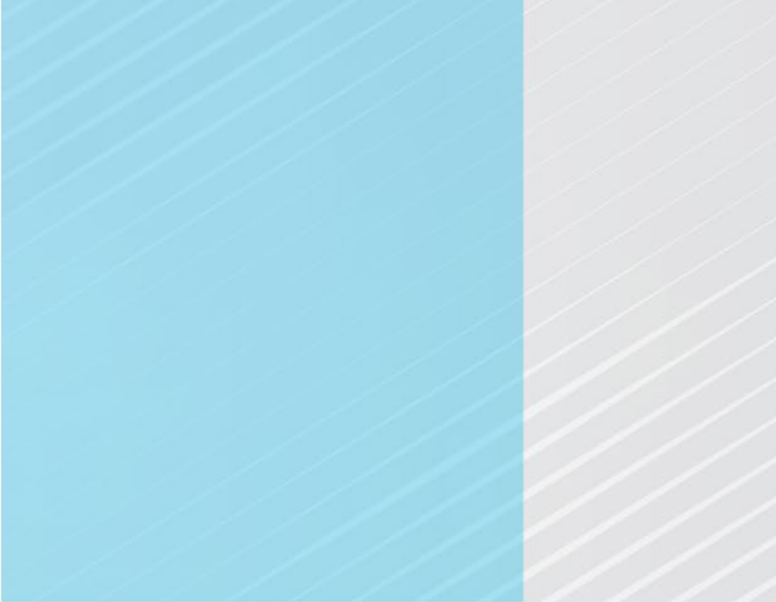


Évaluation de l'impact des
recommandations de l'INESSS
concernant le triage préhospitalier et
de la mise en œuvre de l'Échelle de
triage préhospitalier en traumatologie

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

Direction de l'évaluation et de la pertinence
des modes d'intervention en santé



Évaluation de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant le triage préhospitalier et de la mise en œuvre de l'Échelle de triage préhospitalier en traumatologie

Rédaction

Geneviève Plamondon

Collaboration

Mélanie Lalancette-Hébert

Coordination scientifique

Geneviève Corriveau

Direction

Catherine Truchon

Stéphane Gilbert



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

Membres de l'équipe de projet

Auteure principale

Geneviève Plamondon, M. Sc.

Collaboratrice interne

Mélanie Lalancette-Hébert, Ph. D.

Coordonnatrice scientifique

Geneviève Corriveau, M. Sc.

Adjoint à la direction

Stéphane Gilbert, Ph. D.

Directrice

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

Équipe de l'édition

Jean Talbot
Nathalie Vanier

Sous la coordination de
Catherine Olivier, Ph. D.

Avec la collaboration de
Littera Plus, révision linguistique

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026
ISBN 978-2-555-03471-6 (PDF)

Tous droits réservés
© Gouvernement du Québec, 2026

Ce document peut être utilisé, reproduit, imprimé, partagé et communiqué, en tout ou en partie, à des fins non commerciales, éducatives ou de recherche uniquement, à condition que l'INESSS soit dûment mentionné comme source. Les photos, images, figures ou citations peuvent être associées à des droits d'auteur spécifiques et nécessitent une autorisation de la part de l'INESSS avant utilisation. Tout autre usage de cette publication, y compris sa modification en tout ou en partie ou visant des fins commerciales, doit faire l'objet d'une autorisation préalable de l'INESSS. Une autorisation peut être obtenue en formulant une demande à droitdauteur@inesss.qc.ca.

Pour citer ce document : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2026). Évaluation de l'impact des recommandations de l'INESSS concernant le triage préhospitalier et de la mise en œuvre de l'Échelle de triage préhospitalier en traumatologie. Québec, Qc : INESSS. 15 p.

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

Comité consultatif

Un comité consultatif a été créé dans le cadre de l'élaboration de l'État des pratiques *Portrait du triage préhospitalier en traumatologie au Québec (2013-2023) – Suivi de l'implantation et évaluation de l'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT)*. Les propos des membres de ce comité, recueillis lors de la réalisation de l'état des pratiques, ont été mis à profit pour la présente évaluation d'impact. La liste des membres du comité est disponible dans la [publication](#).

Comité d'évaluation

Pour ce rapport, les membres du comité d'évaluation de l'INESSS sont :

Yannick Auclair, scientifique principal, Bureau – Méthodes, données et éthique

Geneviève Corriveau, coordonnatrice scientifique, Bureau – Méthodes, données et éthique

Isabelle Ganache, directrice, Bureau – Méthodes, données et éthique

Pascale Lehoux, vice-présidente scientifique

Marie-Claude Sirois, directrice, Direction de l'évaluation et du soutien à l'amélioration des modes d'intervention – services sociaux et santé mentale

Catherine Truchon, directrice, Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé

Déclaration d'intérêts

Aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs de ce document. Les conclusions et les recommandations ne reflètent pas forcément les opinions des lecteurs externes ou celles des autres personnes consultées aux fins de son élaboration.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	I
SIGLES ET ACRONYMES	IV
1 INTRODUCTION	1
1.1 Description des travaux sur l'EQTPT	1
2 MÉTHODOLOGIE	3
2.1 Objectifs et questions d'évaluation	3
2.2 Collecte de données	4
2.2.1 Précisions sur l'information relative à l'utilisation de l'EQTPT dans le SIRTQ	4
3 RÉSULTATS	5
3.1 L'impact sur la documentation de l'utilisation de l'EQTPT (Q1)	5
3.1.1 L'utilisation de l'EQTPT est globalement peu documentée	5
3.1.2 Une variation régionale est observée	5
3.1.3 Une variation est observée selon certaines caractéristiques des patients	6
3.2 Impact sur les délais préhospitaliers, la destination et le transfert des patients victimes de traumatismes (Q2 et Q3)	6
3.2.1 Les patients sont en majorité transportés à l'intérieur du délai prescrit	6
3.2.2 Les patients sont majoritairement transportés au bon endroit, d'après la gravité de leurs blessures	7
3.3 Les éléments facilitants et les obstacles à l'utilisation de l'EQTPT (Q4)	9
3.3.1 Des facteurs intrinsèques à l'EQTPT influent sur son utilisation	9
3.3.2 Une utilisation modulée par certains facteurs contextuels	9
3.3.3 L'importance de la formation, des rappels, de l'affichage et de la communication	10
DISCUSSION	11
CONCLUSION	13
RÉFÉRENCES	14
ANNEXE A	15
Échelle de triage et réseau de traumatologie	15

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Modèle logique des effets attendus des travaux sur l'EQTPT.....	3
Figure 2	Aspects qui influent sur la disponibilité de l'information relative à l'utilisation de l'EQTPT dans le SIRTQ	4
Figure 3	Documentation de l'utilisation de l'EQTPT depuis son implantation entre 2018-2019 et 2022-2023	5
Figure 4	Documentation de l'utilisation de l'EQTPT par région sociosanitaire entre 2019-2020 et 2022-2023	6
Figure 5	Niveau de l'établissement d'arrivée des patients qui ont subi des blessures graves	8
Figure 6	Pourcentage de patients qui ont subi des blessures graves directement transportés vers leur établissement définitif	8

RÉSUMÉ

L'outil d'intelligence artificielle générative *Microsoft 365 Copilot Chat* a été utilisé dans le respect des Balises pour l'utilisation des systèmes d'intelligence artificielle (IA) générative à l'INESSS afin de soutenir la rédaction de ce résumé.

Introduction

Ce document vise les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux concernés par le triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT). L'objectif est d'évaluer l'impact des recommandations émises par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2013, ainsi que de la mise en œuvre de l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT). Cela permet d'en tirer des apprentissages qui pourront orienter une éventuelle révision de l'échelle.

Constats

Documentation et utilisation de l'EQTPT

- L'utilisation de l'EQTPT est globalement peu documentée dans le Système d'information du Registre des traumatismes au Québec (SIRTQ) depuis son implantation. Elle a augmenté entre 2018-2019 et 2019-2020, mais s'est ensuite stabilisée autour de 58 %.
- Une variation régionale est observée dans la documentation, ainsi qu'en fonction de certaines caractéristiques des patients.

Délais préhospitaliers, destination et transfert des patients

- Les patients sont, en majorité, transportés en 60 minutes ou moins (98,5 %).
- Une augmentation du transport des patients grièvement blessés vers des centres de haut niveau a été observée à la suite de l'implantation de l'EQTPT, tout comme une hausse du transport direct de ces patients vers leur établissement définitif.
- 97,1% des transports directs vers l'installation définitive pour les traumatismes triés aux étapes 1 à 3 ont été effectués à l'intérieur du délai de 60 minutes.

Facteurs facilitants et obstacles

- L'EQTPT est perçue comme un outil utile, notamment grâce à son approche par étapes.
- Des critères gagneraient à être clarifiés afin d'augmenter la clarté de chacune des étapes ou d'améliorer le triage de certains groupes de patients – patients plus âgés, patients qui prennent des anticoagulants et patients victimes de chutes. De plus, l'échelle est jugée peu adaptée à la clientèle pédiatrique.

- La formation, les rappels, l'affichage de l'EQTPT et l'utilisation d'outils électroniques facilitent le recours à l'échelle.

Contexte

L'INESSS a formulé des recommandations en 2013 afin d'adapter le protocole de triage préhospitalier américain établi par le Center for American College of Surgeons Committee on Trauma (CDC-ACSCOT) aux particularités québécoises. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a déployé l'EQTPT entre 2016 et 2018. La disponibilité de plusieurs années de données au SIRTQ a motivé une évaluation de l'impact de ces travaux, de façon complémentaire au Portrait québécois du triage préhospitalier en traumatologie (2013-2023) – Évaluation de l'implantation de l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT), publié par l'INESSS le 2 février 2026.

Questions d'évaluation

- Q1. Dans quelle mesure l'utilisation de l'EQTPT est-elle documentée ?
- Q2. Dans quelle mesure le délai préhospitalier de 60 minutes est-il respecté, particulièrement pour les patients possiblement victimes de traumatismes plus graves ?
- Q3. Quels sont les effets potentiels de l'utilisation de l'EQTPT sur la destination et le transfert des patients victimes d'un traumatisme ?
- Q4. Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'utilisation de l'EQTPT ?

Objectifs

Ce rapport évalue l'impact des recommandations de l'INESSS et de la mise en œuvre de l'EQTPT sur la documentation, les délais préhospitaliers, la destination et le transfert des patients victimes d'un traumatisme. Il vise l'ensemble des patients traumatisés transportés par ambulance et inscrits au SIRTQ.

Méthodologie

Cette évaluation met à profit l'information recueillie et les analyses effectuées dans le cadre de l'élaboration de l'État des pratiques *Portrait québécois du triage préhospitalier en traumatologie (2013-2023)*. Les données issues de différentes banques de données clinico-administratives entreposées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont été jumelées à l'aide d'un identifiant unique balisé. L'information provenant d'un comité consultatif interdisciplinaire a également été utilisée.

Limites de l'évaluation

Les données disponibles dans le SIRTQ présentent des limites liées à la transmission et à la disponibilité des formulaires préhospitaliers. La documentation de l'EQTPT ne reflète pas toujours son utilisation réelle sur le terrain.

Conclusion

L'EQTPT contribue à améliorer l'orientation des patients et le respect des délais préhospitaliers. Les résultats soutiennent une réflexion sur la révision de l'échelle et sur les conditions optimales pour renforcer son utilisation.

SIGLES ET ACRONYMES

BDCU	Banque de données communes des urgences
CDC-ACSCOT	Center for American College of Surgeons Committee on Trauma
CST	Continuum de soins en traumatologie
EQTPT	Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie
FIPA	Fichier d'inscription des personnes assurées
IA	Intelligence artificielle
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
ISS	Indice de sévérité des blessures
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PACQSPU	Progiciel d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux du Québec
SIRTQ	Système d'information du Registre des traumatismes au Québec
TAP	Technicien ambulancier paramédical

INTRODUCTION

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) a pour mission de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux.

En cohérence avec l'application de sa loi constitutive (Légis Québec, 2010) et de sa planification stratégique (INESSS, 2024), l'INESSS s'est engagé à réaliser une appréciation de l'impact de ses productions. Cette démarche répond également aux exigences de la Directive concernant l'évaluation de programme dans les ministères et les organismes (*Gazette officielle du Québec*, 2023). Elle est aussi en cohérence avec les travaux ministériels de la Gouvernance en pertinence clinique transversale sous la responsabilité du Sous-ministériat Santé physique et pharmaceutique.

Pour l'année financière 2025-2026, l'INESSS a, entre autres, choisi d'évaluer l'impact des recommandations émises en 2013 sur le triage préhospitalier et sur la mise en œuvre de l'**Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT)**. Ce projet s'inscrit dans la volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) de brosser un portrait de l'usage de l'EQTPT en vue d'une potentielle mise à jour de cette échelle.

Description des travaux sur l'EQTPT

L'organisation des services de traumatologie au Québec est basée sur un modèle intégré, appelé le Continuum de services en traumatologie (CST). Les services préhospitaliers d'urgence, qui composent l'un des maillons du continuum, assurent que les patients victimes d'un traumatisme seront transportés en temps opportun vers le centre de traumatologie du niveau approprié en fonction de la gravité de leurs blessures.

En 2013, l'INESSS a fait plusieurs recommandations sur le triage préhospitalier et il a, entre autres, préconisé d'adapter le protocole de triage américain établi par le Center for American College of Surgeons Committee on Trauma (CDC-ACSCOT) aux particularités québécoises et régionales (INESSS, 2013). Conjointement élaborée par le MSSS et l'INESSS, l'EQTPT ([Annexe A](#)) comprend cinq étapes réalisées par le technicien ambulancier paramédical (TAP) lors d'une intervention pour identifier le centre de traumatologie approprié où transporter les patients victimes d'un traumatisme.

Étape	Ce qui est évalué	Établissement adapté selon l'étape de triage
1	Les signes vitaux	Centre de traumatologie tertiaire
2	La nature de la blessure	
3	La cinétique à risque	Centre de traumatologie de plus haut niveau, en permettant le contournement des centres de moins haut niveau de désignation dans un délai maximal de 60 minutes
4	Les besoins particuliers du patient	Centre de traumatologie, selon l'organisation régionale
5	Les autres éléments finaux (y compris des aspects liés aux signes vitaux et à la cinétique)	Centre de traumatologie le plus près

L'EQTPT comprend une étape de plus que l'échelle américaine CDC-ACSCOT. La cinquième étape a été ajoutée afin d'assurer la sécurité de l'échelle et d'identifier les patients grièvement blessés qui n'auraient pas été triés aux étapes 1 à 4. L'ajout de cette étape se voulait temporaire et son retrait était envisagé si les quatre premières parvenaient à atteindre les objectifs du triage.

L'information quant à l'utilisation de l'EQTPT est colligée par le technicien ambulancier paramédical dans le formulaire du rapport d'intervention préhospitalière (formulaire AS-803). Ce formulaire est disponible en version papier ou numérique, selon les régions. Les données sur l'utilisation de l'échelle sont ensuite rapportées dans le Système d'information du Registre des traumatismes au Québec (SIRTQ) depuis l'année 2018-2019.

L'implantation de l'EQTPT a été faite de manière graduelle dans les différentes régions du Québec entre 2016 et 2018. Disposant dorénavant de plusieurs années de compilation des données préhospitalières au SIRTQ, le MSSS a sollicité l'INESSS pour faire un portrait de l'utilisation et de la performance de l'EQTPT depuis son déploiement dans le réseau québécois. Cet État des pratiques, intitulé [*Portrait québécois du triage préhospitalier en traumatologie \(2013-2023\) – Évaluation de l'implantation de l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie \(EQTPT\)*](#), a été publié par l'INESSS le 2 février 2026. Réalisée en continuité avec cet état des pratiques, la présente évaluation de l'impact concerne plus spécifiquement les effets des recommandations de 2013 de l'INESSS et de la mise en œuvre de l'EQTPT. Ces travaux permettront d'en tirer des apprentissages pour guider une révision éventuelle de l'échelle.

1 MÉTHODOLOGIE

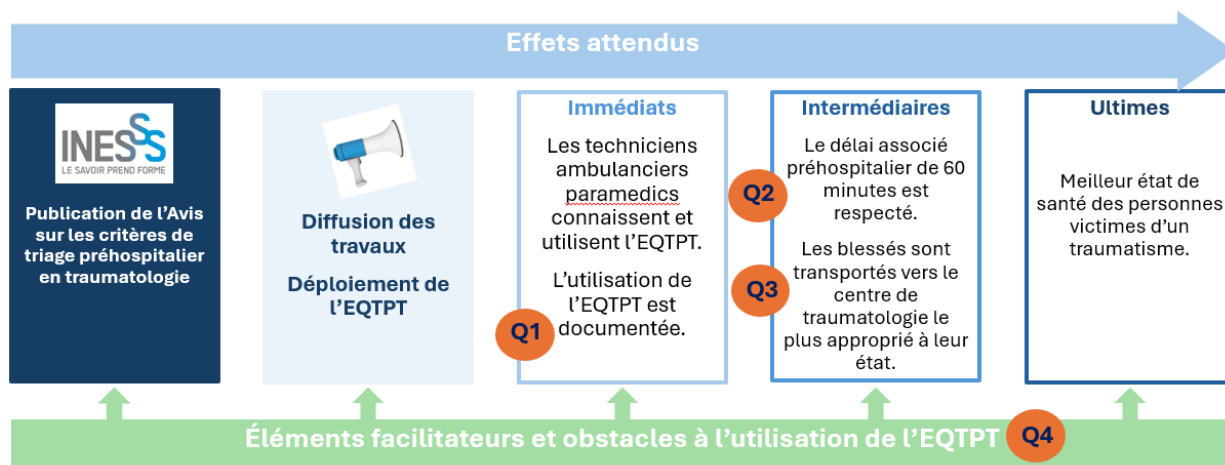
1.1 Objectifs et questions d'évaluation

Ce projet vise à évaluer l'impact des recommandations de l'INESSS et de la mise en œuvre de l'EQTPT. Compte tenu des données accessibles, quatre questions d'évaluation sont ciblées.

- Q1. Dans quelle mesure l'utilisation de l'EQTPT est-elle documentée (effet immédiat)?
- Q2. Dans quelle mesure le délai préhospitalier de 60 minutes est-il respecté, notamment pour les traumatismes potentiellement plus graves (effets intermédiaires)?
- Q3. Quels sont les effets potentiels de l'utilisation de l'EQTPT sur la destination et le transfert des patients victimes d'un traumatisme (effets intermédiaires)?
- Q4. Quels sont les éléments facilitants et les obstacles à l'utilisation de l'EQTPT?

Les éléments de réponse à ces questions s'appuient sur le modèle logique des effets attendus des travaux sur l'EQTPT ([Figure 1](#)). La diffusion des travaux de l'INESSS et le déploiement de l'EQTPT devaient mener à une connaissance et une utilisation de l'échelle par les TAP et à une documentation de l'utilisation de l'EQTPT (effets immédiats). Cela contribuerait ensuite à ce que le délai de transport préhospitalier maximal de 60 minutes soit respecté et que les personnes victimes d'un traumatisme soient transportées au centre hospitalier le plus approprié à leur état (effets intermédiaires). Ultimement, la concrétisation de ces changements conduirait à un meilleur état de santé des personnes victimes d'un traumatisme. Par ailleurs, différents éléments facilitateurs et obstacles peuvent avoir influé sur les travaux concernant l'EQTPT et les effets attendus.

Figure 1 Modèle logique des effets attendus des travaux sur l'EQTPT



1.2 Collecte de données

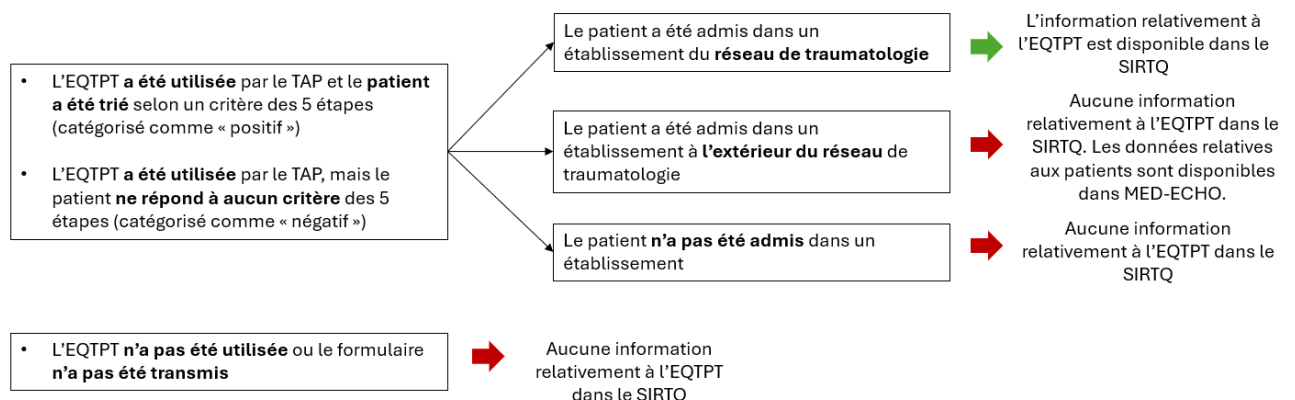
Pour répondre aux questions d'évaluation, les données mises à profit proviennent des analyses réalisées et de l'information recueillie dans le cadre de l'élaboration de l'État des pratiques *Portrait québécois du triage préhospitalier en traumatologie (2013-2023)*. Différentes sources de données ont ainsi été mobilisées :

- Q1, Q2 et Q3 : Les données issues de différentes banques de données clinico-administratives entreposées à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ont été jumelées à l'aide d'un identifiant unique balisé. Les renseignements concernant les bénéficiaires proviennent du Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA), alors que ceux sur les victimes d'un traumatisme transportées par ambulance et admises dans des centres désignés en traumatologie proviennent du Système d'information du registre des traumatismes du Québec (SIRTQ). Les renseignements sur les patients victimes d'un traumatisme transportés par ambulance et admis à l'extérieur du réseau de traumatologie proviennent du fichier sur la maintenance et l'exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO) et de la Banque de données communes des urgences (BDCU).
- Q4 : Les données ont été recueillies auprès du Comité consultatif interdisciplinaire mis en place dans le cadre de la réalisation de l'État des pratiques. Ce comité était principalement composé de directeurs médicaux régionaux et de TAP et il incluait des personnes à l'expertise diversifiée.

1.2.1 Précisions sur l'information relative à l'utilisation de l'EQTPT dans le SIRTQ

Les aspects qui influent sur la disponibilité des données dans le SIRTQ sont illustrés à la [figure 2](#).

Figure 2 Aspects qui influent sur la disponibilité de l'information relative à l'utilisation de l'EQTPT dans le SIRTQ



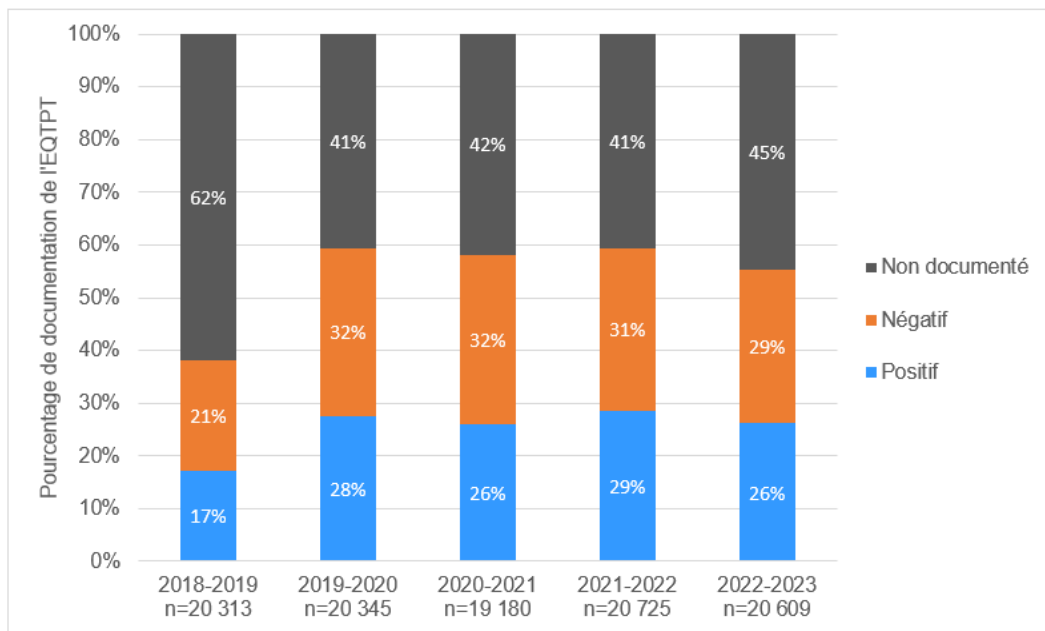
2 RÉSULTATS

2.1 L'impact sur la documentation de l'utilisation de l'EQTPT (Q1)

2.1.1 L'utilisation de l'EQTPT est globalement peu documentée

La documentation portant sur l'utilisation de l'EQTPT dans le SIRTQ indiquait 38,1 % lors de l'année 2018-2019 et elle est passée à 59,4 % en 2019-2020. Elle a ensuite peu varié au cours des années ([Figure 3](#)). La moyenne québécoise de documentation de l'utilisation de l'EQTPT se situe ainsi à 58 % entre 2019-2020 et 2022-2023, selon les données disponibles. Malgré ces résultats, les parties prenantes estiment que l'échelle serait plus largement utilisée sur le terrain.

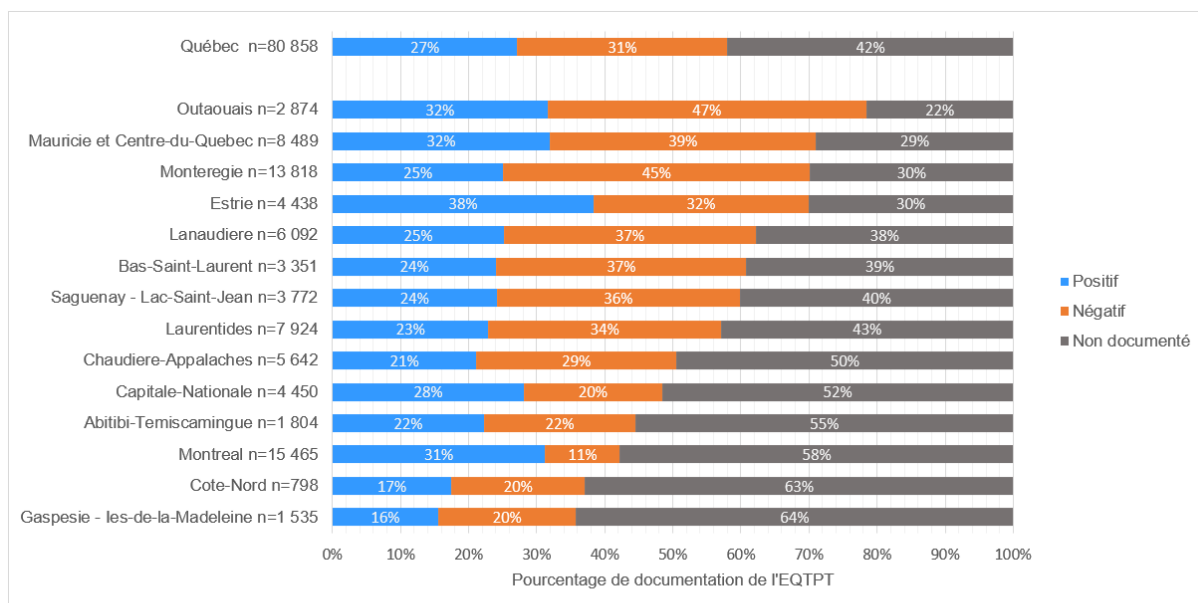
Figure 3 Documentation de l'utilisation de l'EQTPT depuis son implantation entre 2018-2019 et 2022-2023



2.1.2 Une variation régionale est observée

De 2019-2020 à 2022-2023, la documentation sur l'utilisation de l'EQTPT a grandement varié entre les régions, passant de 35,8 % en Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine à 78,4 % en Outaouais ([Figure 4](#)).

Figure 4 Documentation de l'utilisation de l'EQTPT par région sociosanitaire entre 2019-2020 et 2022-2023



La documentation de l'utilisation de l'EQTPT pour les régions de Laval, de Nunavik, de Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nord-du-Québec ne sont pas présentées sur le graphique, en raison d'un effectif faible de patients admis dans ces régions (n =406). Les données de ces régions sont toutefois incluses dans le total pour l'ensemble du Québec.

2.1.3 Une variation est observée selon certaines caractéristiques des patients

Globalement, les caractéristiques des patients victimes d'un traumatisme chez qui l'utilisation de l'EQTPT est documentée ou non documentée se distribuent de façon similaire (p.ex. âge, sexe, types de blessures). Certaines différences sont toutefois observées. Par exemple, la proportion de patients avec une EQTPT non-documentée est deux fois plus élevée (19,4 % vs 9,7 %) chez les patients transférés. Différentes hypothèses peuvent expliquer ces résultats, notamment la possibilité de perte du formulaire contenant les données de l'EQTPT lors des transferts interétablissements ou encore une tendance à moins recourir à l'échelle chez les traumatismes plus graves nécessitant une prise en charge plus rapide et, pour plusieurs, un transfert interétablissements subséquent. On ne peut par ailleurs exclure une autre hypothèse selon laquelle l'usage de l'EQTPT aurait possiblement pu permettre une meilleure orientation initiale, limitant ainsi le recours aux transferts interétablissements subséquents.

2.2 Impact sur les délais préhospitaliers, la destination et le transfert des patients victimes de traumatismes (Q2 et Q3)

2.2.1 Les patients sont en majorité transportés à l'intérieur du délai prescrit

Entre les années 2019-2020 et 2022-2023, 98,5 % des patients ont eu un temps de transport ambulancier inférieur ou égal à 60 minutes.

Selon l'EQTPT, les patients triés aux étapes 1, 2 et 3 peuvent contourner des centres de traumatologie de moins haut niveau afin d'être transportés directement vers un centre de traumatologie tertiaire (si disponible, étapes 1 et 2) ou vers un centre de plus haut niveau (étape 3) dans un délai maximal de 60 minutes. La décision de contourner l'hôpital le plus près pour transporter le patient victime d'un traumatisme sévère vers un centre de traumatologie de haut niveau dépend de l'évaluation des TAP et de la stabilité du patient.

Pour les années 2019-2020 à 2022-2023, 87,9 % des patients triés aux étapes 1, 2 ou 3 ont été transportés vers l'installation définitive où les soins ont été dispensés (transport direct), et 12,1 % des patients ont été transférés dans une autre installation. Chez les personnes qui ont bénéficié d'un transport direct, le temps de transport médian a été de 19 minutes, et 97,1 % des transports ambulanciers ont été effectués dans un délai inférieur ou égal à 60 minutes. De plus, 90,5 % de ces personnes ont été transportées en 45 minutes ou moins.

2.2.2 Les patients sont majoritairement transportés au bon endroit, d'après la gravité de leurs blessures

Avec l'EQTPT, la gravité des blessures n'est toutefois confirmée qu'*a posteriori*, soit après l'admission de la personne dans un établissement, à l'aide de l'indice de sévérité des blessures (ISS). Les analyses qui se basent sur l'ISS permettent ainsi de mesurer l'efficacité de l'échelle et du système préhospitalier à transporter les personnes vers le centre de traumatologie du niveau approprié.

Une augmentation du pourcentage de patients qui ont subi des blessures graves (ISS > 15), transportés vers un centre de traumatologie de haut niveau (tertiaire et secondaire régional) a été observée entre 2013-2014 et 2022-2023, passant de 42,9 % à 47,7 %. Une hausse est également observée quant à la proportion de personnes qui ont subi des blessures graves et qui ont été directement transportées vers leur établissement définitif, c'est-à-dire l'endroit où les soins leur ont été prodigués. Le pourcentage passe de 64,1 % à 70,6 %. Ces augmentations coïncident avec les années d'implantation de l'EQTPT dans les différentes régions du Québec (2016 à 2018); ces résultats sont illustrés aux figures [5](#) et [6](#).

Figure 5 Niveau de l'établissement d'arrivée des patients qui ont subi des blessures graves

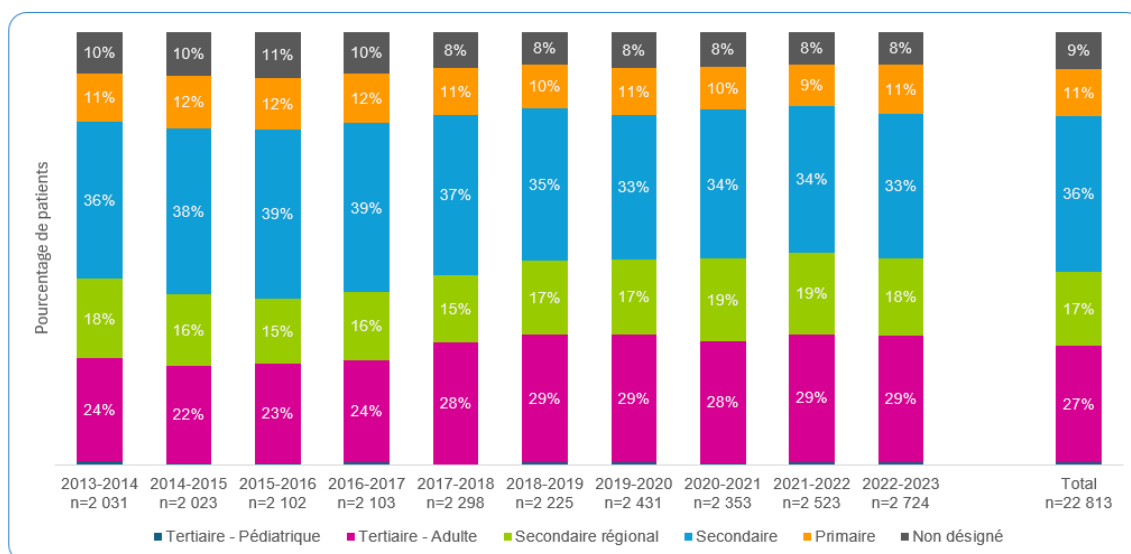
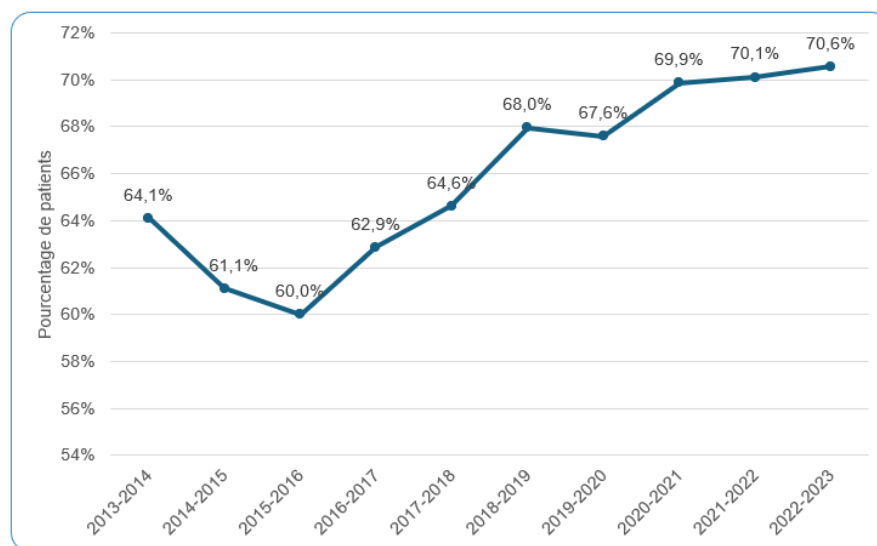


Figure 6 Pourcentage de patients qui ont subi des blessures graves directement transportés vers leur établissement définitif



Entre 2013-2014 et 2022-2023, en majorité, les personnes qui ont subi des blessures mineures (71,9 %) ont été dirigées vers des centres de plus bas niveau de désignation (secondaire 54,5 % et primaire 12,5 %) ou à l'extérieur du réseau de traumatologie (4,9 %). De plus, 28,1 % des personnes qui ont subi des blessures mineures ont été orientées vers des centres de haut niveau de désignation (tertiaire adulte 11,0 %, tertiaire pédiatrique 0,9 % et secondaire régional 16,2 %). Cette proportion de 28,1 % a peu varié

entre 2013-2014 et 2022-2023, suggérant que l'implantation de l'EQTPT n'a pas eu d'impact important sur l'orientation de ces patients et que la majorité ne sont pas dirigés vers des centres de haut niveau.

2.3 Les éléments facilitants et les obstacles à l'utilisation de l'EQTPT (Q4)

L'ensemble de l'information contenue dans cette section provient du comité consultatif mis en place pour la réalisation de l'État des pratiques *Portrait du triage préhospitalier en traumatologie au Québec (2013-2023)*.

2.3.1 Des facteurs intrinsèques à l'EQTPT influent sur son utilisation

Même s'il a été soulevé que l'approche par étape de l'EQTPT semble faciliter son usage, la complexité de l'échelle et l'absence de critères jugés importants ont également été reconnus comme des obstacles. Le manque de clarté ou l'interprétation variable de certains critères pourraient également nuire au recours à cette approche. Par exemple, les membres du comité consultatif ont mentionné :

- De préciser si le délai maximal de 60 minutes pour les patients triés aux étapes 1 à 3 correspond au temps de transport maximal ou au temps préhospitalier total maximal;
- Un besoin de précision du critère de l'étape 5 « autres impacts à haute vitesse » comparativement aux critères inclus dans l'étape 3;
- L'absence de critères portant sur des mécanismes de blessures à haute vitesse inclus à l'étape 3, notamment les accidents de chevaux et de ski;
- La présence de critères difficilement applicables, par exemple les données de télésurveillance d'un véhicule à l'étape 3;
- D'ajouter ou de clarifier certains critères pour améliorer le triage de groupes de patients spécifiques, éviter l'interprétation subjective de certains critères et faciliter la prise de décision des TAP – p. ex. personnes plus âgées, personnes qui prennent des anticoagulants et personnes victimes de chutes;
- La mauvaise applicabilité de l'EQTPT à la clientèle pédiatrique – l'échelle inclut seulement deux critères pour cette population.

2.3.2 Une utilisation modulée par certains facteurs contextuels

Comme il a été constaté précédemment, la documentation de l'utilisation de l'EQTPT était plus grande dans certaines régions, dont l'Outaouais, la Mauricie–Centre-du-Québec, la Montérégie, l'Estrie et Lanaudière. Selon les membres du comité consultatif, cela pourrait être associé à l'usage du progiciel d'amélioration continue de la qualité des soins préhospitaliers d'urgence (PACQSPU) dans ces régions, puisqu'il facilite la collecte

des données préhospitalières. D'ailleurs, ce logiciel est maintenant implanté dans dix régions du Québec et son déploiement provincial se poursuit¹.

Par ailleurs, les membres du comité consultatif ont mentionné que certains moyens de pression en contexte de renégociation d'ententes syndicales pourraient avoir contribué à une plus faible documentation du recours à l'échelle à certaines périodes.

2.3.3 L'importance de la formation, des rappels, de l'affichage et de la communication

Une offre de formation et la diffusion de rappels fréquents ont été signalés par le comité consultatif comme des aspects pouvant favoriser l'utilisation de l'EQTPT. Les thèmes abordés pourraient inclure :

- Les situations dans lesquelles l'EQTPT doit être appliquée versus celles où elle ne devrait pas s'appliquer – p. ex. chute de plain-pied sans modification de l'état de conscience ou sans impact à la tête;
- L'information sur l'organisation et les caractéristiques régionales, particulièrement lorsqu'il y a plusieurs centres de traumatologie dans une région;
- Le partage d'expériences de la prise en charge de situations de traumatismes majeurs – particulièrement pour les TAP qui ont moins d'expérience;
- L'évaluation clinique de la clientèle gériatrique;
- La place du jugement clinique des TAP dans l'application de l'EQTPT.

L'affichage de l'EQTPT, notamment dans les ambulances, et l'utilisation d'applications mobiles ou d'outils informatiques pourraient également soutenir l'usage de l'échelle. Les formulaires numériques facilitent l'inclusion de champs à complétion obligatoire. De plus, le suivi de l'assurance qualité sur la complétion de l'EQTPT serait favorable.

Un meilleur arrimage avec les centres hospitaliers, notamment concernant les préavis et l'activation des équipes de traumatologie, s'ajoute également aux facteurs facilitants. L'intégration de l'échelle dans une interface commune aux TAP et aux équipes dans les services d'urgence pourrait faciliter la communication entre les milieux préhospitalier et hospitalier.

¹ Santé Québec. (2025). Cadre normatif, Passerelle d'échange de données, Progiciel d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence (PACQSPU).
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/sante-quebec/25-cadre-normatif-PACQSPU.pdf>

DISCUSSION

Depuis les recommandations formulées par l'INESSS en 2013, l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie constitue un levier central pour optimiser l'orientation des patients traumatisés vers l'établissement adéquat. La présente évaluation montre que la diffusion des travaux de l'INESSS et le déploiement de l'EQTPT ont généré des effets immédiats (Q1) et intermédiaires (Q2 et Q3) mesurables, tout en mettant en lumière des facteurs facilitants et des obstacles à leur utilisation (Q4). Ces effets sont illustrés sur le modèle logique ([Figure 1](#)).

Effets immédiats : progression de la documentation sur l'usage de l'EQTPT

La documentation sur l'usage de l'EQTPT s'est accrue d'un peu plus de 20 % au cours des premières années suivant son implantation. Elle a ensuite peu varié au cours des années suivantes. Selon les données disponibles, la moyenne de documentation sur l'usage de l'EQTPT se situe à 58 % entre 2019-2020 et 2022-2023. Cette progression demeure toutefois inégale, tant **entre les régions** que **selon certaines caractéristiques des patients**, ce qui limite la capacité de l'échelle à guider de façon optimale et harmonisée l'orientation des patients à travers le réseau.

Effets intermédiaires : optimisation de l'orientation et du transport

Les données indiquent une performance stable en matière de délais : 98,5 % des patients ont été transportés en 60 minutes ou moins entre 2019-2020 et 2022-2023 avec des temps médians entre l'arrivée des TAP sur scène et l'arrivée à l'urgence qui varient entre 29 et 45 minutes pour les différentes régions au Québec. Par ailleurs 97,1% des transports directs vers l'installation définitive pour les traumatismes triés aux étapes 1 à 3 ont été effectués à l'intérieur du délai de 60 minutes.

Concernant l'orientation, deux tendances positives se dégagent :

- Une augmentation du transport des patients grièvement blessés vers des centres de haut niveau, observée entre les années 2013-2014 et 2022-2023;
- Une hausse du transport direct vers l'établissement définitif entre les années 2013-2014 et 2022-2023, ce qui indique une **diminution du nombre de transferts interhospitaliers**.

Ces améliorations coïncident avec l'implantation de l'EQTPT, suggérant ainsi un apport favorable de l'échelle au ciblage des ressources spécialisées.

De plus, l'orientation des **personnes atteintes de blessures mineures a peu varié**, ce qui indique que l'EQTPT n'a pas modifié de façon notable les pratiques pour cette clientèle — un constat cohérent avec l'objectif de prioriser les cas graves.

Facteurs facilitants et obstacles : des enjeux structurels et opérationnels

L'EQTPT est perçue comme un outil utile, notamment grâce à son approche par étapes. Toutefois, certains critères sont jugés incomplets, ambigus ou sujets à interprétation variable, ce qui freine l'usage uniforme de cet outil à l'échelle provinciale.

Des facteurs externes ou contextuels influent également sur l'utilisation de l'échelle ou sa documentation, comme l'usage du progiciel PACQSPU.

L'évaluation met en évidence plusieurs leviers stratégiques pour consolider l'usage de l'EQTPT :

- Formation et rappels réguliers, comprenant des exemples concrets, des précisions sur les situations d'usage et des adaptations régionales.
- Affichage de l'échelle dans les ambulances et formulaires numériques avec champs obligatoires afin de soutenir la conformité documentaire.
- Suivi de l'assurance qualité ciblant la complétion et l'application de l'EQTPT.
- Renforcement des interfaces et de la communication entre milieux préhospitaliers et hospitaliers, notamment par une intégration technologique commune.

Des pistes pour une mise à jour de l'échelle

Les points d'amélioration reconnus dans la présente évaluation pourraient être inspirants pour une éventuelle révision de l'EQTPT. Par exemple :

- Certains **critères spécifiques à des groupes de patients** pourraient être ajoutés ou clarifiés pour limiter l'interprétation subjective et faciliter la prise de décision des TAP – p. ex. personnes plus âgées, personnes qui prennent des anticoagulants et personnes victimes de chutes;
- Des mesures pourraient être appliquées pour augmenter le taux de documentation de l'EQTPT et limiter sa disparité entre les régions du Québec – p. ex. formulaire numérique avec des champs à complétion obligatoire.

Par ailleurs, la mise à jour de l'échelle américaine CDC-ACSCOT, réalisée en 2021, pourrait également être une référence utile pour la révision de l'EQTPT.

CONCLUSION

L'évaluation confirme que l'échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie a contribué à améliorer l'orientation des patients traumatisés les plus sévèrement blessés et à renforcer la capacité du réseau québécois de traumatologie à jouer pleinement son rôle. Elle a également permis de tirer des apprentissages relatifs à la diffusion des travaux de l'INESSS sur le triage préhospitalier réalisés en 2013, ainsi que du déploiement de l'échelle EQTPT qui en a découlé.

Des éléments facilitants et des obstacles à l'usage de l'échelle ont été signalés, et les effets sur les délais préhospitaliers, la destination et le transfert des patients victimes d'un traumatisme ont été caractérisés. En complément au *Portrait québécois du triage préhospitalier en traumatologie (2013-2023)*, ces constats pourront alimenter la réflexion pour la mise à jour envisagée de l'échelle de triage et ainsi que sa diffusion subséquente.

RÉFÉRENCES

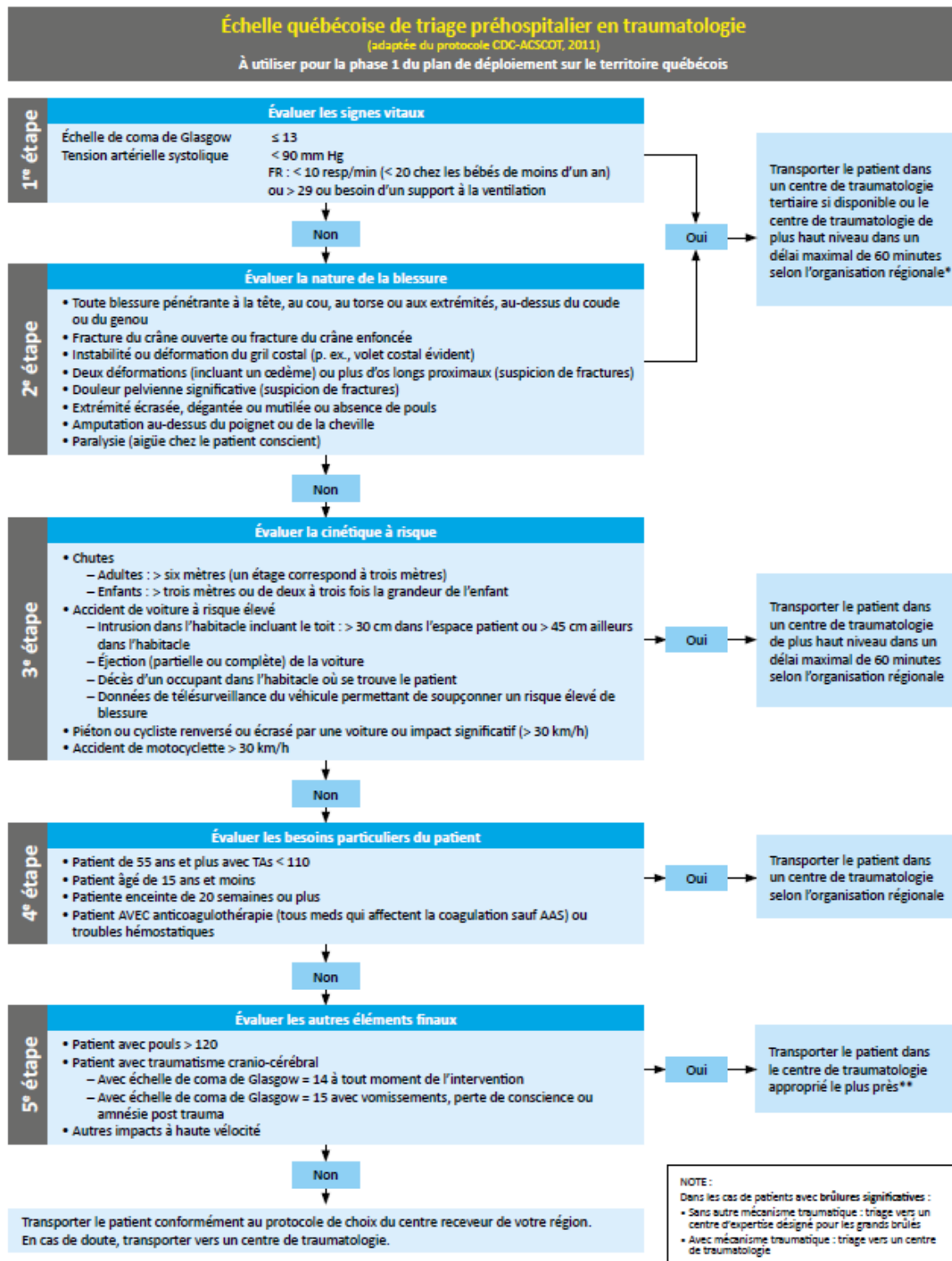
Gazette officielle du Québec. [Directive sur l'évaluation de programme dans les ministères et organismes](#); Décret 1179-2023. 2023.

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). [Plan stratégique 2024-2028 : Guider, outiller, mobiliser](#). Québec, Qc : INESSS ; 2025. 38 p.

Legis Québec. [Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux](#), L.R.Q., chapitre I-13.03. 2010.

ANNEXE A

Échelle de triage et réseau de 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

**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

