s'engagent à respecter les modalités de reddition de comptes suivantes :

Exigence 1.5.17

Tenue du nombre minimal de rencontres prescrites par année financière :

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

4 rencontres au minimum/année (installations tertiaires, tertiaires pédiatriques et secondaires régionales)

3 rencontres au minimum/année (installations secondaires)

2 rencontres au minimum/année (installations primaires et centres de stabilisation)

Exigence 1.5.18

Transmission des procès-verbaux à l'INESSS dès que ceux-ci sont adoptés afin de permettre le suivi de la conformité.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les procès-verbaux ne seront pas affichés sur le site Web de l'INESSS, et seuls les membres de l'équipe de l'INESSS ou du MSSS pourront les consulter.

1.6 Présence et engagement d'un groupe de médecins en tant que leader de l'équipe de traumatologie

Le leader de l'équipe de traumatologie (*Trauma Team Leader*) est défini comme étant le médecin-chef d'équipe en traumatologie et il fait généralement référence à un médecin de famille/omnipraticien à l'urgence ou à un médecin spécialiste de chirurgie générale, de médecine interne, de soins intensifs, d'anesthésiologie ou de médecine d'urgence. Les installations de niveau tertiaire doivent constituer un groupe composé de plusieurs médecins désignés pour agir à titre de leader de l'équipe de traumatologie.

Les médecins qui ont le titre de leader de l'équipe de traumatologie au sein de leur installation doivent être désignés par le DSP et détenir les leviers administratifs nécessaires à l'accomplissement de leur tâche. De plus, le groupe de médecins qui exerce la fonction de leader de l'équipe de traumatologie doit nommer un responsable qui assumera une liste de garde étanche. Le médecin désigné comme responsable du groupe doit obligatoirement siéger au comité local de traumatologie.

Globalement, le leader de l'équipe de traumatologie doit :

- assurer le leadership et la coordination de l'ensemble des actions posées par une équipe soignante auprès d'une victime de traumatismes, de la prise en charge à l'urgence et tout au long du parcours diagnostique et thérapeutique;
- assurer directement la coordination clinique des actions de réanimation, de stabilisation et de réalisation du bilan lésionnel des victimes de traumatismes graves dès leur arrivée à l'urgence, ainsi que l'orientation vers les unités de soins appropriées;
- coordonner la transmission de l'information pertinente aux médecins consultants et aux personnes et services concernés;
- voir au respect des marqueurs systémiques et cliniques établis ainsi que des protocoles en vigueur au programme de traumatologie de son installation.

Exigence 1.6.1

Un groupe de médecins désignés par le DSP est présent et engagé dans l'exercice de la fonction de leader de l'équipe de traumatologie (*Trauma Team Leader*).

Références : NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Cet engagement doit faire l'objet d'un processus de renouvellement aux 5 ans.

Les rôles et responsabilités du leader de l'équipe de traumatologie sont les suivants :

- Assurer la réception des appels des hôpitaux référents qui sollicitent l'expertise de l'installation tertiaire, avec comme objectif l'absence de refus ou de retard dans le transfert de la victime de traumatismes, comme indiqué dans les ententes de transfert interétablissements;
- Être disponible en 20 minutes;
- Assurer une gestion appropriée du triage et de la prise en charge initiale de la victime de traumatismes et diriger l'équipe de traumatologie à l'urgence pour la réanimation, la stabilisation, l'établissement du bilan lésionnel et l'orientation définitive du patient dans le respect des marqueurs M10, M30 et M60;
- Coordonner les liaisons nécessaires entre les divers intervenants, services et ressources engagés dans les soins de la victime de traumatismes;
- S'assurer de l'application des procédures et des protocoles liés au fonctionnement du programme et selon les besoins de la clientèle;
- Contribuer à établir des liens efficaces et efficients dans les services offerts aux victimes de traumatismes;
- Contribuer et participer à toutes les activités d'amélioration de la qualité du programme local de traumatologie;
- Participer à la formation du nouveau personnel de l'équipe.

1.7 Représentation du comité local de traumatologie au sein du comité régional de traumatologie

Le comité local de traumatologie doit se doter d'un mécanisme qui assurera la représentation de celui-ci aux réunions du comité régional de traumatologie. La personne désignée au niveau local assure le transfert de l'information entre les instances locale et régionale, elle traduit les enjeux locaux et régionaux et assure la collaboration et la participation active de l'établissement dans la réalisation des plans d'action dans un objectif d'amélioration continue de la qualité, tant sur le plan local que régional. Le comité local de traumatologie favorise la stabilité de sa représentation au sein du comité régional de traumatologie.

Toutes les exigences liées à la composition et au fonctionnement du comité régional de traumatologie ne sont pas énumérées ici, ce document faisant uniquement référence aux éléments exigés au niveau local, c.-à-d. pour chaque installation désignée en traumatologie.

Exigence 1.7.1

Le comité local de traumatologie doit se doter d'un mécanisme qui permettra d'assurer la représentation d'au moins un de ses membres aux réunions du comité régional de traumatologie.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

SECTION 2

ENTENTES DE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS

2.1. Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes

La direction générale et le directeur des services professionnels (DSP) de l'établissement, ainsi que le comité local de traumatologie de l'installation désignée, assurent le respect des corridors établis par les ententes interétablissements et prennent les dispositions nécessaires afin de les faire respecter.

Les ententes assurent le transfert des patients vers une installation de plus haut niveau de désignation selon la gravité de ses blessures, la complexité des soins requis et les ressources disponibles ainsi que selon les besoins de certaines clientèles particulières.

Il est à noter que les ententes actuelles de transfert interétablissements sont en cours de révision au MSSS, notamment afin de les rendre cohérentes avec l'organisation du réseau de la santé depuis l'application de la Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales.

Exigences 2.1.1 à 2.1.5

Les établissements exploitant une ou des installations désignées en traumatologie ont la responsabilité de respecter les modalités de l'entente de transfert interétablissements des victimes de traumatismes publiée par le MSSS [2006]³. Les installations se dotent de protocoles d'entente avec leurs partenaires, dûment signés et actualisés, dans le respect des critères et corridors établis par le MSSS.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les éléments inclus dans cette entente comprennent les :

- objectifs de l'entente à l'égard de la clientèle et des partenaires;
- responsabilités de l'installation receveuse et de l'installation d'origine;
- responsabilités conjointes et dispositions particulières;
- ententes de transfert visées;
- modalités de transfert;
- modalités de retour vers l'installation d'origine.

Les établissements exploitant une ou des installations désignées en traumatologie ont signé les différentes ententes comprises dans l'entente de transfert ministérielle en fonction des niveaux de désignation de leurs installations. Elles sont énumérées ci-dessous :

- 2.1.1 Entente pour les transferts vers une installation de traumatologie tertiaire ou secondaire régionale.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

³ Document disponible sur demande à l'INESSS et actuellement en cours de révision au MSSS.

2.1.2 Entente pour le transfert vers une installation tertiaire pédiatrique des enfants et adolescents de moins de 16 ans.

Références : TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les victimes de traumatismes graves de moins de 16 ans doivent être orientées vers les installations tertiaires pédiatriques selon les modalités prévues à l'entente de transfert. Les ententes ministérielles spécifient la nature des traumatismes graves qui requièrent un transfert urgent, soit :

- traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG);
- traumatisme du torse impliquant un élargissement du médiastin, fractures de côtes multiples avec contusion pulmonaire, saignement intra-abdominal ou rétropéritonéal persistant;
- blessure rachidienne et/ou médullaire;
- brûlure grave;
- traumatisme des extrémités avec vascularisation compromise;
- plaie pénétrante au cou;
- présence de comorbidités potentiellement complexes;
- nécessité d'interventions ou de reconstructions complexes et extensives;
- tout autre traumatisme complexe ou grave.

2.1.3 Entente de transfert avec un centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de 16 ans et plus.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Cette clientèle doit être orientée vers les centres tertiaires désignés, c.-à-d. les centres d'expertise pour les victimes de brûlures graves de l'Est-du-Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec – Université Laval) ou de l'Ouest du Québec (CHUM) selon les modalités prévues à l'entente de transfert.

La définition du terme « brûlure grave » fait référence aux blessures suivantes :

- brûlures au 2^e ou 3^e degré sur 10 % et plus de la surface corporelle chez les enfants de moins de 10 ans ou chez les adultes de plus de 50 ans;
- brûlures au 2^e ou 3^e degré sur 20 % et plus de la surface corporelle dans les autres groupes d'âge;
- brûlures au 3^e degré sur 5 % et plus de la surface corporelle;
- brûlures au 2^e ou au 3^e degré impliquant le visage, les mains, les pieds, les organes génitaux, le périnée ou les articulations majeures (membre supérieur = épaule, coude, poignet, membre inférieur = cheville, genou, hanche); brûlures électriques, y compris par la foudre;
- brûlures chimiques (à l'exclusion des brûlures à l'œil);
- brûlures des voies respiratoires (aucun degré);
- brûlures au 2^e ou au 3^e degré accompagnées d'autres traumatismes ou maladies significatives (maladies chroniques ou incapacitantes) pouvant compliquer les soins, allonger le temps de guérison ou augmenter le risque de mortalité;
- brûlures au 2^e ou au 3^e degré accompagnées d'autres traumatismes pour lesquelles le risque de mortalité et de morbidité est plus élevé à cause des brûlures. Si les risques sont plus élevés du côté des autres blessures, la victime

devrait d'abord être stabilisée en traumatologie. Le jugement médical sera primordial dans ces circonstances;

- brûlures au 2^e ou au 3^e degré dans des conditions qui nécessitent un soutien particulier sur le plan social et émotionnel ou une réadaptation à long terme;
- brûlures au 2^e ou au 3^e degré qui requiert une seconde opinion d'un plasticien;
- lésions sévères secondaires à des atteintes du système cutané comme l'épidermolyse bulleuse et le syndrome de Stevens Johnson;
- engelures.

2.1.4 Entente de transfert avec un centre d'expertise pour les blessés médullaires de 16 ans et plus.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Cette clientèle doit être orientée vers les centres tertiaires désignés, c.-à-d. les centres d'expertise pour les personnes blessées médullaires de l'Est-du-Québec (Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec – Université Laval) ou de l'Ouest du Québec (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal du CIUSSS du Nord-de-l'Île-de-Montréal) selon les modalités prévues à l'entente de transfert. Une blessure médullaire traumatique fait référence aux blessures suivantes :

- lésion complète ou incomplète à la moelle épinière ou de la queue de cheval, documentée, d'origine traumatique, qui laisse des séquelles significatives et persistantes et qui entraîne une paraplégie ou une tétraplégie;
- instabilité au niveau de la colonne à la suite d'une fracture et/ou d'une lésion ligamentaire/discalle créée par le mécanisme du traumatisme. Parfois, une lésion à la moelle épinière peut survenir sans fracture (SCIWORA⁴, sténose spinale). Un lien avec un événement traumatique doit être établi.

2.1.5 Entente de complémentarité entre les installations des niveaux primaire et secondaire, qui tient compte de la couverture régionale de services (lorsque nécessaire).

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Cette entente vise à assurer l'accessibilité des soins pour la clientèle victime de traumatismes, et ce, le plus près possible de sa région d'origine.

⁴ *Spinal Cord Injury w/o Radiological Abnormality.*

2.2. Directives et orientations ministérielles

Le MSSS a spécifié, pour certaines clientèles, des directives précises afin d'assurer des soins et services de grande qualité et de maintenir un niveau élevé d'expertise malgré le faible volume de patients.

Exigence 2.2.1

La clientèle victime d'une amputation traumatique ou dont l'état nécessite une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU) doit être orientée vers le CHUM selon les directives ministérielles adoptées le 1^{er} mars 2014⁵.

Références : TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 2.2.2

La clientèle traumatisée pédiatrique de moins de 14 ans en provenance de l'Est-du-Québec doit être orientée soit vers l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec – Université Laval ou vers le CHU Sainte-Justine, selon la région de provenance* du patient, en conformité et respect de l'addenda du 1^{er} mars 2014⁶.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

* Concerne les installations des régions : 01, 02, 03, 04, 05, 09, 10, 11 et 12.

⁵ Directives ministérielles pour le transfert vers le centre d'expertise VARMU disponibles sur demande à l'INESSS.

⁶ Addenda disponible à l'annexe J de l'entente générale de transfert interétablissements des victimes de traumatismes du MSSS.

SECTION 3

DISPONIBILITÉ ET FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES EN TRAUMATOLOGIE

3.1. Disponibilité des spécialités chirurgicales, des spécialités médicales et des ressources paramédicales

La direction des services professionnels a la responsabilité d'assurer la disponibilité de certaines spécialités chirurgicales et spécialités médicales selon les exigences attendues en traumatologie. Les directions cliniques concernées doivent faire de même pour les ressources paramédicales qui dispensent des soins et services destinés aux victimes de traumatismes.

Exigences 3.1.1 à 3.1.5

Les spécialités chirurgicales suivantes doivent être disponibles sur place (ou selon une entente) dans le respect du délai zéro pour la prise en charge de la clientèle de l'installation victime de traumatismes :

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.1.1 Chirurgie cardiaque
- 3.1.2 Chirurgie gynécologique et obstétricale
- 3.1.3 Chirurgie ophtalmologique
- 3.1.4 Chirurgie vasculaire
- 3.1.5 Chirurgie oto-rhino-laryngologique

Exigences 3.1.6 et 3.1.7

Les spécialités médicales suivantes doivent assurer la prise en charge de la clientèle victime de traumatismes à l'intérieur du délai zéro :

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.1.6 Cardiologie
- 3.1.7 Néphrologie (hémodialyse)

Exigences 3.1.8 à 3.1.11

Une couverture médicale 24/7 est requise dans les secteurs suivants :

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.1.8 À l'urgence : présence 24/7 d'un médecin disposant d'une formation particulière (*Advanced Trauma Life Support* [ATLS], *Advanced Cardiovascular Life Support* [ACLS]) est nécessaire;
- 3.1.9 Aux soins intensifs : présence 24/7 d'un médecin intensiviste ou d'un médecin de soins intensifs;
- 3.1.10 En imagerie médicale (conventionnelle et TDM) : présence 24/7 d'un radiologiste, et
et une consultation en moins de 30 minutes est requise.
- 3.1.11

Exigences 3.1.12 et 3.1.13

Un système de garde est requis et doit être disponible en tout temps. Les mécanismes établis permettant d'assurer la disponibilité du personnel doivent être décrits pour les secteurs suivants :

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.1.12 Bloc opératoire et salle de réveil
- 3.1.13 Imagerie par résonance magnétique (IRM)

Exigences 3.1.14 à 3.1.22

Les ressources paramédicales suivantes sont requises 24/7 (ou sur appel) dans l'installation, selon son niveau de désignation :

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.1.14 Inhalothérapeute
- 3.1.15 Technicien en radiologie
- 3.1.16 Technicien en radiologie (disponible en moins de 30 minutes) sur appel
- 3.1.17 Technicien en tomodensitométrie (TDM)
- 3.1.18 Technicien en tomodensitométrie (TDM) sur appel
- 3.1.19 Technicien de laboratoire
- 3.1.20 Technicien de laboratoire sur appel
- 3.1.21 Technicien à la banque de sang
- 3.1.22 Technicien à la banque de sang sur appel

La disponibilité 24/7 d'un technicien en radiologie et en TDM peut être assurée par la même personne. Il en est de même pour la disponibilité 24/7 aux laboratoires ainsi qu'à la banque de sang.

3.2. Disponibilité des ressources de réadaptation

La disponibilité des ressources de réadaptation est nécessaire afin d'assurer l'évaluation des besoins particuliers des victimes de traumatismes graves ainsi que les interventions de réadaptation précoce adaptées, et ce, dans les meilleurs délais. Les objectifs de la réadaptation, en tenant compte de l'état de stabilité médicale du patient et des facteurs

environnementaux, sont établis dès le premier jour de l'admission du patient. La planification et la répartition efficace de personnes formées et compétentes auprès de la clientèle victime de traumatismes s'avèrent primordiales dans la qualité des soins et services offerts.

Exigence 3.2.1

L'équipe multidisciplinaire de réadaptation en neurotraumatologie doit être structurée et sa coordination assurée par une personne désignée.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Des rencontres hebdomadaires des membres de l'équipe multidisciplinaire (incluant une présence médicale) s'avèrent essentielles dans le suivi de la clientèle, pour l'arrimage et la cohérence des interventions ainsi que l'atteinte des objectifs ciblés en réadaptation précoce.

La contribution médicale au fonctionnement multidisciplinaire, la coordination de l'équipe, la structure, la fréquence des rencontres ainsi que les mécanismes de partage de l'information de même que les rôles et responsabilités de chacun doivent être documentés.

Exigence 3.2.2

Dans les installations secondaires et primaires, l'équipe multidisciplinaire est non structurée, mais les modalités de communication et de partage de l'information doivent être documentées.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigences 3.2.3 à 3.2.9

L'équipe de réadaptation est composée de personnes des disciplines suivantes (selon le niveau de désignation) :

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

- 3.2.3 Ergothérapie
- 3.2.4 Nutrition clinique
- 3.2.5 Orthophonie
- 3.2.6 Physiothérapie
- 3.2.7 Psychoéducation
- 3.2.8 Psychologie
- 3.2.9 Service social

Des mécanismes permettant d'assurer la couverture du personnel de réadaptation dont la présence est requise dans l'installation sont en place. Les délais de prise en charge doivent également être documentés pour que celle-ci soit optimale.

3.3. Formation des cliniciens

Les professionnels et cliniciens qui exercent en traumatologie doivent bénéficier de formations spécifiques reliées à la traumatologie sur une base continue afin d'arrimer leurs pratiques cliniques aux données probantes les plus récentes.

L'installation planifie des activités spécifiques de formation s'adressant aux médecins (p. ex. ATLS, *Pediatric Advanced Life Support* [PALS], etc.), au personnel infirmier (p. ex. *Trauma Nursing Core Course* [TNCC], etc.) et aux autres professionnels de la santé.

Exigence 3.3.1

Un processus continu d'identification des besoins et de planification de la formation est essentiel.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

L'installation élabore et dépose un plan de formation continue et exerce un suivi annuel pour les membres de l'équipe interdisciplinaire. Le plan doit inclure un volet relatif aux objectifs de formation des médecins, du personnel infirmier, des ressources paramédicales et de la réadaptation en fonction des besoins identifiés.

Exigences 3.3.2 et 3.3.3

Dans le secteur de l'urgence, la présence 24/7 d'un médecin disposant d'une formation particulière* (p. ex. ATLS ou ACLS) est requise. De plus, le personnel infirmier détient une formation TNCC (ou son équivalent).

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

* Une formation particulière reconnue ou le maintien adéquat des compétences quant au niveau d'exposition avec la clientèle de traumatologie.

Exigence 3.3.4

Dans le secteur des soins intensifs, le personnel infirmier dispose d'une formation en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

SECTION 4

DONNÉES DE TRAUMATOLOGIE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ

Le suivi et l'analyse des données de traumatologie de chacune des installations désignées du réseau sont des éléments incontournables pour l'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts en traumatologie. Depuis 2016, un nouveau mécanisme de production de bilans de qualité et de performance ainsi que de retour d'analyse des données par chacune des installations désignées assure la surveillance régulière des activités en traumatologie.

4.1. Respect du calendrier de saisie du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ)

La saisie dans la banque de données locale du SIRTQ doit respecter le calendrier prévu au cadre normatif [MSSS, 2017]. L'état de situation concernant la saisie des données au SIRTQ doit faire l'objet d'un point statutaire à l'ordre du jour des réunions du comité local de traumatologie.

Selon le cadre normatif du SIRTQ, l'archiviste médicale gère le fonctionnement de la banque de données opérationnelle propre à son installation désignée en traumatologie. Elle s'assure d'une utilisation optimale et performante de cette banque et voit à l'application du cadre normatif. L'archiviste médicale maintient et améliore la qualité de l'information inscrite dans l'application. Elle assure la mise à jour périodique de la banque de données opérationnelle.

Exigence 4.1.1

L'installation procède à la saisie des données dans sa banque de données locale du SIRTQ selon le calendrier attendu.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La fréquence de la saisie et de la transmission des données au SIRTQ peut être journalière, hebdomadaire ou mensuelle et l'échéance ultime pour la saisie des données d'une période financière est de **trois mois**. Ainsi donc, trois mois après la fin d'une période financière, les données se rapportant à cette période devront **toutes** avoir été saisies dans l'application du SIRTQ et elles auront été transmises automatiquement à la banque de données ministérielle du SIRTQ [MSSS, 2017].

Conséquemment :

- Les données des périodes financières 1 à 3 doivent être saisies au plus tard le 30 septembre;
- Les données des périodes financières 1 à 6 doivent être saisies au plus tard le 31 décembre;
- Les données des périodes financières 1 à 10 doivent être saisies soit au plus tard le 31 mars;
- Les données des périodes financières 1 à 13 doivent être saisies au plus tard le 30 juin.

L'année financière devra être fermée au 30 juin de chaque année. Toutefois, des directives particulières peuvent être formulées par le pilote d'orientation du SIRTQ pour définir une date de fermeture différente ou pour permettre une période de prolongation de l'année.

Exigence 4.1.2

Le centre de stabilisation procède à la compilation des données dans une banque de données locale des traumatismes.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

4.2. Audit de dossiers par le comité local de traumatologie

Le comité local de traumatologie de chaque installation désignée doit procéder à l'audit de dossiers afin d'assurer le suivi de la qualité des soins et services offerts. La démarche d'audit et d'analyse des dossiers doit faire l'objet d'un point particulier à l'ordre du jour d'au moins une rencontre du comité au cours de l'année, et donc être inscrite dans un procès-verbal transmis à l'INESSS, afin de rendre compte de la démarche adoptée et du nombre de dossiers analysés.

La nature des dossiers révisés permet de mettre en lumière les besoins de formation, de mise à jour ou de révision de l'application de protocoles ou de processus, si nécessaire.

Les analyses de la mortalité et de la morbidité devraient comprendre l'analyse de la durée des séjours, des délais, des complications, des réadmissions non planifiées, etc.

Exigences 4.2.1 à 4.2.10

L'installation procède minimalement chaque année à un audit de dossiers de victimes de traumatismes.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

4.2.1 Le nombre de dossiers révisés dépend du niveau de désignation :

- 50 dossiers (installations tertiaires, tertiaires pédiatriques et secondaires régionales);
- 25 dossiers (installations secondaires et primaires);
- Tous les dossiers (centres de stabilisation).

L'audit doit cibler les dossiers de traumatismes suivants :

4.2.2 Cas de décès

4.2.3 Cas de coroner

4.2.4 Cas spéciaux ou tout autre dossier méritant une analyse plus approfondie

4.2.5 Victimes de traumatismes présentant un ISS ≥ 25

4.2.6 Victimes de traumatismes admises dans le non-respect des corridors établis :

- les victimes de traumatismes craniocérébraux modérés ou graves (TCCMG);
- les blessés médullaires (BM);
- les victimes de brûlures graves (VBG);
- les victimes d'une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU);
- la clientèle pédiatrique victime de traumatismes graves.

4.2.7 Analyse des cas de transfert des victimes de traumatismes

L'audit de dossiers doit être guidé et complété à l'aide d'une grille d'analyse conçue à cette fin. Certaines analyses doivent minimalement être incluses, dont :

4.2.8 Analyse de la mortalité

4.2.9 Analyse de la morbidité

4.2.10 Analyse du respect des procédures et des processus attendus pour la clientèle traumatisée (mécanismes de débriefage et de révision de l'efficacité des processus).

4.3. Analyse des bilans de qualité et de performance par le comité local de traumatologie

Il est de la responsabilité de chaque installation désignée, par l'intermédiaire de son comité local de traumatologie, de procéder à l'analyse de ses statistiques descriptives, de ses indicateurs de processus (IP) et de ses indicateurs de résultats (IR), produits par l'INESSS à partir des données extraites du SIRTQ. Ce processus d'analyse remplace désormais les visites systématiques des installations effectuées par l'INESSS.

Le comité local de traumatologie s'engage à transmettre son rapport d'analyse à l'INESSS dans les délais prescrits, soit six mois après la réception des données. L'INESSS fournit les grilles d'analyse aux installations afin qu'elles puissent faire leur rapport. Ces grilles sont disponibles sur le site Web de l'INESSS.

Exigence 4.3.1

Le comité local de traumatologie procède à l'analyse des statistiques descriptives de son installation désignée et les retourne à l'INESSS dans les délais prévus.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les statistiques descriptives produites sont :

1. Distribution du nombre de cas annuel selon le sexe
 - 1a. Distribution du nombre de cas annuel selon l'âge et le sexe
2. Comparaison du volume par rapport au réseau
 - 2a. Comparaison du volume par rapport aux installations de même niveau
 - 2b. Comparaison du volume par rapport aux installations de la même région administrative
3. Mécanisme des blessures
4. Distribution de l'*Injury Severity Score* (ISS)
 - 4a. Distribution de l'ISS (moyenne et médiane)
 - 4b. Distribution du nombre de décès selon les catégories d'ISS
5. Séjour hospitalier, en jours : moyenne et médiane
6. Séjour aux soins intensifs, en jours : moyenne et médiane
7. Complications les plus fréquentes
8. Régions d'origine des transferts
 - 8a. Distribution de la provenance des patients (transports directs ou transferts)
 - 8b. Provenance des patients par rapport aux installations de même niveau
9. Orientation des patients au moment du congé
 - 9a. Orientation des patients au moment du congé – détails
10. Pourcentage de patients avec un ISS ≥ 12 transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau*
 - 10a. Distribution des délais de transfert des patients avec un ISS ≥ 12 à partir de l'installation (moyenne et médiane)*
11. Pourcentage de patients avec un diagnostic de TCC transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau*
 - 11a. Distribution des délais de transfert des cas de TCC à partir de l'installation (moyenne et médiane)*
12. Pourcentage de patients avec un diagnostic de blessure médullaire transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau*
 - 12a. Distribution des délais de transfert des blessés médullaires à partir de l'installation (moyenne et médiane)*

* Statistiques descriptives produites uniquement pour les installations avec une désignation en traumatologie de niveau secondaire ou primaire.

Exigence 4.3.2

Le comité local de traumatologie procède à l'analyse des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultats (IR) de son installation désignée et les retourne à l'INESSS dans les délais prévus.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Les indicateurs de processus produits sont :

- 1 Transfert des cas de TCCMG ($GCS \leq 12$) ou des patients avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée vers un centre de neurotraumatologie
- 2 Transfert des blessés médullaires vers un centre d'expertise
- 3 Délai de réduction de la luxation d'une grosse articulation ≤ 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence
- 4 Protection des voies respiratoires à l'urgence des patients avec $GCS < 9$
- 5 Délai de stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes hémorragiques ≤ 12 heures suivant l'arrivée à l'urgence
- 6 Délai de chirurgie pour les fractures ouvertes des os longs ≤ 6 heures suivant l'arrivée à l'urgence
- 7 Délai de chirurgie pour les fractures du fémur ≤ 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence
- 8 Délai d'orientation des patients ≤ 60 minutes suivant leur arrivée à l'urgence d'un centre de neurotraumatologie
- 9 Décès ailleurs qu'à l'urgence
- 10 Séjours à l'urgence ≤ 4 heures pour les patients avec un $ISS \geq 12$
- 11 Délai de chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale ≤ 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence
- 12 Absence de réintubation dans les 48 heures ou moins après l'extubation
- 13 Prophylaxie antibiotique des fractures ouvertes

Les indicateurs de résultats produits sont :

- 1.1 Mortalité chez l'ensemble des patients
- 1.2 Mortalité chez les patients âgés de 65 ans et plus
- 1.3 Mortalité chez les traumatisés majeurs ($ISS \geq 12$)
- 2.1 Complications majeures chez l'ensemble des patients
- 2.2 Complications majeures chez les patients âgés de 65 ans et plus
- 2.3 Complications majeures chez les traumatisés majeurs ($ISS \geq 12$)
- 3.1 Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez l'ensemble des patients
- 3.2 Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les patients âgés de 65 ans et plus
- 3.3 Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les traumatisés majeurs ($ISS \geq 12$)
- 4.1 Durée de séjour chez l'ensemble des patients
- 4.2 Durée de séjour chez les patients âgés de 65 ans et plus
- 4.3 Durée de séjour chez les traumatisés majeurs ($ISS \geq 12$)

SECTION 5

PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES

5.1. Urgence

Plateaux techniques attendus à l'urgence

À l'urgence, l'installation désignée en traumatologie dispose des plateaux techniques nécessaires à l'exercice de son mandat.

Exigence 5.1.1

Une salle de réanimation disponible pour la traumatologie est présente dans l'enceinte de l'urgence.

Références : NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.2

Une salle de décontamination est présente dans l'enceinte de l'urgence selon la procédure prévue au plan régional des mesures d'urgence.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Procédures et algorithmes attendus à l'urgence

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Procédures cliniques

Exigence 5.1.3

L'installation dispose d'un algorithme et d'une description des fonctionnements ATLS, ACLS et APLS facilement accessibles pour le personnel.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.4

L'installation dispose d'une procédure de mise en tension à trois niveaux avec description du rôle de chacun des intervenants (incluant un algorithme décisionnel).

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit définir les trois niveaux et inclure la description des rôles des intervenants concernés, minimalement ceux des médecins, du personnel infirmier et des inhalothérapeutes.

La mise en tension doit s'arrimer avec les marqueurs de performance M10, M30 et M60 suivants :

Niveau (marqueur)	Ressources/intervenants mis en alerte
Réanimation dans les 10 premières minutes (M10)	Équipe initiale, équipe médicale de base, inhalothérapeute, technicien de laboratoire, technicien en radiologie.
Bilan lésionnel dans les 30 premières minutes (M30)	Médecins spécialistes en consultation (chirurgie générale).
Orientation définitive en 60 minutes ou moins (M60)	Disponibilité du bloc opératoire et des soins intensifs ou transfert vers un établissement de niveau supérieur.

Exigence 5.1.5

L'installation dispose d'une procédure de mise en tension avec description du rôle de chacun des intervenants.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit minimalement inclure la description des rôles des médecins et du personnel infirmier.

Exigence 5.1.6

L'installation dispose d'une procédure pour consultation urgente avec description du rôle de chacun des intervenants et avec un algorithme de communication.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit inclure la description des rôles des intervenants concernés, minimalement ceux des médecins et du personnel infirmier.

Pour les installations **tertiaires** et **tertiaires pédiatriques**, cette procédure inclut :

- 5.1.6.1 Consultation par le leader de l'équipe de traumatologie (Trauma Team Leader) avec un temps de réponse inférieur à 20 minutes.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Pour toutes les installations désignées en traumatologie, **sauf pour les centres de stabilisation**, cette procédure inclut :

- 5.1.6.2 Consultation par un chirurgien général avec un temps de réponse inférieur à 30 minutes.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Pour les consultations demandées à ces deux médecins spécialistes, un mode de communication efficace doit être privilégié, et ce, à l'aide d'un algorithme documenté, et il doit être transmis au besoin.

Exigence 5.1.7

L'installation dispose d'une procédure pour la protection des voies aériennes, qui respecte le marqueur de performance M10.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure et l'algorithme pour la protection des voies aériennes doivent respecter le marqueur de performance M10 (réanimation dans les 10 premières minutes) et préciser le rôle de l'équipe initiale, de l'équipe médicale de base, de l'inhalothérapeute, du technicien de laboratoire et du technicien en radiologie.

Exigence 5.1.8

L'installation dispose d'une procédure d'intubation difficile avec algorithme⁷.

Références : TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit définir de façon simple les gestes et leur séquence lors d'une intubation difficile. L'algorithme doit aussi être simple et prévoir une ou deux solutions de rechange. Le mécanisme d'appel à des consultants doit être précisé.

Exigence 5.1.9

L'installation dispose d'une procédure pour l'hémopéritoine, avec algorithme.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit préciser la place du FAST-Echo, de la TDM et de la laparotomie en fonction de l'état du patient (stable ou instable).

Exigence 5.1.10

L'installation dispose d'une procédure pour l'échographie à l'urgence, qui respecte le marqueur de performance M30.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit respecter le marqueur de performance M30 (bilan lésionnel dans les 30 premières minutes) et permettre la consultation des médecins spécialistes requis (chirurgie générale) dans le même laps de temps.

Exigence 5.1.11

L'installation dispose d'une procédure pour accès veineux avec algorithme médical et infirmier.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.12

L'installation dispose d'une procédure pour la stabilisation d'une fracture complexe du bassin avant le transfert du patient.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

⁷ Exemple disponible dans Mayglothling *et al.*, 2012 et CMQ, 2000.

Exigence 5.1.13

L'installation dispose d'une procédure de prise en charge d'une victime de traumatismes enceinte.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.14

L'installation dispose d'une procédure de prise en charge d'une victime de traumatismes pédiatrique, qui respecte les corridors de transfert établis dans les ententes de transfert interétablissements.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.15

L'installation dispose d'une procédure pour l'antibiothérapie prophylactique dans le cas d'une fracture ouverte⁸.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.16

L'installation dispose d'une procédure pour la prise en charge d'un patient qui présente un traumatisme pénétrant à la région cervicale⁹.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Pour les centres de stabilisation, la procédure devrait avoir fait l'objet d'un arrimage avec la procédure en vigueur dans l'installation receveuse pour les transferts.

Exigence 5.1.17

L'installation dispose d'une procédure de clairance de la colonne cervicale¹⁰.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.18

L'installation dispose d'une procédure de prise en charge avant le transfert d'un patient présentant un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)¹¹.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

⁸ Exemple disponible dans Hoff *et al.*, 2011.

⁹ Exemple disponible dans Tisherman *et al.*, 2008.

¹⁰ Exemple disponible dans Como *et al.* 2009.

¹¹ Exemple disponible dans BTF, 2007.

Exigence 5.1.19

L'installation dispose d'une procédure de dépistage et de gestion du risque de complications médicales graves pour les patients qui ont subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)¹².

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.20

L'installation dispose d'une procédure pour le maintien de la normothermie du patient.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.21

L'installation dispose d'une procédure pour la détection du syndrome compartimental.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.22

L'installation dispose d'une procédure pour la décontamination biologique, chimique, nucléaire et radiologique d'un patient.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.23

L'installation dispose d'une procédure d'inversion de l'anticoagulothérapie¹³.

Références : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit inclure une description du partage des rôles et responsabilités des intervenants concernés et elle peut comprendre un algorithme.

Exigence 5.1.24

L'installation dispose d'une procédure concernant l'usage de l'acide tranexamique (cyklokapron).

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit inclure une description du partage des rôles et responsabilités des intervenants concernés et elle peut comprendre un algorithme.

¹² Algorithmes décisionnels disponibles sur le site Web de l'INESSS : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Traumato/algo_traumato_affiche_21nov.pdf.

¹³ Exemple disponible dans INESSS, 2012b.

Procédures, algorithmes et mécanismes de transfert

Exigence 5.1.25

L'installation dispose d'une procédure pour le préavis des services préhospitaliers d'urgence (SPU) avec description des rôles de chacun des intervenants et du mécanisme de collecte de données.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit inclure un mécanisme permettant une communication directe entre le médecin à l'urgence et le personnel ambulancier.

Le formulaire utilisé en traumatologie peut être combiné à celui en usage pour d'autres clientèles (p. ex. patients vus en cardiologie, patients instables, etc.).

Exigence 5.1.26

L'installation dispose d'un formulaire de collecte de données des services préhospitaliers d'urgence (SPU), qui est géré par les SPU.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le formulaire de collecte de données des SPU doit être approuvé par le directeur médical régional des SPU.

Le formulaire actuellement requis est le formulaire AS-803, disponible en [annexe C](#) qui comprend notamment les critères de l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT). Les particularités propres à chaque région peuvent être spécifiées dans la version de l'EQTPT disponible à l'[annexe D](#).

Exigence 5.1.27

L'installation dispose d'une procédure pour l'acceptation des transferts sans droit de refus, qui inclut la communication directe entre les médecins des deux unités d'urgence.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit inclure les éléments essentiels lors du transport du patient, qui permettent d'assurer un transfert sécuritaire.

Exigence 5.1.28

L'installation dispose d'une procédure pour la libération rapide de l'équipe des soins préhospitaliers avec tout son matériel dans un délai maximal de 20 minutes.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.29

L'installation dispose d'une procédure pour l'obtention de personnel additionnel, qui indique le rôle de chacun des intervenants en cas d'arrivée massive de victimes de traumatismes.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit permettre le rappel de personnel supplémentaire lors d'événements impliquant plusieurs victimes de traumatismes, sans pour autant nécessiter l'application du plan des mesures d'urgence. Le rôle de chacun des intervenants doit être spécifié.

Exigence 5.1.30

L'installation dispose d'une procédure d'accompagnement pour le déplacement interne du patient.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure d'escorte doit comprendre une description :

- du type de patient;
- du partage des responsabilités entre chacun des accompagnateurs;
- du contenu de la trousse d'accompagnement.

Exigence 5.1.31

L'installation dispose d'une procédure de stabilisation avant le transfert du patient.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Bilan de stabilisation (M30) avant le transfert :

- Installer un drain thoracique, si nécessaire;
- Procéder à l'administration de sang (élément souhaité);
- Contrôler l'hypertension intracrânienne par le mannitol si la pupille est dilatée (sur consultation avec le centre neurochirurgical de référence);
- Immobiliser les fractures et s'assurer de la fermeture des plaies significatives qui le requièrent;
- S'assurer que le délai interne maximal avant le transfert ou la décision de transfert est de 30 minutes après l'arrivée de la victime de traumatismes;
- S'assurer qu'une escorte médicale est disponible lorsque cliniquement requise.

Seul l'examen radiologique des poumons peut être fait pour éliminer la possibilité d'un pneumothorax et également pour vérifier la position du tube endotrachéal après une intubation.

Exigence 5.1.32

L'installation dispose d'une procédure d'accompagnement pour un transfert interétablissements.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure d'escorte doit comprendre une description :

- du type de patient;
- du partage des responsabilités entre chacun des accompagnateurs;
- du contenu de la trousse d'accompagnement;
- du processus de rappel des ressources médicales.

Une indication quant à l'application des dernières recommandations publiées par le Collège des médecins du Québec doit également être incluse [CMQ, 1998].

Exigence 5.1.33

L'installation dispose d'une procédure de transfert pour les cas de traumatisme craniocérébral (TCC) avec un résultat au GCS ≤ 13 , qui décrit le rôle de chacun des intervenants.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de transfert doit respecter les modalités prévues à l'entente générale de transfert interétablissements (voir section 2.1).

Exigence 5.1.34

L'installation dispose d'une procédure de transfert vers un centre d'expertise désigné pour les victimes de brûlures graves (VBG).

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de transfert doit respecter les modalités prévues à l'entente générale de transfert interétablissements (voir section 2.1).

En plus du formulaire AH-450 (qui est essentiel lors du transfert du patient), l'information de base à transmettre au moment de l'organisation du transfert vers le centre d'expertise doit minimalement comprendre :

- les données portant sur l'identification du patient (nom, numéro d'assurance maladie, âge, poids, taille, allergies, contact familial);
- les renseignements sur les « référents » (nom et numéro de téléphone de l'installation d'origine et du médecin);
- les détails de l'accident (date, heure, étiologie des brûlures);
- les zones et le pourcentage de la surface corporelle atteinte;
- les traitements et médicaments administrés à l'installation d'origine, le type de pansement appliqué;
- la condition lors du transfert (p. ex. patient intubé, ventilé);
- les dates de départ de l'installation d'origine et d'arrivée prévue au centre d'expertise.

Exigence 5.1.35

L'installation dispose d'une procédure de transfert vers un centre d'expertise désigné pour les blessés médullaires (BM).

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de transfert doit respecter les modalités prévues à l'entente générale de transfert interétablissements (voir section 2.1).

Avant tout transfert, il faut d'abord s'assurer que le patient est stable tant au point de vue hémodynamique que ventilatoire.

Deux types de condition justifient la rétention des blessés médullaires dont l'état nécessite un traitement et, par conséquent, un transfert tardif :

- 1) le patient manifeste de l'instabilité neurologique progressive pour laquelle un traitement chirurgical immédiat est requis. Ce type d'instabilité est, selon le consensus établi, **exceptionnel**;
- 2) le patient présente une instabilité hémodynamique pour laquelle des traitements chirurgicaux de stabilisation immédiats sont indiqués afin de préserver la vie; ils sont donc fournis par l'installation d'origine. Dans ce cas, la fixation de la fracture de la colonne est habituellement réalisée simultanément avec les autres interventions chirurgicales indiquées pour la survie du patient. La condition générale de ce type de patient est grave et ne permet pas un transfert sécuritaire vers le centre d'expertise avant plusieurs jours.

Exigence 5.1.36

L'installation dispose d'une procédure pour l'application de la directive ministérielle concernant les victimes d'une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU).

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.1.37

L'installation dispose d'une procédure de transfert vers une installation tertiaire ou secondaire régionale pour les cas de traumatisme thoracique.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de transfert doit respecter les modalités prévues à l'entente générale de transfert interétablissements (voir section 2.1).

Le formulaire AH-450 est essentiel au transfert du patient.

Hémothorax massif ou hémorragie pleurale massive (≥ 1500 cc ou 200 cc-h durant 3 heures) :

Un hémothorax massif ou une hémorragie pleurale massive nécessite une intervention chirurgicale (thoracotomie) à l'installation d'origine. Dès que le patient est médicalement stable, le transfert peut être fait.

Autres conditions thoraciques :

Il est essentiel, pour une installation de niveau primaire ou secondaire, de transférer vers une installation de niveau tertiaire ou secondaire régional, dans les meilleurs délais possible, les patients qui présentent l'une des conditions thoraciques suivantes :

- Volet thoracique ou instabilité et déformation de la cage thoracique;
- Contusion pulmonaire avec insuffisance respiratoire pour laquelle on prévoit une assistance ventilatoire prolongée;
- Fracture de côtes multiples pour laquelle on prévoit une assistance ventilatoire prolongée;
- Traumatisme thoracique pénétrant;
- Traumatisme au médiastin pénétrant;
- Traumatisme à l'arbre trachéobronchique;
- Traumatisme aortique ou autres gros vaisseaux suspectés;
- Conditions myocardiques majeures;
- Traumatisme au diaphragme nécessitant une ventilation prolongée.

5.2. Bloc opératoire et salle de réveil

Plateau technique attendu au bloc opératoire

Au bloc opératoire, l'installation désignée en traumatologie dispose d'un plateau technique nécessaire à l'exercice de son mandat.

Exigence 5.2.1

Le bloc opératoire dispose d'une salle d'opération réservée ou d'un corridor d'urgence pour les victimes de traumatismes graves.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Procédures et algorithmes attendus au bloc opératoire et à la salle de réveil

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Exigence 5.2.2

L'installation dispose d'une procédure de gestion des priorités avec accessibilité en moins de 30 minutes en tout temps (24/7) pour les victimes de traumatismes.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les mécanismes pour l'accès 24/7 au bloc opératoire en moins de 30 minutes, le partage des rôles et responsabilités des intervenants, la place de la victime de traumatismes dans cette échelle des priorités selon son état (stable/instable) ainsi que la façon dont est exercée l'autorité dans ce dernier cas. La priorité accordée à la victime de traumatismes graves doit être démontrée dans la liste des opérations urgentes.

Exigence 5.2.3

L'installation dispose d'une procédure pour la détermination d'une salle d'opération réservée ou d'un corridor d'urgence pour les victimes de traumatismes graves.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit comprendre une description du partage des rôles et responsabilités de chacun des intervenants ainsi que de la façon dont s'exerce l'autorité dans ce cas.

Exigence 5.2.4

L'installation dispose d'une procédure pour l'ouverture d'une seconde salle en traumatologie.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les critères employés afin de dégager rapidement une voie accessoire pour une victime de traumatisme dont l'état nécessite une chirurgie urgente lorsqu'il y a déjà une chirurgie en cours. La procédure doit comprendre la description du partage des rôles et responsabilités de chacun des intervenants.

Exigence 5.2.5

L'installation dispose d'une procédure de fonctionnement de la salle de réveil qui indique aussi le fonctionnement en situation d'urgence de nuit.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

5.3. Soins intensifs

Plateaux techniques attendus aux soins intensifs

Aux soins intensifs, l'installation désignée en traumatologie dispose des plateaux techniques nécessaires à l'exercice de son mandat.

Peu importe son type d'organisation (soins intensifs fermés ou semi-fermés), un suivi médical conjoint est minimalement exigé pour les patients qui présentent un traumatisme orthopédique (voir exigence 5.4.3 – section Unité de traumatologie).

Exigence 5.3.1

L'installation dispose de soins intensifs fermés, c'est-à-dire que les admissions aux soins intensifs sont faites par un médecin de soins intensifs et que l'épisode de soins est coordonné par une équipe médicale spécifiquement attirée à l'unité des soins intensifs (p. ex. sous la responsabilité d'un intensiviste).

Références : RACS, 2016 / TAC, 2011 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.2

L'installation dispose de soins intensifs semi-fermés, c'est-à-dire que les admissions aux soins intensifs sont faites par le médecin traitant du patient.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Procédures et algorithmes attendus aux soins intensifs

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Procédures cliniques

Exigence 5.3.3

L'installation dispose d'une procédure de prévention, de dépistage et de traitement du délirium.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.4

L'installation dispose d'une procédure de prévention des plaies de pression.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.5

L'installation dispose d'une procédure pour la gestion de la douleur¹⁴.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.6

L'installation dispose d'une procédure pour le suivi nutritionnel¹⁵.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.7

L'installation dispose d'une procédure de prévention des ulcères de stress¹⁶.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

¹⁴ Exemple disponible dans Galvagno *et al.*, 2016.

¹⁵ Exemple disponible dans Jacobs *et al.*, 2004.

¹⁶ Exemple disponible dans EAST Practice Management Guidelines Committee, 2008.

Exigence 5.3.8

L'installation dispose d'une procédure de prophylaxie contre la maladie thromboembolique.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.9

L'installation dispose d'une procédure d'accès à une thérapie de remplacement rénal (hémodialyse, hémofiltration).

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Une thérapie de remplacement rénal doit être rapidement accessible ou elle peut, au besoin, faire l'objet d'une entente interétablissements.

Exigence 5.3.10

L'installation dispose d'une procédure de prise en charge des patients qui présentent un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)¹⁷.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les particularités concernant le type de prise en charge, de suivi et d'intervention durant le séjour aux soins intensifs (p. ex. monitoring de la pression intracrânienne, coma médicamenteux, etc.).

Exigence 5.3.11

L'installation dispose d'une procédure d'arrêt du maintien des fonctions vitales¹⁸.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.3.12

L'installation dispose d'une procédure de déclaration de la mort cérébrale.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Procédures administratives

Exigence 5.3.13

L'installation dispose d'une procédure de codification des urgences avec description du rôle de chaque intervenant.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

¹⁷ Exemple disponible dans BTF, 2007.

¹⁸ Exemple disponible dans Tisherman *et al.*, 2004.

Exigence 5.3.14

L'installation dispose d'une procédure d'admissibilité et de congé aux soins intensifs.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit permettre de respecter le marqueur de performance M60 (orientation définitive en 60 minutes ou moins), c'est-à-dire l'ouverture du bloc opératoire ou l'admission du patient dans un lit à l'unité de soins intensifs en 60 minutes ou moins après son arrivée à l'urgence.

La procédure doit inclure les critères d'admission et de congé ainsi qu'une description du partage des responsabilités entre les intervenants.

Exigence 5.3.15

L'installation dispose d'une procédure d'accompagnement pour le déplacement interne du patient.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure d'escorte doit comprendre une description :

- du type de patient;
- du partage des responsabilités entre chacun des accompagnateurs;
- du contenu de la trousse d'accompagnement.

La procédure d'accompagnement peut s'apparenter à celle exigée à l'urgence (exigence 5.1.30), en précisant ici les particularités qui s'appliquent aux soins intensifs.

5.4. Unité de traumatologie

Plateaux techniques attendus à l'unité de traumatologie

À l'unité de traumatologie, l'installation désignée en traumatologie dispose d'un plateau technique nécessaire à l'exercice de son mandat.

Exigence 5.4.1

L'installation dispose d'une unité de traumatologie spécialisée, c'est-à-dire que l'unité de soins n'admet que la clientèle victime de traumatismes.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.4.2

L'installation dispose d'une unité de traumatologie non spécialisée, c'est-à-dire que l'unité de soins qui offre des soins et services à la clientèle victime de traumatismes admet également des patients qui présentent d'autres diagnostics.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.4.3

Un suivi médical conjoint doit être assuré aux patients qui présentent un traumatisme orthopédique.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le partage des responsabilités doit être décrit dans le suivi médical conjoint des patients qui présentent un traumatisme orthopédique.

Protocoles et procédures attendus à l'unité de traumatologie

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Procédures cliniques

Exigence 5.4.4

L'installation dispose d'une procédure de prévention, de dépistage et de traitement du délirium.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de prévention, de dépistage et de traitement du délirium appliquée à l'unité de traumatologie peut être la même que celle utilisée aux soins intensifs (voir exigence 5.3.3).

Exigence 5.4.5

L'installation dispose d'une procédure de prévention des plaies de pression.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de prévention des plaies de pression appliquée à l'unité de traumatologie peut être la même que celle utilisée aux soins intensifs (voir exigence 5.3.4).

Exigence 5.4.6

L'installation dispose d'une procédure pour la gestion de la douleur.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure pour la gestion de la douleur appliquée à l'unité de traumatologie peut être la même que celle utilisée aux soins intensifs (voir exigence 5.3.5).

Exigence 5.4.7

L'installation dispose d'une procédure pour le suivi nutritionnel.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure pour le suivi nutritionnel appliquée à l'unité de traumatologie peut être la même que celle utilisée aux soins intensifs (voir exigence 5.3.6).

Exigence 5.4.8

L'installation dispose d'une procédure de prophylaxie contre la maladie thromboembolique.

Références : RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de prophylaxie contre la maladie thromboembolique appliquée à l'unité de traumatologie peut être la même que celle utilisée aux soins intensifs (voir exigence 5.3.8).

Procédures administratives

Exigence 5.4.9

L'installation dispose d'une procédure de gestion des lits.

Références : TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure de gestion des lits s'applique tant à une unité spécialisée qu'à une unité non spécialisée. La procédure doit décrire les mécanismes qui assurent la priorité d'accès aux lits, les critères de transfert (incluant le monitoring des patients en attente de transfert) ainsi que la gestion des débordements, s'il y a lieu.

Exigence 5.4.10

L'installation dispose d'une procédure de transfert en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) interne et externe en centre de réadaptation en déficience physique.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les mécanismes de consultation et de transfert, sans délai et sans droit de refus, de la victime de traumatismes graves vers un centre de réadaptation en déficience physique pour des services de réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) internes et externes.

Exigence 5.4.11

L'installation dispose d'une procédure pour la prise en charge en réadaptation en moins de 48 heures pour un patient qui vient d'une autre installation désignée en traumatologie lors du retour dans sa région d'origine.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

L'organisation des services en réadaptation doit permettre la prise en charge en moins de 48 heures lors du retour en région d'une victime de traumatismes graves qui a été hospitalisée dans une installation désignée de plus haut niveau hors de sa région. La procédure doit décrire les mécanismes de consultation et de prise en charge en réadaptation.

Exigence 5.4.12

L'installation dispose d'une ordonnance collective ou d'une procédure de prise en charge automatique pour les services de réadaptation.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Cette ordonnance ou procédure doit minimalement cibler les disciplines professionnelles suivantes :

- Physiothérapie
- Ergothérapie
- Service social
- Psychologie
- Orthophonie
- Nutrition clinique

La procédure doit décrire les mécanismes établis et le partage des responsabilités des intervenants en réadaptation engagés dans le dépistage et la prise en charge rapide des victimes de traumatismes, et ce, dès leur arrivée aux soins intensifs et pour toute la durée de leur séjour dans l'installation.

5.5. Imagerie médicale

Plateaux techniques attendus en imagerie médicale

En imagerie médicale, l'installation désignée en traumatologie dispose des plateaux techniques nécessaires à l'exercice de son mandat.

Exigence 5.5.1

L'installation est en mesure d'offrir une disponibilité 24/7 en angiographie.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / TAC, 2011 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.5.2

L'installation dispose d'un appareil de tomodensitométrie (TDM) adjacent à l'urgence (ou le considère dans tout projet futur de rénovation de l'urgence).

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Protocoles et procédures attendus en imagerie médicale

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Procédures cliniques

Exigence 5.5.3

L'installation dispose d'une procédure de mise en tension et de gestion des priorités des demandes urgentes en imagerie médicale conventionnelle et en tomodensitométrie (TDM).

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire comment s'effectue la mise en tension des radiologistes et des techniciens ainsi que l'ordre de priorité des demandes en imagerie médicale conventionnelle et en TDM. Elle doit aussi comprendre une description du partage des rôles et responsabilités entre les intervenants concernés.

Cette procédure doit inclure la description des mécanismes d'accès à l'information dont dispose l'installation receveuse lors de transferts de victimes de traumatismes afin d'éviter la reprise inutile d'examens ou le surdosage de radiations (p. ex. rapport écrit du centre référent, accès à la dictée, etc.).

Exigence 5.5.4

L'installation dispose d'une procédure de mise en tension et de gestion des priorités relatives aux demandes urgentes en imagerie par résonance magnétique (IRM) pour la clientèle en traumatologie.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire comment s'effectue la mise en tension des radiologistes et des techniciens ainsi que l'ordre de priorité des demandes en IRM.

Si aucune particularité n'est associée à une demande en IRM, la procédure de mise en tension et de gestion des priorités entre les demandes urgentes en IRM peut être la même que celle appliquée en imagerie médicale conventionnelle et en TDM (voir exigence 5.5.3).

Exigence 5.5.5

L'installation dispose d'une procédure en cas de détresse subite d'une victime de traumatismes en cours d'examen.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les mécanismes établis et le partage des rôles et responsabilités des intervenants concernés.

Exigence 5.5.6

L'installation dispose d'une procédure d'angio-embolisation.

Références : RACS, 2016 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les indications, les mécanismes établis et le partage des rôles et responsabilités des intervenants concernés.

Procédures administratives

Exigence 5.5.7

L'installation dispose d'une procédure pour la transmission d'un rapport (écrit ou déposé à la dictée centrale) lors du transfert d'un patient vers une autre installation.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.5.8

L'installation dispose d'une procédure pour la lecture urgente des radiographies et la production d'un rapport écrit ou déposé au service de dictée centrale en moins de 60 minutes (imagerie médicale conventionnelle et TDM).

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure doit décrire les mécanismes établis pour assurer la disponibilité du rapport radiologique en moins de 60 minutes.

À des fins médico-légales, il est essentiel de produire un rapport écrit ou déposé à la dictée centrale. Un rapport verbal seul n'est pas admissible.

5.6. Laboratoires et banque de sang

Plateaux techniques attendus aux laboratoires et à la banque de sang

Dans les laboratoires et à la banque de sang, l'installation désignée en traumatologie dispose des plateaux techniques nécessaires à l'exercice de son mandat.

Exigences 5.6.1 à 5.6.3

L'installation est en mesure d'offrir :

- 5.6.1 Une disponibilité 24/7 des services de laboratoire
- 5.6.2 Un approvisionnement 24/7 de la banque de sang
- 5.6.3 Une disponibilité 24/7 de la banque de sang

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.6.4

L'installation est en mesure d'offrir la disponibilité de deux culots de sang O négatif (O-) à l'urgence.

Références : RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Protocoles et procédures attendus aux laboratoires et à la banque de sang

L'installation dispose des procédures et algorithmes énumérés dans la présente section selon son niveau de désignation en traumatologie.

Procédures cliniques

Exigence 5.6.5

L'installation dispose d'une procédure pour l'administration du sang (extrême urgence, non croisé, non groupé) qui comprend un algorithme et une description des rôles et responsabilités des intervenants.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.6.6

L'installation dispose d'une procédure de transfusion massive comprenant un algorithme.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

La procédure comprenant un algorithme doit décrire le partage des responsabilités des intervenants concernés. Elle doit notamment spécifier qui est responsable de la gestion des éventuelles complications lors de la transfusion massive.

La procédure doit également décrire le mécanisme qui permet d'aviser le personnel responsable du patient. Les examens requis doivent être systématiquement réalisés, et non demandés de manière aléatoire.

Chaque utilisation du protocole de transfusion massive doit faire l'objet d'une discussion au sein du comité local de traumatologie.

Le protocole de transfusion massive devrait être établi sur une base régionale et non locale.

5.7. Plan des mesures d'urgence

Exigence 5.7.1

L'installation doit disposer d'un plan des mesures d'urgence détaillé qui s'articule avec le plan régional des mesures d'urgence.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Le plan des mesures d'urgence indique le rôle de l'installation au sein de sa région, le niveau d'actualisation des protocoles et procédures reconnus, le niveau de préparation et de formation du personnel, les moyens employés pour augmenter l'espace, les ressources (personnel soignant, équipements, lits, etc.) nécessaires à l'accueil d'un grand nombre de blessés ainsi que les personnes responsables et les modalités de communication pour assurer la coordination efficace des interventions. Les modalités de suivi et d'évaluation doivent aussi y être intégrées.

Le plan des mesures d'urgence doit être accessible en tout temps au personnel.

5.8. Don d'organes et de tissus

Les installations désignées en traumatologie jouent un rôle majeur dans le processus de repérage de donneurs potentiels. Elles offrent les soins critiques nécessaires et assurent le lien avec les organismes désignés. Les installations se dotent d'une structure et de mécanismes qui leur permettent d'appliquer des procédures relatives au don d'organes et de tissus à l'aide des outils mis à leur disposition par les organismes de référence [Héma-Québec, 2012; Transplant Québec, 2012].

Exigence 5.8.1

Application de la procédure type pour le don d'organes produite par Transplant Québec.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.8.2

Application de la procédure type pour le don de tissus produite par Héma-Québec.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

5.9. Grilles d'évaluation des procédures et processus

Une grille d'évaluation des procédures et processus doit être disponible pour tous les secteurs ciblés : l'urgence, le bloc opératoire et la salle de réveil, les soins intensifs, l'unité de traumatologie, l'imagerie médicale et les laboratoires/banque de sang.

Chaque grille intègre, entre autres, les éléments attendus pour répondre aux exigences en traumatologie propres à chacun des secteurs et selon le niveau de désignation de l'installation. Chaque secteur est tenu d'évaluer, à l'aide de la grille d'évaluation, le respect et l'application des procédures exigées par une révision appropriée des dossiers qui le concernent.

Ce processus d'évaluation pour chaque secteur se veut complémentaire au processus d'audit de dossiers décrit à la section 4.2.

Exigence 5.9.1

Grille d'évaluation des procédures et processus à l'urgence.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Pour les installations tertiaires et tertiaires pédiatriques, la grille d'évaluation doit comprendre la prise en charge de la consultation par le leader de l'équipe de traumatologie (*Trauma Team Leader*) en moins de 20 minutes et par le chirurgien général en moins de 30 minutes.

Exigence 5.9.2

Grille d'évaluation des procédures et processus au bloc opératoire et à la salle de réveil.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.9.3

Grille d'évaluation des procédures et processus aux soins intensifs.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.9.4

Grille d'évaluation des procédures et processus à l'unité de traumatologie.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

La grille doit documenter le délai de prise en charge par les services de réadaptation des victimes de traumatismes.

Exigence 5.9.5

Grille d'évaluation des procédures et processus en imagerie médicale.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 5.9.6

Grille d'évaluation des procédures et processus aux laboratoires et à la banque de sang.

Références : NHS, 2010 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

SECTION 6

ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE ET DE SOUTIEN AU RÉSEAU

6.1. Activités de prévention, de sensibilisation et d'information

Les installations de niveau tertiaire et tertiaire pédiatrique en traumatologie doivent participer activement à la prévention des traumatismes par l'éducation et la sensibilisation du public. Sa contribution dépasse ses frontières régionales.

Exigence 6.1.1

L'installation s'engage à apporter sa contribution aux programmes nationaux, provinciaux et régionaux de prévention des traumatismes.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.1.2

L'installation s'engage à organiser des activités de prévention et d'éducation et à offrir des sources de renseignements pour le public en matière d'information sur les traumatismes, tant sur le plan régional que suprarégional.

Références : ACS, 2014 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Ces activités peuvent notamment comprendre :

- Participation/coordination d'activités de prévention des traumatismes;
- Suivi des effets/résultats des programmes de prévention des traumatismes;
- Développement d'outils de prévention, de sensibilisation et d'éducation destinés au grand public;
- Participation à des conférences, colloques et symposiums.

Ces activités devraient être incluses dans le plan d'action régional de traumatologie de la région de l'installation désignée.

6.2. Activités d'enseignement

Les installations de niveau tertiaire et tertiaire pédiatrique en traumatologie doivent participer à des activités d'enseignement en collaboration avec le Réseau universitaire intégré de santé (RUIS) auquel elles sont affiliées et avec les programmes universitaires concernés.

Les activités d'enseignement sont intégrées aux activités cliniques et les étudiants participent aux activités de transfert de connaissances, par exemple par des présentations, un club de lecture, etc.

Exigence 6.2.1

L'installation s'engage à offrir des activités d'enseignement de deuxième et troisième cycles en médecine.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.2.2

L'installation s'engage à offrir un programme de résidence en chirurgie générale.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.2.3

L'installation s'engage à offrir des activités d'enseignement de deuxième et troisième cycles en soins infirmiers.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.2.4

L'installation s'engage à offrir des activités d'enseignement de deuxième et troisième cycles pour les autres professionnels de la santé.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

6.3. Activités de recherche et de transfert des connaissances en traumatologie

Les installations de niveau tertiaire et tertiaire pédiatrique en traumatologie s'engagent activement dans des activités de recherche en traumatologie et elles favorisent l'implantation de pratiques cliniques basées sur les données probantes.

Exigence 6.3.1

Une équipe de recherche qui exerce dans le secteur de la traumatologie est présente dans l'installation.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.3.2

L'installation participe activement à des projets de recherche clinique et à la publication d'articles scientifiques.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.3.3

L'installation présente les résultats de ses recherches à l'occasion de congrès, symposiums ou colloques.

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / NHS, 2010 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

6.4. Activités de soutien au réseau

Selon son niveau de désignation, l'installation qui dispense des soins à la clientèle victime de traumatismes assure une formation aux médecins, aux autres professionnels de la communauté et à ses partenaires. Elle prévoit l'adéquation entre les besoins de formation et les objectifs poursuivis, leur organisation et leur actualisation tant sur le plan régional que suprarégional. Elle s'assure de sonder périodiquement les besoins des partenaires et d'en assurer le suivi. Elle prévoit, entre autres, la planification des activités de formation énumérées dans la présente section.

Exigence 6.4.1

L'installation procède à la planification et à l'organisation d'activités de formation s'adressant aux médecins de la communauté (p. ex. ATLS, PALS, colloques, etc.).

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.2

L'installation procède à la planification et à l'organisation d'activités de formation s'adressant au personnel du secteur préhospitalier.

Références : ACS, 2014 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.3

L'installation procède à la planification et à l'organisation d'activités de formation s'adressant au personnel infirmier (p. ex. TNCC, colloques, etc.).

Références : ACS, 2014 / RACS, 2016 / TAC, 2011 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.4

L'installation procède à la planification et à l'organisation d'activités de formation s'adressant aux autres professionnels de la santé.

Références : ACS, 2014 / consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.5

L'installation procède à la planification et à l'organisation d'activités de formation s'adressant aux partenaires (p. ex. associations d'utilisateurs, milieux scolaires, etc.).

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.6

L'installation dispose d'un mécanisme de rétroaction pour les centres référents (p. ex. rencontre annuelle de retour sur les cas transférés).

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.7

L'installation offre un service de consultation à distance pour les centres de stabilisation.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

Exigence 6.4.8

L'installation dispose sur place d'un service de consultation à distance.

Référence : consensus d'experts (INESSS, 2015).

RÉFÉRENCES

- American College of Surgeons Committee on Trauma (ACSCOT). Resources for optimal care of the injured patient. Chicago, IL : American College of Surgeons (ACS); 2014.
- Brain Trauma Foundation (BTF). Guidelines for the management of severe traumatic brain injury. J Neurotrauma 2007;24(Suppl 1):S1-106.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Démarches en cas de difficultés imprévues à l'intubation. Montréal, Qc : CMQ; 2000. Disponible à : <https://web.archive.org/web/20010614165707/http://www.cmq.org/Intubation.pdf>.
- Collège des médecins du Québec (CMQ). Complémentarité dans les services d'urgence : prise en charge des patients (En cours de révision, février 2017; contient la Mise à jour du guide d'exercice « Complémentarité dans les services d'urgence : prise en charge des patients » publiée dans le Bulletin Le Collège, Vol. XLV, n° 2 – Printemps-été 2005, p. 21). Montréal, Qc : CMQ; 1998. Disponible à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-1998-12-12-fr-complementarite-services-urgence-prise-en-charge-des-patients.pdf> (consulté le 26 février 2018).
- College of Intensive Care Medicine of Australia and New Zealand (CICM). Minimum standards for intensive care units. IC-1. Prahran, Australie : CICM; 2011. Disponible à : https://www.cicm.org.au/CICM_Media/CICMSite/CICM-Website/Resources/Professional%20Documents/IC-1-Minimum-Standards-for-Intensive-Care-Units.pdf.
- Como JJ, Diaz JJ, Dunham CM, Chiu WC, Duane TM, Capella JM, et al. Practice management guidelines for identification of cervical spine injuries following trauma: Update from the Eastern Association for the Surgery of Trauma Practice Management Guidelines Committee. J Trauma 2009;67(3):651-9.
- Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q 2005;83(4):691-729 [Reprinted from The Milbank Memorial Fund Quarterly, Vol. 44, No. 3, Pt. 2, 1966 (pp. 166–203)]. Disponible à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2690293/pdf/milq0083-0397.pdf>.
- EAST Practice Management Guidelines Committee. Practice management guidelines for stress ulcer prophylaxis. Chicago, IL : Eastern Association for the Surgery of Trauma (EAST); 2008. Disponible à : <https://www.east.org/Content/documents/practicemanagementguidelines/stress-ulcer-prophylaxis%20.pdf>.
- Galvagno SM Jr, Smith CE, Varon AJ, Hasenboehler EA, Sultan S, Shaefer G, et al. Pain management for blunt thoracic trauma: A joint practice management guideline from the Eastern Association for the Surgery of Trauma and Trauma Anesthesiology Society. J Trauma Acute Care Surg 2016;81(5):936-51.
- Héma-Québec. Comment recommander un donneur potentiel? Procédure type pour le don de tissus [site Web]. Montréal, Qc : Héma-Québec; 2012. Disponible à : <https://www.hema-quebec.qc.ca/tissus-humains/professionnels-sante/referer-un-donneur/index.fr.html> (consulté le 27 février 2018).

- Hoff WS, Bonadies JA, Cachecho R, Dorlac WC. East Practice Management Guidelines Work Group: Update to practice management guidelines for prophylactic antibiotic use in open fractures. J Trauma 2011;70(3):751-4.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Processus de révision des exigences matricielles pour les établissements de soins aigus du réseau québécois de traumatologie. Rapport rédigé par Mario De Bellefeuille. Québec, Qc : INESSS; 2015a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_Rapport_synthese_ExigencesMatricielles.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Bases scientifiques justifiant le développement du Continuum de services en traumatologie (CST). Document rédigé par André Lavoie. Québec, Qc : INESSS; 2015b.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Les caractéristiques, l'histoire et l'implantation du continuum de services en traumatologie du Québec (1991-2012). Rapport rédigé par Catherine Safianyk. Québec, Qc : INESSS; 2012a. Disponible à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Traumatologie/INESSS_historique_CST.pdf.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Guide d'usage optimal – Rapport explicatif. Anticoagulothérapie par le dabigatran (Pradax^{MC}) dans la fibrillation auriculaire. Rapport rédigé par Sylvie Bouchard, Nicole Daoust et Nicole Déry. ETMIS 2012b;8(2):1-67.
- Jacobs DG, Jacobs DO, Kudsk KA, Moore FA, Oswanski MF, Poole GV, et al. Practice management guidelines for nutritional support of the trauma patient. J Trauma 2004;57(3):660-79.
- Mayglothling J, Duane TM, Gibbs M, McCunn M, Legome E, Eastman AL, et al. Emergency tracheal intubation immediately following traumatic injury: An Eastern Association for the Surgery of Trauma practice management guideline. J Trauma Acute Care Surg 2012;73(5 Suppl 4):S333-40.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Cadre normatif pour le Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ). Version 3.7. Québec, Qc : MSSS; 2017. Disponible à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-CN-SIRTQ.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes. Québec, Qc : MSSS; 2006.
- Moore L, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Donabedian's structure-process-outcome quality of care model: Validation in an integrated trauma system. J Trauma Acute Care Surg 2015;78(6):1168-75.
- NHS Clinical Advisory Group on Trauma. Regional networks for major trauma – NHS Clinical Advisory Groups Report. Londres, Angleterre : National Health Service (NHS); 2010. Disponible à : <http://www.uhs.nhs.uk/Media/SUHTInternet/Services/Emergencymedicine/Regionalnetworksformajortrauma.pdf>.

- Royal Australasian College of Surgeons (RACS). Model resource criteria for level I, II, III & IV trauma services in Australasia. Melbourne, Australie : RACS; 2016.
Disponible à : <https://www.surgeons.org/media/309212/model-resource-criteria-jan-2016.pdf>.
- Tisherman SA, Bokhari F, Collier B, Cumming J, Ebert J, Holevar M, et al. Clinical practice guideline: Penetrating zone II neck trauma. J Trauma 2008;64(5):1392-405.
- Tisherman SA, Barie P, Bokhari F, Bonadies J, Daley B, Diebel L, et al. Clinical practice guideline: Endpoints of resuscitation. J Trauma 2004;57(4):898-912.
- Transplant Québec. Soutien aux professionnels. La procédure type pour le don d'organes [site Web]. Montréal, Qc : Transplant Québec; 2012. Disponible à : <http://www.transplantquebec.ca/soutien-aux-professionnels> (consulté le 27 février 2018).
- Trauma Association of Canada (TAC). Trauma system accreditation guidelines. Fourth revision. Calgary, AB : TAC; 2011. Disponible à : http://www.traumacanada.ca/accreditation_committee/Accreditation_Guidelines_2011.pdf.
- Truchon C, Moore L, Belcaid A, Clément J, Trudelle N, Ulysse MA, et al. Shaping quality through vision, structure, and monitoring of performance and quality indicators: Impact story from the Quebec Trauma Network. Int J Technol Assess Health Care 2017;33(4):415-9.
- Vérificateur général du Québec. Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2004-2005 – Tome II. Chapitre 2 : Continuum de services. Vérification menée auprès du Ministère de la Santé et des Services sociaux, d'agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux et d'établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : Vérificateur général du Québec; 2005. Disponible à : http://www.vgg.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2004-2005-T2/fr_Rapport2004-2005-T2-Chap02.pdf.
- World Health Organization (WHO). Strengthening care for the injured: Success stories and lessons learned from around the world. Genève, Suisse : WHO; 2010.
Disponible à : http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563963_eng.pdf?ua=1.

ANNEXE A

Critères historiques pour distinguer les niveaux de désignation des installations de soins aigus du réseau québécois de traumatologie

CRITÈRES		EXIGENCES SELON LE NIVEAU DE DÉSIGNATION					
		TERTIAIRE	TERTIAIRE PÉDIATRIQUE	SECONDAIRE RÉGIONAL	SECONDAIRE	PRIMAIRE	CENTRE DE STABILISATION
1	Assurer la disponibilité adéquate des ressources requises.	X	X	X	X	X	X
2	Bassin de population minimal de 1 M.	X	X				
3	Nombre d'admissions de cas de traumatisme égal ou supérieur à 1200/année OU 240 admissions de patients ayant un ISS > 15 OU un total de 35 patients ayant un ISS > 15 par chirurgien.	X					
4	Nombre de patients présentant un traumatisme majeur avec ISS > 15.	>250	>200	>200	>80		
5	Un centre de traumatologie pédiatrique de niveau I doit admettre annuellement plus de 200 enfants blessés de moins de 15 ans.		X				
6	Les centres de traumatologie pédiatrique doivent répondre aux mêmes critères que les centres de traumatologie pour la clientèle adulte, en plus de répondre aux critères propres aux centres pédiatriques.		X				
7	Soins tertiaires aux traumatisés.	X	X				
8	Soins surspécialisés en neurochirurgie.	X	X	X			
9	Centre de référence régionale en neurotraumatologie.	X	X	X			
10	Centre de référence suprarégional en neurotraumatologie.	X	X				
11	Soins spécialisés en orthopédie, soins intensifs et médecine interne.	X	X	X			
12	Soins spécialisés en orthopédie.				X		
13	Soins intensifs et couverture minimale en médecine interne.				X		
14	Couverture en anesthésie et chirurgie 24/7.	X	X	X	X	X	
15	Aucune rétention de victime d'un traumatisme craniocérébral modéré ou sévère.				X	X	
16	Le centre doit être isolé et la population captive des soins offerts dans ce centre.						X

CRITÈRES		EXIGENCES SELON LE NIVEAU DE DÉSIGNATION					
		TERTIAIRE	TERTIAIRE PÉDIATRIQUE	SECONDAIRE RÉGIONAL	SECONDAIRE	PRIMAIRE	CENTRE DE STABILISATION
17	Situé à plus de 2 heures d'un centre de traumatologie. Il assure la stabilisation médicale de l'état des victimes en moins de 30 minutes et fournit une escorte pour les traumatisés à risque.						X
18	Situé à plus de 45 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire offrant des services de chirurgie générale et d'anesthésie.					X	
19	Ententes de transfert interétablissements à signer par les centres référents et leur centre de neurotraumatologie désigné.				X		
20	Le service de stabilisation est en mesure d'effectuer une réanimation. Il : - Assure une prise en charge adéquate des voies aériennes (dégagement, perméabilité et protection); - Est en mesure de procéder à une intubation endotrachéale ou d'appliquer une autre technique avancée de protection des voies aériennes (combitube) et d'installer un drain thoracique si nécessaire; - Procède à l'administration de sang (élément souhaité); - Contrôle l'HTIC par le mannitol si pupille dilatée (sur consultation avec centre neurochirurgical de référence); - Stabilise les fractures par immobilisation et s'assure de la fermeture des plaies significatives qui le requièrent.						X
21	Stabilisation des hémorragies avant transfert si encore nécessaire.			X	X	X	
22	Se limite à la stabilisation médicale exclusivement.						X
23	Aucun examen biologique ou radiologique.						X
24	Délai interne maximal de 10 minutes.						X
25	Délai interne maximal avant le transfert ou la décision de transfert de 30 minutes après l'arrivée du traumatisé.						X
26	Prévoir une escorte médicale lorsque cliniquement requise pour le transfert.			X	X	X	X
27	Les centres tertiaires de référence appuient les services de stabilisation par la formation, le soutien direct lorsque requis selon l'état des traumatisés, principalement lors d'une évacuation aéroportée.	X	X				X
28	Équipe multidisciplinaire de réadaptation pour les neurotraumatisés.	X	X	X			
29	Plateau technique optimal.	X	X	X			
30	Plateau technique élaboré.				X		

CRITÈRES		EXIGENCES SELON LE NIVEAU DE DÉSIGNATION					
		TERTIAIRE	TERTIAIRE PÉDIATRIQUE	SECONDAIRE RÉGIONAL	SECONDAIRE	PRIMAIRE	CENTRE DE STABILISATION
31	Plateau technique de base.					X	
32	Plateau technique minimal.						X
33	Centre universitaire avec enseignement et recherche.	X	X				
34	Centre de consultation et de formation pour son réseau référent.	X	X	X			
35	Programme de suivi pour les TCC mineurs et légers.	X	X	X			

ANNEXE B

Exigences relatives aux établissements exploitant une ou des installations de soins aigus désignées en traumatologie

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 1 : ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION									
1.1	Engagement du conseil d'administration et de la direction générale								
1.1.1	Président du conseil d'administration	X		E	E	E	E	E	E
1.1.2	Président-directeur général	X		E	E	E	E	E	E
1.2	Engagement de la direction des services professionnels								
1.2.1	Directeur des services professionnels (DSP)	X		E	E	E	E	E	E
	Désignation d'un médecin en tant que chef du service de l'urgence								
1.2.2	Désignation d'un médecin en tant que chef du service de l'urgence	X		E	E	E	E	E	E
	Coordination médico-administrative du bloc opératoire et de la salle de réveil								
1.2.3	Coordonnateur médical du bloc opératoire et de la salle de réveil	X		E	E	E	E	E	
1.2.4	Coordonnateur administratif du bloc opératoire et de la salle de réveil	X		E	E	E	E	E	
	Coordination médico-administrative des soins intensifs								
1.2.5	Coordonnateur médical des soins intensifs	X		E	E	E	E	O	
1.2.6	Coordonnateur administratif des soins intensifs	X		E	E	E	E	O	
	Coordination médico-administrative de l'unité de traumatologie								
1.2.7	Coordonnateur médical de l'unité de traumatologie	X		E	E	E			
1.2.8	Coordonnateur administratif de l'unité de traumatologie	X		E	E	E			
	Engagement des spécialités chirurgicales								
1.2.9	Chirurgie générale	X		E		E	E	E	
1.2.10	Chirurgie pédiatrique	X			E	O			
1.2.11	Chirurgie cardiaque	X		E	E	O			
1.2.12	Chirurgie maxillo-faciale	X		E	E	E	O		
1.2.13	Chirurgie gynécologique et obstétricale	X		E	E	E	O		
1.2.14	Chirurgie ophtalmologique	X		E	E	E	O		
1.2.15	Chirurgie orthopédique	X		E	E	E	E	O	

Légende :

T Tertiaire	TP Tertiaire pédiatrique	SR Secondaire régional	S Secondaire	P Primaire	CS Centre de stabilisation
E Essentielle	O Optionnelle				

 Non requise

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 1 : ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION									
1.2.16	Plastie	X		E	E	E	O		
1.2.17	Chirurgie thoracique	X		E	E	E	O		
1.2.18	Chirurgie urologique	X		E	E	E	O	O	
1.2.19	Chirurgie vasculaire	X		E	E	E	O		
1.2.20	Neurochirurgie	X		E	E	E			
1.2.21	Chirurgie oto-rhino-laryngologique	X		E	E	E	O	O	
Engagement des spécialités médicales									
1.2.22	Anesthésie	X		E	E	E	E	E	
1.2.23	Hématologie et médecine transfusionnelle	X		E	E	E	O		
1.2.24	Imagerie médicale :								
	1.2.24.1 Angiographie	X		E	E	E	O		
	1.2.24.2 Échographie	X		E	E	E	E	E	
	1.2.24.3 Radiologie	X		E	E	E	E	E	
	1.2.24.4 Imagerie par résonance magnétique (IRM)	X		E	E	O	O		
	1.2.24.5 Tomodensitométrie (TDM)	X		E	E	E	E	O	
1.2.25	Intensiviste/Soins intensifs	X		E	E	E	E	O	
1.2.26	Médecine d'urgence ou urgence 24/7	X		E	E	E	E	E	
1.2.27	Médecine spécialisée :								
	1.2.27.1 Cardiologie	X		E	E	O	O		
	1.2.27.2 Gastroentérologie	X		E	E	O	O		
	1.2.27.3 Gériatrie	X		E		O	O		
	1.2.27.4 Médecine interne	X		E		E	E	O	
	1.2.27.5 Microbiologie et infectiologie	X		E	E	E	O		
	1.2.27.6 Néphrologie (hémodialyse)	X		E	E	E	O		
	1.2.27.7 Neurologie	X		E	E	E	O		
	1.2.27.8 Pneumologie	X		E	E	E	O		
	1.2.27.9 Pédiatrie	X			E	E ¹⁹	O		

¹⁹ En fonction de la configuration québécoise.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 1 : ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION									
1.2.28	Physiatrie	X		E	E	O	O		
1.2.29	Psychiatrie	X		E	E	O			
1.3	Engagement des directions cliniques et des services paramédicaux								
	Engagement des directions cliniques								
1.3.1	Direction des soins infirmiers (DSI)	X		E	E	E	E	E	E
1.3.2	Direction services hospitaliers ou Direction générale adjointe (DSH ou DGA)	X		E	E	E	E	E	E
1.3.3	Direction des services multidisciplinaires (DSM)		X	E	E	E	E	E	E
1.3.4	Autres directions de programmes de soins et de services à la clientèle	X		E	E	E	E	E	E
	Engagement des services paramédicaux								
1.3.5	Archives médicales	X		E	E	E	E	E	E
1.3.6	Banque de sang	X		E	E	E	E	E	
1.3.7	Biochimie	X		E	E	E	E	E	
1.3.8	Inhalothérapie		X	E	E	E	E	E	
1.3.9	Nutrition clinique		X	E	E	E	E	E	
1.3.10	Pharmacie	X		E	E	E	E	E	
1.3.11	Réadaptation	X		E	E	E	E	E	
1.3.12	Services préhospitaliers	X		E	E	E	E	E	E
1.3.13	Service social		X		E	O ²⁰			
1.4	Engagement et coordination médico-administrative du programme de traumatologie								
1.4.1	Directeur médical du programme de traumatologie	X		E	E	E			
1.4.2	Coordonnateur administratif du programme de traumatologie	X		E	E	E			
1.4.3	Coordonnateur clinique du programme de traumatologie (s'il y a lieu)	X		E	E	E			

²⁰ En fonction de la configuration québécoise.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 1 : ENGAGEMENT DE L'ÉTABLISSEMENT ET STRUCTURE DE CONCERTATION DE L'INSTALLATION									
1.5	Engagement du comité local de traumatologie								
1.5.1	Comité local de traumatologie relevant de la direction des services professionnels	X		E	E	E	E	E	E
1.5.2	Présidence (ou coprésidence s'il y a lieu) du comité local de traumatologie	X		E	E	E	E	E	E
	Composition multidisciplinaire du comité local de traumatologie								
1.5.3	Direction des services professionnels	X		E	E	E	E	E	E
1.5.4	Présidence	X		E	E	E	E	E	E
1.5.5	Urgence	X		E	E	E	E	E	E
1.5.6	Bloc opératoire/salle de réveil	X		E	E	E	E	E	
1.5.7	Soins intensifs	X		E	E	E	E	O	
1.5.8	Unité de traumatologie (spécialisée ou non spécialisée)	X		E	E	E	E	E	
1.5.9	Équipe multidisciplinaire et services paramédicaux	X		E	E	E	E	E	
1.5.10	Imagerie médicale	X		E	E	E	E	E	
1.5.11	Laboratoires/banque de sang	X		E	E	E	E	E	
1.5.12	Chirurgie	X		E	E	E	O		
1.5.13	Orthopédie	X		E	E	E	E	O	
1.5.14	Neurochirurgie	X		E	E	E			
1.5.15	Archives médicales (archiviste responsable du SIRTQ)	X		E	E	E	E	E	
1.5.16	Secteur préhospitalier	X		E	E	E	E	E	
	Modalités de reddition de comptes								
1.5.17	Tenue du nombre minimal de rencontres par année financière	X		4	4	4	3	2	2
1.5.18	Transmission des procès-verbaux à l'INESSS	X		E	E	E	E	E	E
1.6	Présence et engagement d'un groupe de médecins en tant que leader de l'équipe de traumatologie								
1.6.1	Présence et engagement d'un groupe de médecins leader de l'équipe de traumatologie (<i>Trauma Team Leader</i>)	X		E	E				
1.7	Représentation du comité local de traumatologie au sein du comité régional de traumatologie								
1.7.1	Désignation d'au moins un membre pour représenter le comité local de traumatologie au sein du comité régional de traumatologie	X		E	E	E	E	E	E

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 2 : ENTENTES DE TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENTS									
2.1	Entente relative au transfert interétablissements des victimes de traumatismes								
2.1.1	Entente pour les transferts vers une installation de traumatologie tertiaire ou secondaire régionale	X				E	E	E	E
2.1.2	Entente pour le transfert vers une installation tertiaire pédiatrique des enfants et adolescents de moins de 16 ans	X		E		E	E	E	E
2.1.3	Entente de transfert avec un centre d'expertise pour les victimes de brûlures graves de 16 ans et plus	X		E		E	E	E	
2.1.4	Entente de transfert avec un centre d'expertise pour les blessés médullaires de 16 ans et plus	X		E		E	E	E	
2.1.5	Entente de complémentarité primaire-secondaire	X					E ²¹	E ²¹	
2.2	Directives et orientations ministérielles								
2.2.1	Directive ministérielle pour le transfert vers le centre d'expertise pour les victimes qui ont subi une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence		X	E		E	E	E	
2.2.2	Addenda aux ententes pour les établissements de soins aigus en traumatologie desservis par le Centre de traumatologie tertiaire de l'Est-du-Québec concernant la clientèle traumatisée pédiatrique de moins de 14 ans - 1 ^{er} mars 2014		X	E ²²		E ²²	E ²²	E ²²	

²¹ Si nécessaire.

²² Concerne les installations des régions 01, 02, 03, 04, 05, 09, 10, 11 et 12.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 3 : DISPONIBILITÉ ET FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES EN TRAUMATOLOGIE									
3.1	Disponibilité des spécialités chirurgicales, des spécialités médicales et ressources paramédicales								
	Disponibilité des spécialités chirurgicales dans un délai zéro								
3.1.1	Chirurgie cardiaque	X		E	E	O			
3.1.2	Chirurgie gynécologique et obstétricale	X		E	E	E	O		
3.1.3	Chirurgie ophtalmologique	X		E	E	E	O		
3.1.4	Chirurgie vasculaire	X		E	E	E	O		
3.1.5	Chirurgie oto-rhino-laryngologique	X		E	E	E	O	O	
	Disponibilité des spécialités médicales dans un délai zéro								
3.1.6	Cardiologie	X		E	E	O	O		
3.1.7	Néphrologie (hémodialyse)	X		E	E	E	O		
	Couverture médicale 24/7								
3.1.8	Médecine d'urgence	X		E	E	E	E	E	E
3.1.9	Intensiviste/soins intensifs	X		E	E	E	E	E	
3.1.10	Radiologiste pour imagerie conventionnelle et tomodensitométrie (TDM)	X		E	E	E	E	E	
3.1.11	Radiologiste pour imagerie conventionnelle et tomodensitométrie (TDM) : consultation en moins de 30 minutes	X		E	E	E	E	E	
	Système de garde								
3.1.12	Système de garde pour le personnel du bloc opératoire et de la salle de réveil	X		E	E	E	E	E	
3.1.13	Système de garde pour les radiologistes et les techniciens affectés à l'imagerie par résonance magnétique (IRM)		X	E	E	O	O		
	Disponibilité 24/7 des ressources paramédicales								
3.1.14	Inhalothérapeute	X		E	E	E	E	E	
3.1.15	Technicien en radiologie	X		E	E	E	E	O	
3.1.16	Technicien en radiologie sur appel (disponible en moins de 30 minutes)	X						E	
3.1.17	Technicien en tomodensitométrie (TDM)	X		E	O	O			
3.1.18	Technicien en tomodensitométrie (TDM) sur appel	X			E	E	E	E ²³	
3.1.19	Technicien de laboratoire	X		E	E	E	E	O	

²³ Si TDM présent.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 3 : DISPONIBILITÉ ET FORMATION DES RESSOURCES HUMAINES EN TRAUMATOLOGIE									
3.1.20	Technicien de laboratoire sur appel	X						E	
3.1.21	Technicien à la banque de sang	X		E	E	E	E	O	
3.1.22	Technicien à la banque de sang sur appel	X						E	
3.2	Disponibilité des ressources de réadaptation								
3.2.1	Équipe multidisciplinaire de réadaptation structurée en neurotraumatologie incluant la présence d'un coordonnateur clinique	X		E	E	E			
3.2.2	Équipe multidisciplinaire non structurée	X					E	E	
3.2.3	Ergothérapie	X		E	E	E	E	O	
3.2.4	Nutrition clinique		X	E	E	E	E	O	
3.2.5	Orthophonie	X		E	E	E	O		
3.2.6	Physiothérapie	X		E	E	E	E	E	
3.2.7	Psychoéducation		X		E	O			
3.2.8	Psychologie	X		E	E	E	O	O	
3.2.9	Service social	X		E	E	E	E	E	
3.3	Formation des cliniciens								
3.3.1	Formation continue de l'équipe interdisciplinaire	X		E	E	E	O	O	O
	Formation particulière								
3.3.2	Médecin disposant d'une formation particulière (ATLS, ACLS) présent 24/7 à l'urgence	X		E	E	E	E	E	E
3.3.3	Personnel infirmier formé (formation TNCC ou son équivalent) à l'urgence	X		E	E	E	E	E	E
3.3.4	Personnel infirmier formé en traumatologie aux soins intensifs	X		E	E	E	E	O	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 4 : DONNÉES DE TRAUMATOLOGIE ET AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ									
4.1	Respect du calendrier de saisie du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ)								
4.1.1	Saisie dans la banque de données locale du SIRTQ selon le calendrier prévu	X		E	E	E	E	E	
4.1.2	Tenue d'une banque de données locale des traumatismes	X							E
4.2	Audit de dossiers par le comité local de traumatologie								
4.2.1	Nombre de dossiers à réviser	X		50	50	50	25	25	Tous
4.2.2	Cas de décès		X	E	E	E	E	E	E
4.2.3	Cas de coroner	X		E	E	E	E	E	E
4.2.4	Cas spéciaux méritant une analyse approfondie	X		E	E	E	E	E	E
4.2.5	Victimes de traumatismes présentant un ISS ≥ 25	X		E	E	E	E	E	
4.2.6	Victimes de traumatismes admises dans le non-respect des corridors établis (TCCMG, BM, VBG, VARMU, clientèle pédiatrique victime de traumatismes graves)		X	E	E	E	E	E	
4.2.7	Analyse des transferts des victimes de traumatismes	X				E	E	E	E
4.2.8	Analyse de la mortalité	X		E	E	E	E	E	E
4.2.9	Analyse de la morbidité	X		E	E	E	E	E	
4.2.10	Analyse du respect des procédures et processus pour les victimes de traumatismes	X		E	E	E	E	E	E
4.3	Analyse des bilans de qualité et de performance par le comité local de traumatologie								
4.3.1	Analyse des statistiques descriptives		X	E	E	E	E	E	
4.3.2	Analyse des indicateurs de processus (IP) et indicateurs de résultats (IR)		X	E	E	E	E	E	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
5.1	Urgence								
	Plateaux techniques attendus à l'urgence								
5.1.1	Salle de réanimation disponible pour la traumatologie	X		E	E	E	E	E	
5.1.2	Salle de décontamination		X	O ²⁴	O ²⁴	O ²⁴	O ²⁴	O ²⁴	
	Procédures et algorithmes attendus à l'urgence								
	Procédures cliniques								
5.1.3	Algorithmes et description des fonctionnements ATLS-ACLS-APLS (et facilement accessible au personnel)	X		E	E	E	E	E	E
5.1.4	Procédure de mise en tension à trois niveaux avec description du rôle de chacun des intervenants	X		E	E	E	E	E	
5.1.5	Procédure de mise en tension avec description du rôle de chacun des intervenants	X							E
5.1.6	Procédure pour consultation urgente avec description du rôle de chacun des intervenants, avec un algorithme de communication et incluant :	X		E	E	E	E	E	E
	5.1.6.1 Consultation par le leader de l'équipe de traumatologie (Trauma Team Leader) avec un temps de réponse inférieur à 20 minutes		X	E	E				
	5.1.6.2 Consultation par un chirurgien général avec un temps de réponse inférieur à 30 minutes	X		E	E	E	E	E	
5.1.7	Procédure pour la protection des voies aériennes respectant le marqueur de performance M10	X		E	E	E	E	E	E
5.1.8	Procédure d'intubation difficile avec algorithme	X		E	E	E	E	E	E
5.1.9	Procédure pour l'hémostase avec algorithme	X		E	E	E	E	E	
5.1.10	Procédure pour l'échographie à l'urgence respectant le marqueur de performance M30	X		E	E	E	E	E	
5.1.11	Procédure pour accès veineux avec algorithme médical et infirmier	X		E	E	E	E	E	E
5.1.12	Procédure pour la stabilisation d'une fracture complexe du bassin avant le transfert		X			O	E	E	
5.1.13	Procédure de prise en charge d'une victime de traumatisme enceinte		X	E	E	E	E	E	
5.1.14	Procédure de prise en charge d'une victime de traumatisme pédiatrique respectant les corridors de transfert établis		X	E		E	E	E	

²⁴ Selon les procédures prévues au plan régional des mesures d'urgence.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
5.1.15	Procédure pour l'antibiothérapie prophylactique dans le cas d'une fracture ouverte		X	E	E	E	E	E	
5.1.16	Procédure pour la prise en charge d'un patient présentant un traumatisme pénétrant à la région cervicale		X	E	E	E	E	E	E ²⁵
5.1.17	Procédure de clairance de la colonne cervicale		X	E	E	E	E	E	
5.1.18	Procédure de prise en charge avant transfert d'un patient présentant un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)	X		E	E	E	E	E	
5.1.19	Procédure de dépistage et de gestion du risque de complications médicales graves pour les patients qui ont subi un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)	X		E	E	E	E	E	E
5.1.20	Procédure pour le maintien de la normothermie du patient		X	E	E	E	E	E	E
5.1.21	Procédure pour la détection du syndrome compartimental		X	E	E	E	E	O	
5.1.22	Procédure pour la décontamination biologique, chimique, nucléaire et radiologique d'un patient		X	E	E	E	E	E	O
5.1.23	Procédure d'inversion de l'anticoagulothérapie		X	E	E	E	E	E	
5.1.24	Procédure concernant l'usage de l'acide tranexamique (cyklokapron)		X	E	E	E	E	E	E
Procédures, algorithmes et mécanismes de transfert									
5.1.25	Procédure pour le préavis des services préhospitaliers d'urgence (SPU) avec description du rôle de chacun des intervenants et du mécanisme de collecte de données (inclut une communication directe entre le médecin à l'urgence et le personnel ambulancier)	X		E	E	E	E	E	E
5.1.26	Formulaire régional de collecte de données des services préhospitaliers d'urgence (SPU), géré par le SPU	X		E	E	E	E	E	E
5.1.27	Procédure pour l'acceptation des transferts sans droit de refus (inclut une communication directe entre les médecins des deux unités d'urgence)	X		E	E	E	E		
5.1.28	Procédure pour la libération rapide de l'équipe des soins préhospitaliers avec tout son matériel dans un délai maximal de 20 minutes		X	E	E	E	E	E	
5.1.29	Procédure pour l'obtention de personnel additionnel indiquant le rôle de chacun des intervenants en cas d'arrivée massive de victimes de traumatismes	X		E	E	E	E	E	O

²⁵ La procédure devrait avoir fait l'objet d'un arrimage avec la procédure en vigueur à l'installation de référence pour les transferts.

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
5.1.30	Procédure d'accompagnement pour le déplacement interne du patient	X		E	E	E	E	E	
5.1.31	Procédure de stabilisation avant le transfert	X							E
5.1.32	Procédure d'accompagnement pour un transfert interétablissements	X		E	E	E	E	E	E
5.1.33	Procédure de transfert pour les cas de traumatisme craniocérébral (TCC) avec un résultat au GCS ≤ 13 et description du rôle de chacun des intervenants	X					E	E	E
5.1.34	Procédure de transfert vers un centre d'expertise désigné pour les victimes de brûlures graves (VBG)	X		E	E	E	E	E	E
5.1.35	Procédure de transfert vers un centre d'expertise pour les blessés médullaires (BM)	X		E	E	E	E	E	
5.1.36	Procédure d'application de la directive ministérielle pour les victimes qui ont subi une amputation traumatique ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU)		X	E	E	E	E	E	E
5.1.37	Procédure de transfert vers une installation tertiaire ou secondaire régionale pour les cas de traumatisme thoracique		X				E	E	
5.2	Bloc opératoire et salle de réveil								
	Plateau technique attendu au bloc opératoire								
5.2.1	Salle d'opération réservée ou corridor d'urgence pour les victimes de traumatismes graves		X	E	E	E	O		
	Procédures et algorithmes attendus au bloc opératoire et à la salle de réveil								
5.2.2	Procédure de gestion des priorités avec accessibilité 24/7 en moins de 30 minutes pour les victimes de traumatismes	X		E	E	E	E	E	
5.2.3	Procédure pour la détermination d'une salle d'opération réservée ou d'un corridor d'urgence pour les victimes de traumatismes graves		X	E	E	E	O		
5.2.4	Procédure pour l'ouverture d'une seconde salle en traumatologie	X		E	E	E	E	O	
5.2.5	Procédure de fonctionnement de la salle de réveil comprenant le fonctionnement en situation d'urgence de nuit	X		E	E	E	E	E	
5.3	Soins intensifs								
	Plateau technique attendu aux soins intensifs								
5.3.1	Soins intensifs fermés	X		E	E	E	O		
5.3.2	Soins intensifs semi-fermés	X					E	O	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
	Procédures et algorithmes attendus aux soins intensifs								
	Procédures cliniques								
5.3.3	Procédure de prévention, de dépistage et de traitement du délirium		X	E	E	E	E	E	
5.3.4	Procédure de prévention des plaies de pression		X	E	E	E	E	E	
5.3.5	Procédure pour la gestion de la douleur		X	E	E	E	E	E	
5.3.6	Procédure pour le suivi nutritionnel		X	E	E	E	E	E	
5.3.7	Procédure de prévention des ulcères de stress		X	E	E	E	E	E	
5.3.8	Procédure de prophylaxie contre la maladie thromboembolique		X	E	E	E	E	E	
5.3.9	Procédure d'accès à une thérapie de remplacement rénal (hémodialyse, hémofiltration)		X	E	E	E	O	O	
5.3.10	Procédure de prise en charge des patients présentant un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)		X	E	E	E			
5.3.11	Procédure d'arrêt du maintien des fonctions vitales		X	E	E	E	E	E	
5.3.12	Procédure de déclaration de la mort cérébrale		X	E	E	E	E	E	
	Procédures administratives								
5.3.13	Procédure de codification des urgences avec description du rôle de chaque intervenant	X		E	E	E	E	E	
5.3.14	Procédure d'admissibilité et de congé aux soins intensifs	X		E	E	E	E	O	
5.3.15	Procédure d'accompagnement pour le déplacement interne du patient	X		E	E	E	E	E	
5.4	Unité de traumatologie								
	Plateaux techniques attendus à l'unité de traumatologie								
5.4.1	Unité de traumatologie spécialisée		X	E	E	E			
5.4.2	Unité de traumatologie non spécialisée		X				E	E	
5.4.3	Suivi médical conjoint pour les traumatismes orthopédiques	X		E	E	E	E	E	
	Procédures et algorithmes attendus à l'unité de traumatologie								
	Procédures cliniques								
5.4.4	Procédure de prévention, de dépistage et de traitement du délirium		X	E	E	E	E	E	
5.4.5	Procédure de prévention des plaies de pression		X	E	E	E	E	E	
5.4.6	Procédure pour la gestion de la douleur		X	E	E	E	E	E	
5.4.7	Procédure pour le suivi nutritionnel		X	E	E	E	E	E	
5.4.8	Procédure de prophylaxie contre la maladie thromboembolique		X	E	E	E	E	E	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
	Procédures administratives								
5.4.9	Procédure de gestion des lits	X		E	E	E	E		
5.4.10	Procédure de transfert en réadaptation fonctionnelle intensive (RFI) interne et externe en centre de réadaptation en déficience physique	X		E	E	E	E	O	
5.4.11	Procédure pour la prise en charge en réadaptation en moins de 48 heures d'un patient provenant d'une autre installation désignée lors du retour dans sa région d'origine	X		E	E	E	E	E	
5.4.12	Ordonnance collective pour les intervenants en réadaptation	X		E	E	E	E	O	
5.5	Imagerie médicale								
	Plateaux techniques attendus en imagerie médicale								
5.5.1	Angiographie disponible 24/7	X		E	E	E	O		
5.5.2	Tomodensitométrie (TDM) adjacent à l'urgence	X		E	E	E	E		
	Procédures et algorithmes attendus en imagerie médicale								
	Procédures cliniques								
5.5.3	Procédure de mise en tension et de gestion des priorités des demandes urgentes en imagerie médicale conventionnelle et en tomodensitométrie (TDM)	X		E	E	E	E	E	
5.5.4	Procédure de mise en tension et de gestion des priorités des demandes urgentes en imagerie par résonance magnétique (IRM) pour la clientèle de traumatologie		X	E	E	O	O		
5.5.5	Procédure en cas de détresse subite d'une victime de traumatisme en cours d'examen	X		E	E	E	E	E	
5.5.6	Procédure d'angio-embolisation		X	E	E	E	O		
	Procédures administratives								
5.5.7	Procédure pour la transmission d'un rapport (écrit ou déposé à la dictée centrale) lors du transfert d'un patient vers une autre installation		X			E	E	E	
5.5.8	Procédure pour la lecture urgente des radiographies et production d'un rapport écrit ou déposé au service de dictée centrale en moins de 60 minutes en imagerie médicale conventionnelle et en tomodensitométrie (TDM)	X		E	E	E	E	E	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 5 : PLATEAUX TECHNIQUES, PROCÉDURES ET ALGORITHMES									
5.6	Laboratoires et banque de sang								
	Plateaux techniques attendus aux laboratoires et à la banque de sang								
5.6.1	Disponibilité 24/7 des services de laboratoire	X		E	E	E	E	E	
5.6.2	Approvisionnement 24/7 de la banque de sang	X		E	E	E	E	E	
5.6.3	Disponibilité 24/7 de la banque de sang	X		E	E	E	E	E	
5.6.4	Disponibilité de deux culots de sang O- à l'urgence		X	O	O				
	Procédures et algorithmes attendus aux laboratoires et à la banque de sang								
5.6.5	Procédure pour l'administration du sang (extrême urgence, non croisé, non groupé) comprenant un algorithme et avec description du rôle des intervenants	X		E	E	E	E	E	
5.6.6	Procédure de transfusion massive comprenant un algorithme	X		E	E	E	E	E	
5.7	Plan des mesures d'urgence								
5.7.1	Plan des mesures d'urgence	X		E	E	E	E	E	
5.8	Don d'organes et de tissus								
5.8.1	Application de la procédure type pour le don d'organe produite par Transplant Québec		X	E	E	E	E	E	
5.8.2	Application de la procédure type pour le don de tissus produite par Héma-Québec		X	E	E	E	E	E	
5.9	Grilles d'évaluation des procédures et processus								
5.9.1	Grille d'évaluation des procédures et processus à l'urgence	X		E	E	E	E	E	E
5.9.2	Grille d'évaluation des procédures et processus au bloc opératoire et à la salle de réveil	X		E	E	E	E	E	
5.9.3	Grille d'évaluation des procédures et processus aux soins intensifs	X		E	E	E	E	E	
5.9.4	Grille d'évaluation des procédures et processus à l'unité de traumatologie	X		E	E	E	E	E	
5.9.5	Grille d'évaluation des procédures et processus en imagerie médicale	X		E	E	E	E	E	
5.9.6	Grille d'évaluation des procédures et processus aux laboratoires et à la banque de sang	X		E	E	E	E	E	

		Exigence reconduite (2001)	Nouvelle exigence (2015)	Niveau de désignation					
				T	TP	SR	S	P	CS
SECTION 6 : ACTIVITÉS DE PRÉVENTION, D'ENSEIGNEMENT, DE RECHERCHE ET DE SOUTIEN AU RÉSEAU									
6.1	Activités de prévention, de sensibilisation et d'information								
6.1.1	Contribution aux programmes nationaux, provinciaux et régionaux de prévention des traumatismes	X		E	E				
6.1.2	Activités de prévention, d'éducation et source de renseignements pour le public en matière d'information sur les traumatismes	X		E	E	O	O	O	
6.2	Activités d'enseignement								
6.2.1	Enseignement de deuxième et troisième cycles en médecine	X		E	E	O			
6.2.2	Programme de résidence en chirurgie générale	X		E	E				
6.2.3	Enseignement de deuxième et troisième cycles en soins infirmiers	X		E	E	O			
6.2.4	Enseignement de deuxième et troisième cycles pour les autres professionnels de la santé	X		E	E	O			
6.3	Activités de recherche et de transfert des connaissances en traumatologie								
6.3.1	Équipe de recherche	X		E	E	O			
6.3.2	Activités de recherche clinique	X		E	E	O			
6.3.3	Présentations lors de congrès/symposiums/colloques	X		E	E	O	O		
6.4	Activités de soutien au réseau								
6.4.1	Activités de formation s'adressant aux médecins de la communauté (p. ex. ATLS, PALS, TCC léger, colloques, etc.)	X		E	E				
6.4.2	Activités de formation s'adressant au personnel du secteur préhospitalier	X		O	O	O	O		
6.4.3	Activités de formation s'adressant au personnel infirmier (p. ex. TNCC, colloques, etc.)	X		E	E	E	O	O	
6.4.4	Activités de formation s'adressant aux autres professionnels de la santé (p. ex. colloques, etc.)	X		E	E	E	O	O	
6.4.5	Activités de formation s'adressant aux partenaires (p. ex. TNCC, colloques, etc.)	X		E	E	O			
6.4.6	Mécanisme de rétroaction pour les centres référents	X		E	E	E			
6.4.7	Consultation à distance pour les centres de stabilisation	X		E	E				
6.4.8	Consultation à distance disponible sur place	X							E

ANNEXE C Collecte de données des services préhospitaliers d'urgence (SPU)

Nom de la compagnie ambulancière		IDENTIFICATION DE L'USAGER	
Numéro de dossier CH		Nom Prénom	
Date		Numéro d'assurance maladie	
Séq. événement		Date de naissance	
Usager		Code clinique	
Véhicule		Priorité	
		Prise en charge	
		Disponibilité spéciale	
		Intétabissements	
		Événement imprévu	
		Soutien technique	
PLAINTES PRINCIPALES			
Heure de début / accident			
☐ M. ☐ F. ☐ Dimanche à communiquer ☐ Non-coopération			
BIOMÉCANISMES			
☐ Pénétrant ☐ Central ☐ Autre ☐ Désincarcération > 20 min ☐ Contondant ☐ Déploiement des ballons ☐ Frontal ☐ Latéraux ☐ Cinétique à risque ☐ Port de ceinture ou casque ☐ Autre occupant décédé ☐ Ejection ☐ Piéton/cycliste écrasé/enversé ☐ Chute ☐ Hauteur ☐ m ☐ IHV si > 6 m (adulte) + pédiatrie (voir verso) ☐ Impact ☐ km/h ☐ piéton ou cycliste > 30 km/h; moto > 30 km/h ☐ Autre mécanisme de blessure à considérer			
GROSSESSE			
☐ Enceinte ☐ G ☐ Rythme Initial ☐ Indéterminée ☐ A ☐ FV / TV ☐ AESP ☐ Asystolie ☐ PI ☐ RCR ☐ DEA ☐ CHOC ☐ PR ☐ RCR ☐ DEA ☐ CHOC ☐ PSP, PSA ☐ Débridement ☐ CHOC ☐ Gestation sem. ☐ Contractions min ☐ Début des manœuvres ☐ HH : MM ☐ Premier choc donné ☐ HH : MM			
ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE			
☐ Vu ou entendu ☐ HH : MM ☐ Retour de pouls ☐ HH : MM ☐ Pouls toujours présent au CH ☐ Réanimation impraticable ☐ DNIH ☐ Mort évidente ☐ ADM ☐ HH : MM ☐ Constat de décès à distance ☐ HH : MM ☐ Dr.			
ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX			
☐ Aucune ☐ Inconnu ☐ Neoplasie ☐ AVC ☐ Diabète ☐ Hypertension ☐ Psychiatrie ☐ Cardiaque ☐ EP/TTP ☐ Epilepsie ☐ Autre			
MÉDICAMENTS			
☐ OUI ☐ Non ☐ Inconnu ☐ OUI ☐ Non ☐ Inconnu ☐ OUI ☐ Non ☐ Inconnu ☐ ACO/Anti-plaq. ☐ Apportés au CH ☐ Liste apportée ☐ Inconnu			
MALADIES INFECTIEUSES			
☐ Aucune ☐ ERV ☐ Sx resp. fébrile ☐ Inconnue ☐ Hépatite ☐ VIH ☐ Clostridium difficile ☐ SARM ☐ Autre			
ALLERGIES			
☐ Aucune ☐ Inconnue ☐ AAS ☐ Latex ☐ Pénicilline ☐ Autre ☐ AINS ☐ Morphine, codéine ☐ Salbutamol ☐ Iode ☐ Nitrates ☐ Suifa			
Heure après pt			
Natures du cas			
Soutien médical			
☐ Médecin sur place ☐ Radio / Téléphone / UCCSPU ☐ Dr. ☐ Aucune réponse			
CARDIOVASCULAIRE			
☐ DTCOP ☐ Répond à l'évaluation de la douleur ☐ Œdème membres inférieurs ☐ Palpitations			
RESPIRATOIRE			
☐ DOCP ☐ Obstruction des VR ☐ Sibilances, wheezing ☐ Incapacité à faire des phrases complètes ☐ Position tripode ☐ Présence de fatigue respiratoire			
NEUROLOGIQUE			
☐ Cinnéat ☐ AVC aigu ☐ AVC récent ☐ Négatif ☐ Positif ☐ Dété ☐ < 3,5 h ☐ < 5 h			
MUSCULO-SQUELETTIQUE			
☐ Douleur non traumatique ☐ Traumatisme(s) ☐ Évaluation objective du traumatisme			
PARTICULARITÉS, ÉVOLUTION			
☐ Angio-œdème ☐ Hématémèse ☐ Hématurie ☐ Hémorragie vaginale ☐ Serviettes à l'heure ☐ Mélena / Rectorragie ☐ Alcool, drogue ☐ Troubles de comportement ☐ Douleur abdominale ☐ Nausées, vomissements			
Sulte sur document n°			

Nom		Prénom		Numéro d'assurance maladie		Date de naissance	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/min		mmHg	
5		/min		/min		mmHg	
HEURE		RESP.		POULS		TA	
1		/min		/min		mmHg	
2		/min		/min		mmHg	
3		/min		/min		mmHg	
4		/min		/			

LÉGENDES ET AIDES À LA RÉDACTION

ÉCHELLE DE COMA DE GLASGOW		
Ouverture des yeux	Moins de 1 an	1 an et plus
(V) /4 points	4 Spontanée 3 Au bruit 2 À la douleur 1 Aucune NT Non testable	4 Spontanée 3 À la voix 2 À la douleur 1 Aucune NT Non testable
Réponse verbale	Moins de 2 ans	De 2 à 4 ans
(V) /6 points	5 Sourit, gazouille ou pleure normalement 4 Pleure 3 Pleure ou crie anormalement 2 Grogne 1 Aucune NT Non testable	5 Emploie bien les mots ou les phrases 4 Emploie mal les mots 3 Pleure ou crie 2 Grogne 1 Aucune NT Non testable
Réponse motrice	Moins de 1 an	1 an et plus
(M) /6 points	6 Mouvements spontanés normaux 5 Localise la douleur 4 Retrait à la douleur 3 Flexion à la douleur 2 Extension à la douleur 1 Aucune NT Non testable	6 Obéit aux commandements 5 Localise la douleur 4 Retrait à la douleur 3 Flexion à la douleur 2 Extension à la douleur 1 Aucune NT Non testable
TOTAL /16 points		

RHYTHME CARDIAQUE	
AESP	Activité électrique sans pouts
AESP60	AESP < 60/min
AGON	Agonal
ASYB	Aystolie
BAV1	Bloc AV du premier degré
BAV2.1	Bloc AV du deuxième degré de type 1
BAV2.2	Bloc AV du deuxième degré de type 2
BAV3	Bloc AV du troisième degré
BRADY	Bradycardie
FA	Fibrillation auriculaire
FV	Fibrillation ventriculaire
PACE	Pacemaker
SIN	Sinusal
TORS	Tachycardie QRS > 0,12
TORS12	Tachycardie QRS < 0,12
TSB	Tachycardie supraventriculaire
TV	Tachycardie ventriculaire
INTERVALLES PARTICULIERS	
QTC	Intervalle QT > 0,46 seconde
QTC46	Intervalle QT > 0,46 seconde

PROTOCOLES CLINIQUES

APP. 1	Appréciation condition clinique
SIN. 1	Sinistre Impliquant plusieurs patients
SIN. 2	START et JUMPSTART modifié
IND. 1	Exposition matières dangereuses
IND. 2	Exposition à des substances toxiques
IND. 3	Exposition vapeurs toxiques
REA. 1	ACR médical adulte
REA. 2	Arrêt des manœuvres (médical)
REA. 3	ACR traumatique adulte
REA. 4	Arrêt des manœuvres (trauma)
REA. 5	ACR médical pédiatrique
REA. 6	ACR traumatique pédiatrique
REA. 7	Combitube® pour hypoventilation
REA. 8	Prise en charge, intervention avec DEA
REA. 9	Assistance respiratoire ou ventilatoire
REA. 10	REA en présence DA/IG
ENV. 1	Accident de plongée
ENV. 2	Brûlure
ENV. 3	Coup de chaleur et épuisement
ENV. 3A	Coup de chaleur
ENV. 3B	Crampes/poussées par la chaleur
ENV. 4	Électrisation ou électrocution
ENV. 5	Engelure
ENV. 6	Hypothermie
ENV. 7	Submersion
MED. 1	Faiblesse
MED. 2	Atteinte de l'état de conscience
MED. 3	Bradycardie ou tachycardie
MED. 4	Céphalée
MED. 5	Choc non traumatique
MED. 6	Confusion aigüe
MED. 7	Convulsions
MED. 8	Dyspnée
MED. 8A	Dyspnée d'origine cardiaque probable
MED. 9	Douleur abdominale
MED. 10	Douleur thoracique
MED. 11	Épilepsie
MED. 12	Intoxication et toxicomanie
MED. 13	Obstruction des voies respiratoires
MED. 14	Paralysie
MED. 15	Perte de conscience ou syncope
MED. 16	Profil, diabétique, hypoglycémie
MED. 17	Réaction allergique ou anaphylaxie
OBS. 1	Femme enceinte en travail
OBS. 2	Accouchement imminent
OBS. 3	Accouchement imminent (siège)
OBS. 4	Appréciation et soins au nouveau-né
OBS. 5	Convulsions 3 ^e trimestre, éclampsie
OBS. 6	Providence du cordon
OBS. 7	Saignement vaginal
PED. 1	Atteinte de l'état de conscience
PED. 2	Convulsions
PED. 3	Difficulté respiratoire
PED. 4	Obstruction des voies respiratoires
PED. 5	Réaction allergique ou anaphylaxie
PSY. 1	Problème de comportement
PSY. 2	Transport sans consentement
MED-LEG. 1	Enfant maltraité
MED-LEG. 2	ACR réanimation inopérable
MED-LEG. 3	DNIR
MED-LEG. 4	Mort évitable
MED-LEG. 5	Médecin ou sage-femme sur place
TRAU. APP	Appréciation clinique en trauma
TRAU. 0	Indication d'immobilisation spinale
TRAU. 1	Traumatisme adulte
TRAU. 2	Traumatisme femme enceinte
TRAU. 3	Traumatisme isolé des extrémités
TRAU. 4	Traumatisme ou brûlure oculaire
TRAU. 5	Traumatisme pédiatrique

CODES DE NATURE DE CAS

Code 1	Douleur abdominale
Code 2	Allergie, empoisonnement
Code 3	Morsure, attaque d'animal
Code 4	Agression, agression sexuelle
Code 5	Maux de dos non traumatiques
Code 6	Problème respiratoire
Code 7	Brûlure, explosion
Code 8	Inhalation, produits dangereux
Code 9	Arrêt cardiorespiratoire, décès
Code 10	Douleur thoracique
Code 11	Éloignement
Code 12	Convulsions
Code 13	Problèmes diabétiques
Code 14	Noyade, plongée sous-marine
Code 15	Électrisation, foudre
Code 16	Problèmes oculaires
Code 17	Chute
Code 18	Maux de tête
Code 19	Problème cardiaque, DCAI
Code 20	Exposition à la chaleur ou au froid
Code 21	Hémorragie, laceration
Code 22	Accident inaccessible
Code 23	Overdose, ingestion
Code 24	Grossesse, accouchement
Code 25	Psychiatrie, comportement
Code 26	Personne malade
Code 27	Arme blanche, arme à feu
Code 28	Accident vasculaire cérébral
Code 29	Accident de la route
Code 30	Blessure traumatique
Code 31	Inconscience, évanouissement
Code 32	Problème Inconnu
Code 33	Intéressements

REFUS À RISQUE

- < 14 ans, sans autre responsable sur place
- < 14 ans en présence d'un critère de risque
- Atteinte de l'état de conscience (VPU)
- Atteinte neurologique nouvelle
- Confusion
 - Confusion aigüe
 - Confusion chronique, sans adulte responsable sur place
- Difficulté respiratoire avouée par le patient ou objective : saturation < 92 %/cyanose/traqueobstruction ou wheezing
- Douleurs non traumatiques < 48 heures dont céphalée, douleur abdominale, douleur dorso-lombaire
- Douleur thoracique ou palpitations
- Grossesse (douleur abdominale/saignement vaginal/syncope)
- Hémorragie active
- Hypoglycémie < 4 mmol/L
- Intervention dans le cadre du programme de soulagement des symptômes (PSS)
- Pouls < 50 ou > 120/min
- Réaction allergique
- Syncope ou convulsions
- TA systolique < 100 ou > 200 mmHg ou diastolique > 100 mmHg (à interpréter selon l'âge)
- Trauma crânien avec symptôme(s) ou signe(s) présent(s)
- Tout trauma avec un EGTPPT positif
- Tout trauma avec un Glasgow < 14

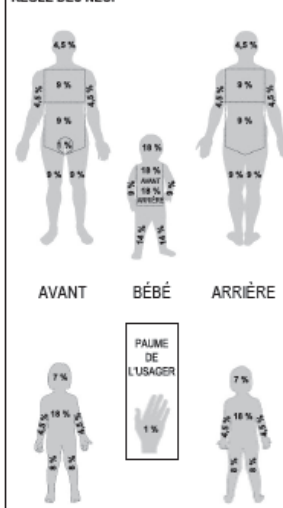
MÉDICAMENTS

AAS	Acide acétylsalicylique
ADE	Adénosine
AMI	Amiodarone
ATR	Atropine
BIC	Bicarbonate
CAC	CaCl ₂
D50	Dextrose 50 %
DIA	Diazepam
DIM	Diméthylhydramine (Gravol®)
DIP	Diphényldramine (Benadryl®)
DOP	Dopamine
EPI	Épinéphrine
FEN	Fentanyl
FUR	Furosemide
GLU	Glucose
INS	Insuline-Glucose®
IPR	Isoproterenol
LAB	Lidocaïne
LOR	Lorazepam
MET	Métoprolol
MGS	MgSO ₄
MIO	Midazolam
MOR	Morphine
NAL	Naloxone
NTG	Nitroglycérine
PAM	Pralidoxime
SAL	Salbutamol
SOL	Solu-Medrol®
THI	Thiamine
VNS	Vasopressine
VER	Vérapamil

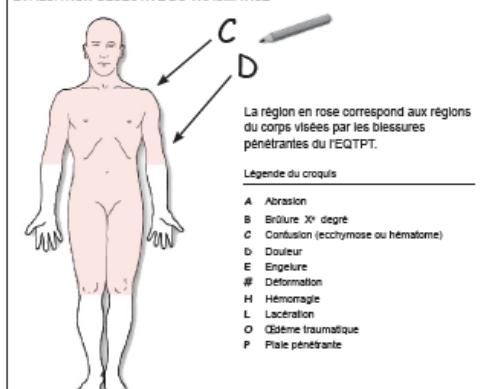
ANTICOAGULANTS

Warfarine (Coumadin)	Apixaban (Eliquis)
Acénocoumarol (Sintrom)	Énoxaparine (Lovenox)
Dabigatran (Pradax)	Daltéparine (Fragmin)
Rivaroxaban (Xarelto)	Tinzaparine (Innohep)

RÈGLE DES NEUF



ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ



HISTOIRE OBSTÉTRICALE

G	Grossesse
N	Nombre total de grossesses (incluant celle en cours)
P	Para
N	Nombre total d'accouchements viables
A	Aborta
N	Nombre total d'avortements ou de fausses couches

VOIE D'ADMINISTRATION

IM	Intramusculaire
IN	Intranasale
INH	Inhalation
IO	Intra-osseuse
IV	Intraveineuse
PO	Orale (per os)
SC	Sous-cutanée
SL	Sublinguale

DÉPISTAGE DES AVC

- Échelle de Cincinnati :
- Atteinte faciale normale ou anormale
 - Atteinte des bras normale ou anormale
 - Usage de la parole normale ou anormale
- CRITÈRES D'AVC AIGUS
- L'âge ≥ 16 ans
 - L'état de conscience est à A + A ou V + V sur l'échelle d'AVPU
 - Le délai d'arrivée à l'hôpital receveur est < 3,5 heures après le début des symptômes
 - La glycémie est > 3,0 mmol/L
 - Le patient n'est pas dans une condition où il reçoit des soins de fin de vie

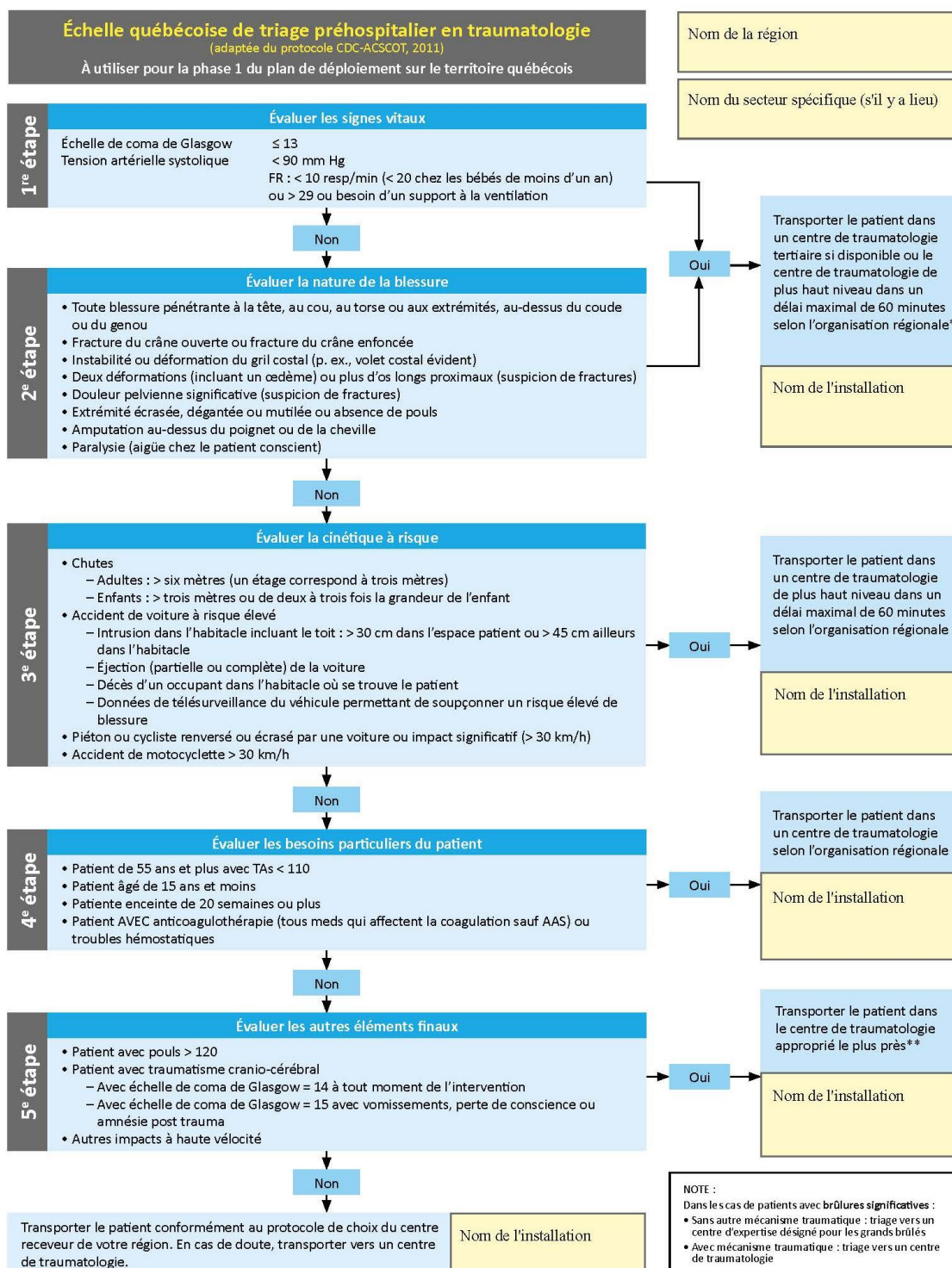
* Les patients en ACP et en détresse respiratoire non contrôlée au préhospitalier doivent être transportés au CHU le plus près (voir diagramme inclus).

** Ou selon l'organisation régionale.

NOTE:
Dans les cas de patients avec lésions significatives :
• Dans un centre d'urgence traumatique : l'âge vers un centre d'urgence désigné pour les grands brûlés
• Avec lésions traumatiques : l'âge vers un centre de traumatologie

ANNEXE D

Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie



* les patients en ACR et en détresse respiratoire non contrôlée en préhospitalier doivent être transportés au CH le plus près (non désignés inclus)

**ou selon l'organisation régionale

Québec

Avec la participation de :
• Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
• Ministère de la Santé et des Services sociaux

*Institut national
d'excellence en santé
et en services sociaux*

Québec 

Siège social

2535, boulevard Laurier, 5^e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
418 643-1339

Bureau de Montréal

2021, avenue Union, 12^e étage, bureau 1200
Montréal (Québec) H3A 2S9
514 873-2563

inesss.qc.ca

