

COMPLÉMENTARITÉ DES SERVICES D'URGENCE : PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX

CATÉGORISATION DES SERVICES D'URGENCE

*CRITÈRES D'ORIENTATION DES PATIENTS AU NIVEAU
DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER*

CRITÈRES À RESPECTER POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

CRITÈRES À RESPECTER AU COURS DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

*CRITÈRES DE STABILISATION D'UN PATIENT
AVANT UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT*

*CONDITIONS EXIGEANT LA PRÉSENCE MÉDICALE
AU COURS D'UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT*

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

La réorganisation de la distribution des soins du système de santé québécois a entraîné plusieurs changements majeurs dans les établissements de santé, particulièrement ceux dont la vocation a été modifiée. Ces changements ont affecté notamment leurs services d'urgence, tant en ce qui concerne les ressources médicales que les moyens technologiques. Mais la transformation des services d'urgence n'a pas trouvé écho auprès des patients qui les fréquentent, leurs habitudes de consultation étant restées sensiblement les mêmes. Également, l'orientation des patients pris en charge par le système préhospitalier n'a pas toujours suivi le pas de cette évolution.

Face à cette situation, le Collège des médecins du Québec a jugé opportun de publier ce guide pour favoriser le développement d'un réseau intégré des services d'urgence au sein des établissements de santé. Dans cette perspective, le Collège propose des critères visant à déterminer l'orientation des

malades au niveau du système préhospitalier ainsi qu'une classification des services d'urgence selon leurs ressources professionnelles et techniques. Il énonce également les règles que doit respecter tout service d'urgence lorsqu'il prend en charge un malade. Enfin, il établit les normes qui doivent entourer le transfert d'un patient vers le service d'urgence d'un autre établissement et l'accompagnement médical souvent requis en pareille situation.

Le Collège tient à rappeler que la littérature médicale probante est limitée sur le sujet. Il tient aussi à rappeler que les recommandations suivantes ne portent aucunement sur l'organisation de la distribution des services médicaux urgents dans une région, mais il est conscient qu'elles l'influenceront. Elles visent les salles d'urgence, et non pas les services de garde de première ligne pouvant être organisés dans une région.

*Le Collège des
médecins du Québec
a jugé opportun de
publier ce guide
pour favoriser le
développement
d'un réseau intégré
des services
d'urgence au sein
des établissements
de santé.*



1. DÉFINITION DES SERVICES MÉDICAUX

Les consultations données dans le cadre des services d'urgence des établissements de santé devraient principalement se classer parmi les services médicaux de deuxième et de troisième lignes.

Les consultations données dans le cadre des services d'urgence des établissements de santé devraient principalement se classer parmi les services médicaux de deuxième et de troisième lignes. À l'occasion, on peut y offrir des services de première ligne, mais c'est, dans la plupart des cas, pour une question d'efficacité et de disponibilité (par exemple, la nuit et les fins de semaine).

Pour bien cerner quels types de soins correspondent à chaque niveau, nous avons retenu la définition qu'utilise le Conseil médical du Québec dans son document sur la hiérarchisation des services médicaux. Cette dernière est conforme à la définition des soins de santé de premier, de deuxième et de troisième échelons proposée par l'Organisation mondiale de la santé dans le rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires.

SERVICES MÉDICAUX DE PREMIÈRE LIGNE

Ce sont des services de santé courants qui peuvent s'appuyer sur une infrastructure légère de moyens diagnostiques et thérapeutiques permettant de résoudre la majorité des préoccupations et des problèmes communs de la population en regard de la santé.

Ces soins ne requièrent pas la structure d'un service d'urgence d'établissement. Ils ne nécessitent ni observation ni hospitalisation.

SERVICES MÉDICAUX DE DEUXIÈME LIGNE

Ces services s'appuient sur une technologie diagnostique et thérapeutique plus lourde mais répandue et qui permet de résoudre des problèmes de santé plus complexes. Ils s'adressent aux personnes aux prises avec des problèmes ne pouvant être résolus en première ligne. Dans les services d'urgence, les services de deuxième ligne sont ponctuels.

SERVICES MÉDICAUX DE TROISIÈME LIGNE

Ce sont des services médicaux ultraspécialisés. Ils s'appuient sur une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et peu répandue, et s'adressent aux personnes aux prises avec des problèmes de santé très complexes ou présentant des problèmes rares. Ces services ne sont offerts qu'à un niveau suprarégional ou provincial, dans des centres hospitaliers à vocation ultraspécialisée. Dans les services d'urgence de ces centres, ces services sont ponctuels.

2. CATÉGORISATION DES SERVICES D'URGENCE

La mission première d'un service d'urgence est de rendre de façon immédiate et continue, aux patients dont l'état le requiert, les services suivants : réception, évaluation initiale, stabilisation et début du traitement. Tout ceci doit avoir comme but de stabiliser une condition médicale ou chirurgicale urgente et d'arriver à une décision éclairée sur l'orientation du patient.

Pour accomplir cette mission, toute salle d'urgence d'établissement doit avoir :

- les ressources physiques, matérielles et professionnelles adéquates pour rendre des services médicaux de deuxième ou de troisième ligne;
- les ressources médicales présentes sur place 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- les ressources médicales disponibles dans un délai de moins de 30 minutes pour assurer le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier lorsqu'un accompagnement médical est requis;
- la possibilité d'observer un patient sur civière durant une période de 8 heures et/ou de l'hospitaliser.

Pour faciliter l'orientation et la prise en charge des malades par les services d'urgence appropriés, le Collège présente une catégorisation de ces derniers, inspirée de celle que propose le réseau de traumatologie. Elle repose principalement sur les ressources médicales disponibles. Voici la description de ces catégories.

CENTRES DE STABILISATION

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, rendus généralement par des médecins omnipraticiens.

Dans ces établissements, on trouve les ressources diagnostiques et thérapeutiques pour stabiliser ou prendre en charge certaines affections plus complexes que celles traitées au niveau des services médicaux de première ligne. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Des ressources médicales, disponibles dans un délai de 30 minutes, doivent assurer l'accompagnement médical dans le cadre du transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier.

CENTRES PRIMAIRES

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, rendus généralement par des médecins omnipraticiens. La chirurgie générale et l'anesthésie-réanimation assurent un soutien continu.

Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue ainsi que des lits d'hospitalisation. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes pour le transfert urgent d'un malade vers un centre hospitalier de plus haut niveau, lorsque nécessaire. Les services de chirurgie générale et d'anesthésie-réanimation sont disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai de moins de 30 minutes. Il doit y avoir, de plus, une unité de soins intensifs ou son équivalent.

La mission première d'un service d'urgence est de rendre de façon immédiate et continue, aux patients dont l'état le requiert, les services suivants : réception, évaluation initiale, stabilisation et début du traitement.

L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine.

Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes, pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire.

CENTRES SECONDAIRES

Dans ces services d'urgence, les services médicaux continus sont généralement rendus par des omnipraticiens que soutiennent des médecins spécialistes des disciplines chirurgicales et médicales appropriées. Ces établissements doivent posséder au moins une technologie diagnostique et thérapeutique lourde et répandue. L'équipe médicale sur place assure l'accessibilité aux soins 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire. Les services d'anesthésie-réanimation, de radiologie, de médecine interne ou de certaines spécialités médicales, de chirurgie générale et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai de moins de 30 minutes. Il devrait en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il devrait y avoir une unité de soins intensif.

CENTRES TERTIAIRES

Ces services d'urgence offrent des services médicaux continus, généralement rendus par des omnipraticiens, que soutiennent des médecins spécialistes et souvent des médecins ultraspecialisés. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde répandue et peu répandue. Sur place, l'équipe médicale permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical dans un délai de 30 minutes, pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire.

Les services d'anesthésie-réanimation, de radiologie, de médecine interne ou de certaines spécialités médicales, de chirurgie et de certaines spécialités chirurgicales, notamment l'orthopédie et la neurochirurgie si le centre est un centre désigné du réseau de traumatologie, doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai de moins de 30 minutes. Il devrait en être de même pour toutes les autres spécialités offertes dans l'établissement. Il devrait y avoir une unité de soins intensifs.

CENTRES À VOCATION UNIQUE

Dans ces services d'urgence, on trouve des services médicaux spécialisés et ultraspecialisés, axés sur la mission du centre. Ces services sont rendus généralement par des omnipraticiens que soutiennent des médecins spécialistes. Ces établissements doivent posséder une technologie diagnostique et thérapeutique lourde répandue et peu répandue, s'il y a lieu. L'équipe médicale sur place permet d'assurer l'accessibilité aux soins 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Des ressources doivent assurer l'accompagnement médical, dans un délai de 30 minutes, pour le transfert urgent d'un malade vers un autre centre hospitalier, lorsque nécessaire. Les services dans les spécialités médicales et chirurgicales visées par la mission doivent être disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine dans un délai qui satisfait les besoins particuliers des malades. Ces centres reçoivent des ambulances dans le cadre de transferts interétablissements, du transport primaire de malades suivis et traités dans le centre ou selon le plan directeur établi par la régie régionale concernée.

3. CRITÈRES D'ORIENTATION DES PATIENTS AU NIVEAU DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER

Les malades pris en charge par le système préhospitalier sont, soit des malades traumatisés, soit des malades présentant une condition médicochirurgicale aiguë (toutes conditions médicales aiguës autres que traumatiques). Les recommandations concernant les critères d'orientation en préhospitalier touchent donc la traumatologie et les urgences médicochirurgicales.

TRAUMATOLOGIE

L'orientation proposée tient compte des recommandations du groupe-conseil sur la traumatologie.

Tous les traumatisés pris en charge par le système préhospitalier avec indice préhospitalier pour traumatisme (I.P.T.) de moins de 4 et sans histoire d'impact à haute vitesse doivent être transportés vers un centre primaire ou de plus haut niveau, à moins que le transport ne requière plus de 30 minutes. Dans cette dernière condition, le traumatisé doit être transporté vers le centre le plus près même s'il s'agit d'un centre de stabilisation (voir le tableau 1 et l'algorithme 1, aux pages 6 et 7).

Pour tous les malades traumatisés avec un I.P.T. égal ou supérieur à 4 ou évidence d'impact à haute vitesse, le système préhospitalier devra orienter les malades en fonction des corridors établis dans le réseau de traumatologie. Dans le cas d'un patient hautement instable qui présente un pointage non cumulatif de 5 dans une des sphères de la respiration, du pouls ou de la tension artérielle au niveau de l'indice préhospitalier pour traumatisme, l'ambulance devra se diriger vers le service d'urgence le plus près pour stabilisation, que l'établissement soit désigné ou non centre du réseau de traumatologie. Le délai de stabilisation doit tendre

vers les 10 minutes et le patient ne doit pas quitter la civière des ambulanciers.

Tous les traumatisés âgés de moins de seize ans, pris en charge par le système préhospitalier, doivent être transportés vers un centre secondaire ou de plus haut niveau à moins que le transport ne requière plus de 30 minutes. Dans cette dernière situation, le traumatisé pédiatrique doit être transporté vers le centre le plus près même s'il s'agit d'un centre de stabilisation. Le traumatisé pédiatrique présentant soit une altération de l'état de conscience, soit une difficulté respiratoire ou soit une instabilité des signes vitaux, telle que définie plus bas, doit être conduit au centre le plus près.

INSTABILITÉ DES SIGNES VITAUX CHEZ LE PATIENT TRAUMATISÉ DE MOINS DE 16 ANS

Voici les critères d'instabilité des signes vitaux chez le patient de moins de 16 ans :

- fréquence respiratoire à moins de 10 ou à plus de 60 par minute;
- tension artérielle systolique inférieure à 70, plus deux fois l'âge en années;
- rythme cardiaque :
 - si moins de 2 ans, inférieur à 100 ou supérieur à 160 par minute;
 - si entre 2 et 10 ans, inférieur à 80 ou supérieur à 150 par minute;
 - si plus de 10 ans, inférieur à 60 ou supérieur à 140 par minute.

Il faut noter que, pour faire partie du réseau de traumatologie, un établissement doit avoir été désigné par le ministre de la Santé et des Services sociaux à la suite d'une recommandation du groupe-conseil sur le sujet.

*Tous les
traumatisés pris en
charge par le système
préhospitalier avec
indice préhospitalier
pour traumatisme
(I.P.T.) de moins de
4 et sans histoire
d'impact à haute
vitesse doivent être
transportés vers un
centre primaire ou
de plus haut niveau,
à moins que le
transport ne requière
plus de 30 minutes.*

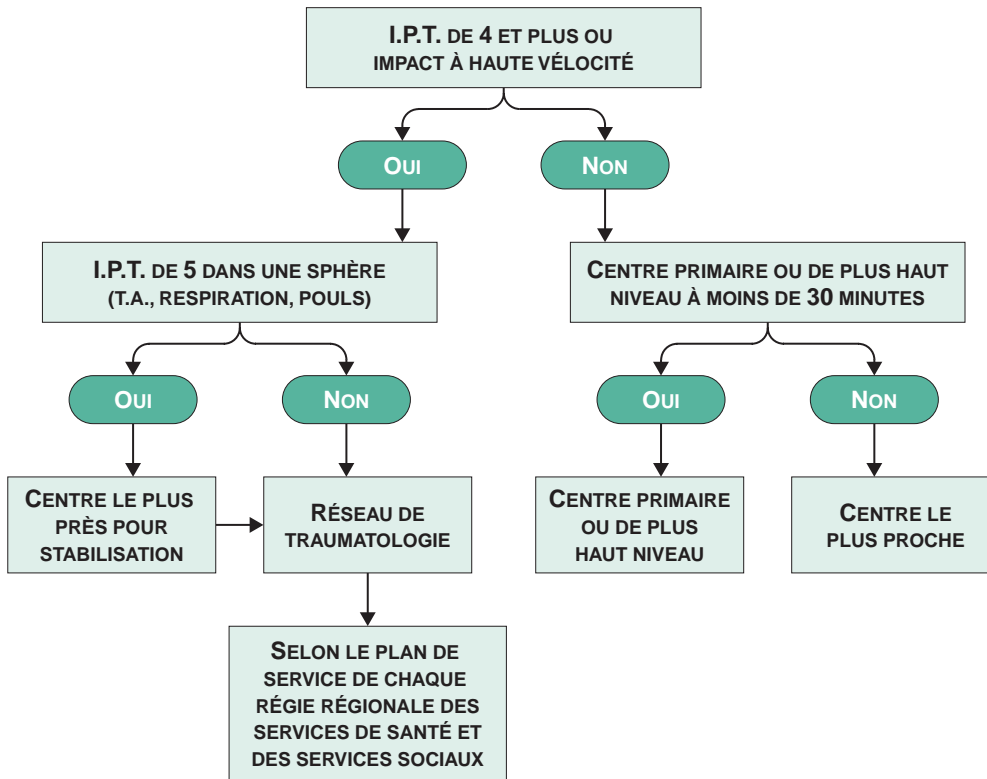
TABLEAU 1

INDICE PRÉHOSPITALIER POUR TRAUMATISMES (I.P.T.)

<i>TRANSPORT DANS UN CENTRE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE SI L'INDICE EST DE 4 OU PLUS</i>	
<i>Tension artérielle systolique</i>	<i>Points</i>
> 100	0
86-100	1
75-85	2
≤ 74 ou absence de pouls radial ou carotidien	5
<i>Pouls</i>	
51-119	0
≥ 120	3
≤ 50	5
<i>Respiration</i>	
Fréquence normale	0
Difficile	3
< 8/minute ou intubation	5
<i>Blessure pénétrante</i> (tête, cou, dos, thorax, abdomen)	
Oui	4
Non	0
<i>Niveau de conscience</i>	
A. «Alert» : la victime est alerte.	0
V. «Verbal» : la victime répond aux stimuli verbaux.	3
P. «Pain» : la victime répond aux stimuli douloureux.	5
U. «Unresponsive» : la victime est inconsciente.	5
<i>TRANSPORT DANS UN CENTRE DU RÉSEAU DE TRAUMATOLOGIE S'IL Y A ÉVIDENCE D'IMPACT À HAUTE VÉLOCITÉ</i>	
<i>Exemples d'impact à haute vitesse</i>	
<ul style="list-style-type: none">• Chute de plus de 7 mètres• Autre(s) occupant(s) décédé(s)• Éjection hors du véhicule• Déformation de l'habitacle• Intrusion dans l'habitacle• Piéton/cycliste frappé à plus de 35 km/heure• Autres	

ALGORITHME 1

TRANSPORT HOSPITALIER DU TRAUMATISÉ



Le patient, pris en charge par le système préhospitalier pour toute urgence médicochirurgicale autre que traumatique, doit être amené dans un centre primaire ou un centre de plus haut niveau, à moins qu'un tel centre ne soit situé à plus de 30 minutes.

URGENCES MÉDICOCHIRURGICALES

Le patient, pris en charge par le système préhospitalier pour toute urgence médicochirurgicale autre que traumatique, doit être amené dans un centre primaire ou un centre de plus haut niveau, à moins qu'un tel centre ne soit situé à plus de 30 minutes (voir l'algorithme 2, à la page 9). Dans cette condition, le patient doit être amené dans le centre le plus près pour stabilisation et évaluation immédiate. La décision de réorientation doit survenir dans un délai de 10 minutes si la condition ne peut être traitée dans l'établissement, permettant ainsi la stabilisation du patient avant le départ. Le patient ne quitte pas la civière des ambulanciers avant la décision médicale de prise en charge ou non dans le milieu.

Si un patient adulte présente une respiration difficile ou superficielle, un pouls à 45 ou moins, une tension artérielle inférieure à 85, une absence de réponse au stimulus verbal ou une possibilité de choc anaphylactique, il doit être conduit à l'urgence la plus près, même s'il s'agit d'un centre de stabilisation et qu'il existe un centre primaire ou de plus haut niveau à moins de 30 minutes.

Dans ces situations, le malade sera stabilisé dans le plus bref délai et orienté par la suite vers un centre approprié, si cela est nécessaire.

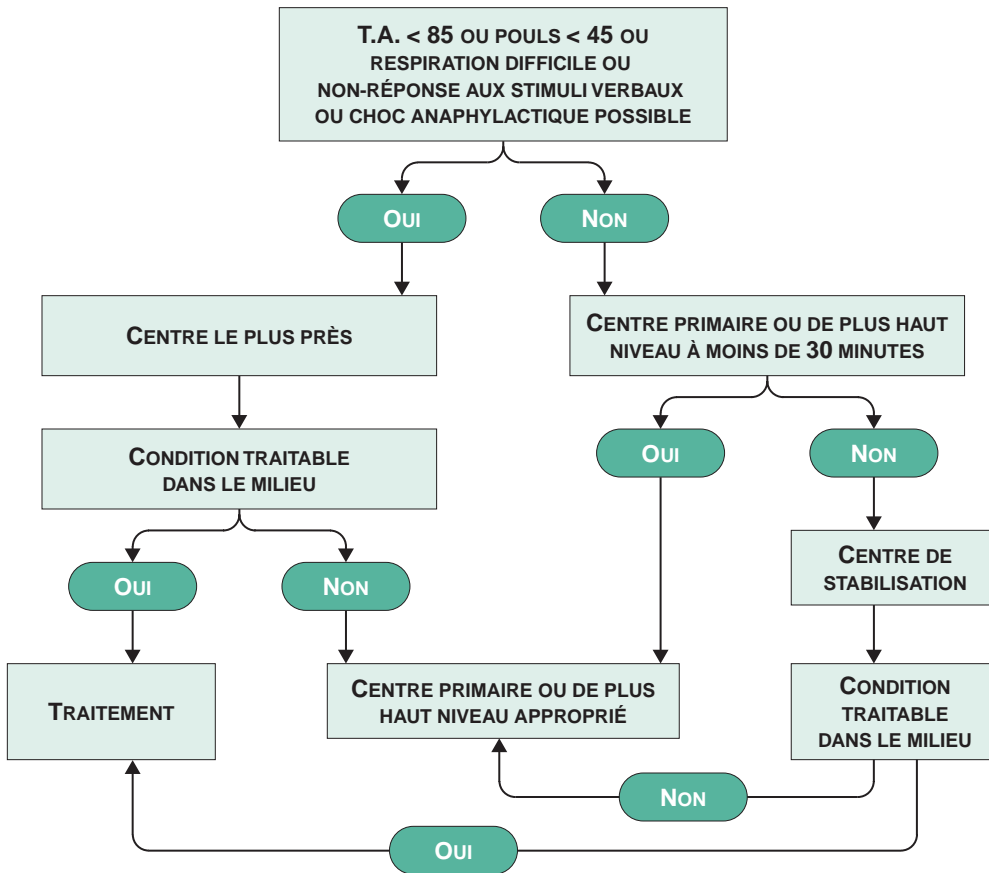
Tout malade présentant des douleurs thoraciques devra être conduit au centre de stabilisation le plus près à condition que ce centre ait un protocole de fibrinolyse, qu'il soit situé à plus de 30 minutes d'un centre primaire ou de plus haut niveau, et qu'il puisse permettre l'évaluation du malade par un médecin. La fibrinolyse, si elle est indiquée, doit être administrée dans les 30 minutes suivant l'arrivée du patient dans cet établissement.

Le malade âgé de moins de 16 ans, pris en charge par le système préhospitalier, devra être amené dans un centre secondaire ou de plus haut niveau, à moins qu'un tel centre ne soit situé à plus de 30 minutes. Dans cette condition, le malade doit être amené vers le centre le plus près. Le malade de moins de 16 ans présentant soit une difficulté respiratoire, soit une modification de l'état de conscience ou soit une instabilité des signes vitaux, telle que définie à la page 5, doit être amené au centre le plus près.

Dans le centre de stabilisation, le patient demeure sur la civière des ambulanciers à moins qu'il puisse être pris en charge définitivement par l'équipe médicale en place.

ALGORITHME 2

CONDITIONS MÉDICOCHIRURGICALES URGENTES



4. CRITÈRES À RESPECTER POUR LA PRISE EN CHARGE D'UN PATIENT

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du malade vers un centre du niveau approprié.

Un médecin peut prendre en charge un patient dans une salle d'urgence si les principes suivants sont respectés :

- le centre possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le malade et d'établir un diagnostic;
- le médecin peut traiter l'affection adéquatement dans le centre;
- le traitement est susceptible d'améliorer l'état du patient de sorte que ce dernier pourra quitter sur pied le centre après une observation d'une durée inférieure à 8 heures, lorsqu'il n'y a pas de lit d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent être respectés, le médecin doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour le transfert du patient vers un centre du niveau approprié.

5. CRITÈRES À RESPECTER AU COURS DU TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

Les centres hospitaliers de stabilisation ainsi que les centres primaires et secondaires devraient établir des protocoles d'entente pour les transferts avec les centres de plus haut niveau.

Les critères recommandés pour procéder au transfert d'un patient s'inspirent de ceux adoptés par l'American College of Emergency Physicians. Ce sont les suivants :

- le patient doit être transféré vers un établissement approprié à ses besoins médicaux;
- un médecin ou une personne responsable du centre receveur doit avoir accepté le transfert du patient avant que le transfert soit en cours, à moins d'entente conclue entre les établissements impliqués;
- il doit y avoir communication entre les responsables médicaux des centres référant et receveur pour que l'échange d'informations cliniques survienne, si possible, avant le transfert. Idéalement, la communication devrait s'établir entre les médecins responsables de chacun des centres;

- un résumé médical approprié, incluant les tracés d'électrocardiographie, les radiographies et les résultats des autres tests diagnostiques, doit être transmis avec le malade, s'il y a lieu;
- le malade doit être transféré avec le personnel et avec l'équipement de réanimation appropriés à sa condition;
- un transfert ne peut être refusé si ce dernier est indiqué et si le centre receveur dispose des ressources pour s'occuper du malade.

Les centres hospitaliers de stabilisation ainsi que les centres primaires et secondaires devraient établir des protocoles d'entente pour les transferts avec les centres de plus haut niveau. La mise en place de corridors de transfert permettrait d'accélérer ces transferts.

6. CRITÈRES DE STABILISATION D'UN PATIENT AVANT UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

En présence d'une condition médicochirurgicale urgente chez un malade dont la situation menace un de ses organes ou même sa vie, le transfert doit être fait après stabilisation. La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du malade ne résulte pas en un décès, ou en une perte ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes. La stabilisation du patient avant le transfert doit comprendre, lorsque cela est requis :

- le maintien de la perméabilité des voies aériennes;
- le contrôle d'hémorragie;
- l'immobilisation adéquate du malade ou des membres;
- l'établissement d'un accès veineux pour administration d'un soluté ou de sang;
- l'administration de la médication nécessaire;
- les mesures nécessaires assurant la stabilité optimale durant le transfert.

La stabilisation inclut l'évaluation adéquate et le début du traitement pour que, selon une probabilité raisonnable, le transfert du malade ne résulte pas en un décès, ou en une perte ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes.

7. CONDITIONS EXIGEANT LA PRÉSENCE MÉDICALE AU COURS D'UN TRANSFERT INTERÉTABLISSEMENT

Certains malades présentant des affections médicales, traumatiques ou chirurgicales aiguës peuvent requérir un accompagnement médical durant le transfert. Cet accompagnement devrait être disponible en moins de 30 minutes, et être présent de façon continue du centre référant au centre receveur. Les patients suivants devraient bénéficier d'un tel accompagnement :

1. tout malade ayant présenté un arrêt cardiorespiratoire durant le séjour à la salle d'urgence du centre référant avant le transfert;
2. tout malade avec instabilité des signes vitaux ou neurologiques :
 - détresse respiratoire sévère :
 - fréquence respiratoire > 32/minute ou < 8/minute,
 - ou saturation en oxygène < 90 %,
 - ou cyanose;
 - bradycardie symptomatique :
 - < 45/minute;
3. tout malade avec infarctus myocardique aigu;
4. tout malade intubé à risque de complications durant le transport;
5. toute femme sur le point d'accoucher;
6. tout malade avec une affection qui risque, durant le transfert, d'entraîner le décès ou une atteinte sérieuse des fonctions ou des organes;
7. tout malade de moins de 16 ans présentant un des critères précédents ou une instabilité des signes vitaux, comme définie à la page 5.

Cet accompagnement devrait être disponible en moins de 30 minutes, et être présent de façon continue du centre référant au centre receveur.

CONCLUSION

Le médecin d'un service d'urgence ne devrait prendre en charge un malade que si le centre possède les ressources nécessaires lui permettant de fournir les soins adéquats à ce dernier.

Plusieurs établissements ont été affectés, sur le plan des ressources professionnelles, physiques et techniques, à la suite de la réorganisation de la distribution des soins de la santé. En fonction de leur nouveau statut, certains d'entre eux doivent modifier l'approche de leur service d'urgence en ce qui a trait à la prise en charge des patients.

Par conséquent, le médecin d'un service d'urgence ne devrait prendre en charge un malade que si le centre possède les ressources nécessaires lui permettant de fournir les soins adéquats à ce dernier. Si ce principe ne peut être respecté, il doit prendre immédiatement les mesures qui s'imposent pour transférer le malade vers un centre de niveau approprié.

Le tableau 2, à la page 13, présente la synthèse des critères descriptifs de chaque catégorie de centres et des conditions qu'ils peuvent prendre en charge.

TABLEAU 2

SYNTHÈSE DES CATÉGORIES DE CENTRES ET DES CONDITIONS MÉDICALES S'Y RAPPORTANT

<i>CONDITIONS</i>	<i>CENTRES DE STABILISATION</i>	<i>CENTRES PRIMAIRES</i>	<i>CENTRES SECONDAIRES</i>	<i>CENTRES TERTIAIRES</i>	<i>CENTRES A VOCATION UNIQUE</i>
Établissement	Centres de santé, centres d'hébergement et de soins de longue durée avec volet courte durée	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés	Centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, centres hospitaliers universitaires	Instituts universitaires, centres hospitaliers de soins psychiatriques
Médecin sur place 24 heures/24, 7 jours/7	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Médecin disponible pour accompagnement pendant le transfert	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Spécialités médicales disponibles en moins de 30 minutes	Aucune	Anesthésie-réanimation, chirurgie générale	Anesthésie-réanimation, chirurgie générale, radiologie, orthopédie si le centre est désigné, médecine interne et/ou spécialités médicales, autres spécialités offertes dans l'établissement	Anesthésie-réanimation, chirurgie générale, radiologie, orthopédie et neurochirurgie, si le centre est désigné, médecine interne et/ou spécialités médicales, autres spécialités offertes dans l'établissement	Selon la vocation de l'établissement
Observation possible à l'urgence	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Lits de courte durée dans l'établissement	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Analyses de laboratoire sur place	Liste minimale des analyses à offrir dans une urgence	Toutes les analyses requises en urgence	Toutes les analyses requises en urgence	Toutes les analyses requises en urgence	Selon la vocation de l'établissement
Équipement radiologique	Simple	Lourd et complexe, mais répandu	Lourd et complexe, mais répandu	Lourd, complexe et peu répandu	Selon la vocation de l'établissement
Réception d'ambulances	Non, sauf si : – urgence de plus haut niveau à plus de 30 minutes – patient instable	Oui	Oui	Oui	Oui : – s'il y a transfert interétablissement – si le malade est suivi dans le centre pour la condition du transport amb. – selon le plan directeur régional
Conditions médico-chirurgicales aiguës	Transfert après stabilisation, sauf si l'évaluation et le traitement de l'affection sont possibles sur place	Traitement sur place si l'évaluation et le traitement de l'affection sont possibles sur place	Prise en charge de toutes les conditions en regard des spécialités disponibles	Prise en charge de toutes les conditions en regard des spécialités disponibles	Selon la vocation de l'établissement
Unité de soins intensifs dans l'établissement ou un équivalent	Non	Oui	Oui	Oui	Selon la vocation de l'établissement

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation mondiale de la Santé. – *Les soins de santé primaires : rapport de la Conférence internationale sur les soins de santé primaires Alma-Ata (URSS), 6-12 septembre 1978*. – Genève : OMS, 1978. – 88 p. – ISBN 92 4 254135 4
2. *Id.* – *Le renforcement des ministères de la santé pour les soins de santé primaires : rapport d'un Comité d'experts de l'OMS*. – Genève : OMS, 1988. – 127 p. – (Série de Rapports techniques, n° 766). – ISBN 92 4 220766 7
3. Conseil médical du Québec. – *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*. – Québec : le Conseil, juin 1995. – 60 p. – (Avis 95-03). – ISBN 2-550-24786-8
4. «Rôle du médecin omnipraticien : relations avec le médecin spécialiste». – *Le Médecin du Québec*. – Vol. 29, n° 8 (août 1994). – P. 4-6
5. Groupe tactique d'intervention ; Association des médecins d'urgence du Québec. – *Les urgences au Québec 1990-1997 : bilan, perspectives et normes*. – Québec : MSSS, juin 1998. – 53 p. – ISBN 2-550-33273-3
6. Association des médecins d'urgence du Québec. – *Normes régissant les unités d'urgence dans les centres hospitaliers du Québec*. – Montréal : l'Association, oct. 1984. – 52 p.
7. «Traumatisé adulte (16 ans et plus)». – *Les traumatismes majeurs traités par le personnel d'Urgences-santé : bilan 1995-1997*. – Montréal : Urgences-santé. Direction des services professionnels et de l'assurance de la qualité, 26 fév. 1998. – Annexe B
8. «Traumatisé pédiatrique (moins de 16 ans)». – *Les traumatismes majeurs traités par le personnel d'Urgences-santé : bilan 1995-1997*. – Montréal : Urgences-santé. Direction des services professionnels et de l'assurance de la qualité, 26 fév. 1998. – Annexe D
9. Urgences-santé. Module de l'assurance de la qualité. – *Critères d'affectation des traumatisés pédiatriques*. – Montréal, 1997. – 1 p.
10. Grumbach, K. ; Bodenheimer, T. – «The organization of health care». – *JAMA*. – Vol. 273, n° 2 (Jan. 11, 1995). – P. 160-167
11. Sampalis, J.S. *et al.* – «Direct transport to tertiary trauma centers versus transfer from lower level facilities : impact on mortality and morbidity among patients with major trauma». – *Journal of Trauma*. – Vol. 43, n° 2 (Aug. 1997). – P. 288-296
12. Moylan, J.A. – «Trauma injuries. Triage and stabilization for safe transfer». – *Postgraduate Medicine*. – Vol. 78, n° 5 (Oct. 1985). – P. 166-171, 174-175, 177
13. Régie régionale de la santé et des services sociaux Chaudière-Appalaches. – *Rapport du comité sur les urgences de première ligne*. – Sainte-Marie, Québec : la Régie, 5 juin 1996. – 37 p.
14. Farmin, J.L. ; Dufel, S. ; Harrell, R.E. – «Medico-legal aspects of patient transfer». – *Journal of the Arkansas Medical Society*. – Vol. 84, n° 2 (July 1987). – P. 89-92
15. Knopp, R. *et al.* – «Mechanism of injury and anatomic injury as criteria for prehospital trauma triage». – *Annals of Emergency Medicine*. – Vol. 17, n° 9 (Sept. 1988). – P. 895-902
16. Smith, J.S. ; Bartholomew, M.J. – «Trauma index revisited : a better triage tool». – *Critical Care Medicine*. – Vol. 18, n° 2 (Feb. 1990). – P. 174-180
17. Morrissey, M.A. *et al.* – «Trauma patients : an analysis of rural ambulance trip reports». – *Journal of Trauma*. – Vol. 41, n° 4 (Oct. 1996). – P. 741-746
18. Champion, H.R. *et al.* – «The effect of medical direction on trauma triage». – *Journal of Trauma*. – Vol. 28, n° 2 (Feb. 1988). – P. 235-239
19. Ward, J.D. – «Management of head injury. Prehospital care». – *Neurosurgery Clinics of North America*. – Vol. 2, n° 2 (April 1991). – P. 251-255
20. McCallum, A.L. ; Rubes, C.R. – «Prehospital interventions». – *Emergency Medicine Clinics of North America*. – Vol. 14, n° 1 (Feb. 1996). – P. 1-12
21. «Guidelines for categorization of services for the critically ill patient. Task Force on Guidelines ; Society of Critical Care Medicine». – *Critical Care Medicine*. – Vol. 19, n° 2 (Feb. 1991). – P. 279-285
22. «Guidelines for the transfer of critically ill patients. Guidelines Committee, American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine and the Transfer Guidelines Task Force». – *American Journal of Critical Care*. – Vol. 2, n° 3 (May 1993). – P. 189-195
23. «Principles of appropriate patient transfer». – *Annals of Emergency Medicine*. – Vol. 19, n° 3 (March 1990). – P. 337-338
24. Schneider, K.C. – «Medical review and the newly revised emergency care obligations of Medicare hospitals». – *Quality Assurance and Utilization Review*. – Vol. 5, n° 3 (Aug. 1990). – P. 74-79
25. Société Française d'Anesthésie et de Réanimation. – *Recommandations concernant la surveillance des patients au cours des transferts interhospitaliers médicalisés*. – Paris : la Société, déc. 1992. – 10 p.
26. Maslanka, A.M. – «Scoring systems and triage from the field». – *Emergency Medicine Clinics of North America*. – Vol. 11, n° 1 (Feb. 1993). – P. 15-27
27. Henry, M.C. *et al.* – «Evaluation of the American College of Surgeons trauma triage criteria in a suburban and rural setting». – *American Journal of Emergency Medicine*. – Vol. 14, n° 2 (March 1996). – P. 124-129
28. Moylan, J.A. – *Op. cit.*

Publication du
Collège des médecins du Québec
Service des communications
2170, boulevard René-Lévesque Ouest
Montréal (Québec) H3H 2T8
Téléphone : (514) 933-4441
ou 1 888 MÉDECIN
Télécopieur : (514) 933-3112
Adresse Internet : <http://www.cmq.org>
Courrier électronique : info@cmq.org

Auteur : Direction de l'amélioration de l'exercice

Dépôt légal : 4^e trimestre 1998
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Révision linguistique : Sylvie Massariol

Graphisme : Denis L'Allier, Designer graphique inc.

Impression : Bowne de Montréal

Reproduction autorisée avec mention de la source.

Note : Dans cette publication, le masculin est utilisé sans préjudice et seulement pour alléger la présentation.

La version française intégrale de ce guide d'exercice est disponible sur le site Internet du Collège.

An English version will soon be available upon request.

