

Bilan de qualité et de performance en traumatologie

Guide d'accompagnement pour l'analyse des statistiques
descriptives et des indicateurs de processus et de résultats

Février 2017

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

Document rédigé par

Amina Belcaïd

Lynne Moore

Catherine Truchon

Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques

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

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

Ce document est accessible en ligne dans la section *Publications* de notre site *Web*.

Équipe de projet

Auteurs

Amina Belcaïd, M. Sc.

Lynne Moore, Ph. D.

Catherine Truchon, Ph.D., MSc. Adm.

Direction

Michèle de Guise, M.D., FRCPC, M.M.

Édition

Responsable

Renée Latulippe

Soutien technique

Hélène St-Hilaire

Révision linguistique

Littera Plus

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2017

Bibliothèque et Archives Canada, 2017

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-77584-3 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2017

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). Bilan de qualité et de performance en traumatologie – Guide d'accompagnement pour l'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs de processus et de résultats. Rédigé par Amina Belcaïd, Lynne Moore et Catherine Truchon. Québec, Qc : INESSS; 2017. 63 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 employés 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 propre.

Pour ce rapport, les lecteurs externes sont :

D^r Julien Clément, médecin-conseil à l'INESSS, directeur médical du programme de traumatologie et chirurgien général au CHU de Québec à l'Hôpital de l'Enfant-Jésus

Josée Lalancette, pilote d'opération du SIRTQ à la RAMQ

D^r Louis-Philippe Pelletier, médecin-conseil à l'INESSS et médecin spécialiste en médecine d'urgence à l'Hôpital de Saint-Eustache

Johanne Prud'homme, archiviste médicale à l'Hôpital Général de Montréal

Autres contributions

Outre les lecteurs externes, l'Institut tient à remercier également les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Anabèle Brière, INESSS

Jacinthe Clusiau, INESSS

Nathalie Gélinas, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec

Benoît Grolleau, INESSS

Danielle Lévesque, INESSS

Marie-Ève Marcoux, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec

Julie Ouellet, Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec

Nathalie Trudelle, INESSS

Marie-Andrée Ulysse, INESSS (maintenant CIUSSS Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal)

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

Responsabilité

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

Commentaires

Pour tout commentaire ou suggestion visant à améliorer le contenu de ce guide, vous pouvez communiquer avec trauma@inesss.qc.ca.

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE	I
SIGLES ET ACRONYMES.....	II
DESCRIPTION GÉNÉRALE DES DONNÉES PRÉSENTÉES DANS LE BILAN DE QUALITÉ ET DE PERFORMANCEIII	
1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES.....	1
STATISTIQUE 1 – Distribution selon le sexe.....	1
Statistique 1a – Distribution de l'âge selon le sexe	2
STATISTIQUE 2 – Comparaison du volume.....	3
STATISTIQUE 3 – Mécanismes de blessures	4
STATISTIQUE 4 – Distribution de l'ISS.....	4
Statistique 4a – Distribution de l'ISS : moyenne et médiane	5
Statistique 4b – Distribution du nombre de décès selon les catégories d'ISS.....	5
STATISTIQUE 5 – Séjour hospitalier en jours : moyenne et médiane.....	6
STATISTIQUE 6 – Séjour aux soins intensifs en jours : moyenne et médiane	6
STATISTIQUE 7 – Complications les plus fréquentes	7
STATISTIQUE 8 – Régions d'origine des transferts	7
Statistique 8a – Distribution de la provenance des patients.....	8
Statistique 8b – Provenance des patients par rapport aux installations de même niveau	8
STATISTIQUE 9 – Orientation des patients au moment du congé.....	9
Statistique 9a – Orientation des patients au moment du congé : détails	9
STATISTIQUE 10 – Pourcentage de patients avec un ISS \geq 12 transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau.....	10
Statistique 10a – Distribution des délais de transfert des patients avec un ISS \geq 12 à partir de l'installation X.....	10
STATISTIQUE 11 – Pourcentage de patients avec un diagnostic de TCC transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau.....	11
Statistique 11a – Distribution des délais de transfert des cas de TCC à partir de l'installation X .	11
STATISTIQUE 12 – Pourcentage de patients avec un diagnostic de BM transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau.....	12
Statistique 12a – Distribution des délais de transfert des BM à partir de l'installation X.....	12
2 INDICATEURS DE PROCESSUS.....	13
IP n° 1 : Transfert des cas de TCC modérés/graves (GCS \leq 12) ou des patients avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée vers un centre de neurotraumatologie.....	15

Identification des cas de TCC	16
Identification d'un cas de TCC modéré ou grave	16
Identification d'une fracture du crâne ouverte ou enfoncée	16
IP n° 2 : Transfert des blessés médullaires vers un centre d'expertise	17
Création de la variable blessé médullaire	18
Calcul de l'âge	18
Destination au moment du congé	18
IP n° 3 : Délai de réduction de la luxation d'une grosse articulation inférieur ou égal à 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence.....	19
Identification des luxations d'une grosse articulation.....	20
Identification des réductions d'une luxation	20
Calcul du délai de traitement.....	20
IP n° 4 : Protection des voies respiratoires à l'urgence des patients avec GCS < 9	21
Exclusions.....	21
IP n° 5 : Délai de stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes hémorragiques inférieur ou égal à 12 heures suivant l'arrivée à l'urgence.....	22
Identification des fractures pelviennes.....	23
Identification des patients avec une TAS ≤ 90 mm Hg	23
Codes de traitement de la stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes.....	23
Calcul du délai de traitement.....	23
IP n° 6 : Délai de chirurgie pour les fractures ouvertes des os longs inférieur ou égal à 6 heures suivant l'arrivée à l'urgence.....	24
Identification des fractures ouvertes des os longs	25
Codes de traitement des fractures ouvertes des os longs.....	25
Calcul du délai de traitement.....	26
IP n° 7 : Délai de chirurgie pour les fractures du fémur inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence	27
Identification des fractures du fémur	28
Codes de traitement des fractures de la diaphyse fémorale.....	28
Calcul du délai chirurgical	28
IP n° 8 : Délai d'orientation des patients inférieur ou égal à 60 minutes suivant leur arrivée à l'urgence d'un centre de neurotraumatologie	29
Identification des patients avec un GCS entre 3 et 8 ou étant intubés	30
Calcul du délai d'orientation.....	30

IP n° 9 : Décès ailleurs qu'à l'urgence	31
Identification des patients avec présence de signes vitaux à l'arrivée.....	32
Identification des décès à l'urgence	32
Calcul du délai de décès.....	32
IP n° 10 : Séjour à l'urgence inférieur ou égal à 4 heures pour les patients avec un ISS \geq 12.....	33
Identification des patients avec un ISS \geq 12	33
Calcul de la durée de séjour.....	33
IP n° 11 : Délai de chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence	34
Identification des patients avec blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale.....	35
Calcul du délai chirurgical	35
Codes de traitement des blessures abdominales, thoraciques, vasculaires ou craniocérébrales	35
IP n° 12 : Absence de réintubation dans les 48 heures ou moins après l'extubation	36
Identification des patients intubés	37
Identification des patients avec trachéotomie	37
Calcul du délai de réintubation.....	37
IP n° 13 : Prophylaxie antibiotique des fractures ouvertes	38
Identification des patients avec fractures ouvertes	39
Identification de la prophylaxie antibiotique.....	39
3 INDICATEURS DE RÉSULTATS.....	40
Exemple - IR n°1 (résultats fictifs) Mortalité chez l'ensemble des patients	41
IR n° 1 : Mortalité.....	42
Mortalité chez l'ensemble des patients.....	42
Mortalité chez les patients âgés de 65 ans et plus	42
Mortalité chez les traumatisés majeurs (ISS \geq 12).....	43
IR n° 2 : Complications majeures	44
Complications majeures chez l'ensemble des patients	46
Complications majeures chez les patients âgés de 65 ans et plus	47
Complications majeures chez les traumatisés majeurs (ISS \geq 12)	47
IR n° 3 : Réadmissions non planifiées dans les 30 jours	48
Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez l'ensemble des patients	48
Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les patients âgés de 65 ans et plus.....	49
Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les traumatisés majeurs (ISS \geq 12)	49



IR n° 4 : Durée de séjour	50
Durée de séjour chez l'ensemble des patients	50
Durée de séjour chez les patients âgés de 65 ans et plus	51
Durée de séjour chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)	51
RÉFÉRENCES.....	52
ANNEXE 1 LISTE DES INSTALLATIONS DÉSIGNÉES EN TRAUMATOLOGIE	54
ANNEXE 2 BILAN DE QUALITÉ ET DE PERFORMANCE EN TRAUMATOLOGIE (ANALYSE – STATISTIQUES DESCRIPTIVES)	58
ANNEXE 3 BILAN DE QUALITÉ ET DE PERFORMANCE EN TRAUMATOLOGIE (ANALYSE – INDICATEURS DE PROCESSUS ET DE RÉSULTATS).....	60

PRÉFACE

Dans le cadre de son mandat d'évaluation et de soutien à l'amélioration continue de la qualité des soins et services aux traumatisés au Québec, l'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) analyse, selon un calendrier établi, les données issues du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ) et produit des bilans de qualité et de performance pour chacune des installations de soins aigus détenant une désignation en traumatologie dans le réseau québécois. Ces bilans comprennent des données statistiques sur la clientèle desservie ainsi que des indicateurs de processus et de résultats. À la réception de son bilan, chaque installation procède à l'analyse de ses données et remplit les gabarits de rapports d'analyse prévus à cette fin et disponibles en annexe ou à la section « Documents à compléter » d'une installation particulière sur le site FECST (Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie) : <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca>. Ce mécanisme de production et d'analyse du bilan de qualité et de performance remplace désormais les visites systématiques des installations autrefois réalisées par l'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques de l'INESSS.

Le présent guide, qui remplace une version antérieure datée de 2014, vise à accompagner les installations de soins aigus avec une désignation en traumatologie (à l'exception des centres de stabilisation qui ne reçoivent pas de bilan) dans l'analyse de leurs données et l'élaboration du rapport d'analyse. Il s'adresse principalement aux membres des équipes locales de traumatologie, en particulier au comité local de traumatologie, lequel a la responsabilité de procéder à l'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs de processus et de résultats ainsi que d'assurer le suivi de l'amélioration de la qualité au sein de son installation.

Conformément à la terminologie proposée dans le cadre de la réorganisation du réseau suivant la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux, notamment par l'abolition des agences régionales*, le mot « installation » fait référence dans le présent document à une installation maintenue par un établissement (CISSS, CIUSSS, établissement non fusionné) et spécialement identifiée comme lieu où sont offerts des services de traumatologie.

SIGLES ET ACRONYMES

AIS	<i>Abbreviated Injury Scale</i>
ARDS	<i>Acute Respiratory Distress Syndrome</i>
BM	Blessure médullaire
CCI	Classification canadienne des interventions en santé
CEBM	Centre d'expertise pour blessés médullaires
CEVBG	Centre d'expertise pour les personnes victimes de brûlures graves
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIM-10-CA	Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10e révision, Canada
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DMS	Durée moyenne de séjour
DSP	Directeur des services professionnels
FECST	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
GCS	<i>Glasgow Coma Scale</i> ou Échelle de coma de Glasgow
IC	Intervalle de confiance
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IP	Indicateur de processus
IR	Indicateur de résultats
ISS	<i>Injury Severity Score</i> ou Indice de gravité des blessures
MED-ÉCHO	Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
SIRTQ	Système d'information du Registre des traumatismes du Québec
TAS	Tension artérielle systolique
TCC	Traumatisme craniocérébral

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES DONNÉES PRÉSENTÉES DANS LE BILAN DE QUALITÉ ET DE PERFORMANCE

Les données servant à la production du bilan de qualité et de performance sont extraites du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ). Pour chacune des années ciblées par le bilan de qualité et de performance, les données concernant tous les cas de traumatismes inscrits au SIRTQ entre le 1^{er} avril et le 31 mars de chaque année sont analysées, à l'exception de celles relatives aux patients présentant les critères suivants :

- Les patients décédés à l'arrivée ainsi que les patients qui arrivent sans signes vitaux à l'urgence et qui décèdent dans les 30 minutes suivant leur arrivée.
- Les patients avec fracture de la hanche isolée s'ils satisfont à tous les critères suivants :
 - AIS (*Abbreviated Injury Scale*) avant le 1^{er} avril 2013 :
851808.3 (fracture de la tête du fémur), 851810.3 (fracture intertrochantérienne),
851812.3 (fracture du col du fémur), 851818.3 (fracture sous-trochantérienne)
ou AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : entre 853111.3 à 853172.3;
 - Âge \geq 65 ans;
 - Mécanisme de blessure : chute;
 - Max AIS autres régions du corps \leq 1.

Il est à noter que, pour les fins de ce guide d'accompagnement, les tableaux et figures fournis à titre d'exemples portent sur les années 2012-2013, 2013-2014 et 2014-2015. La méthodologie et les consignes présentées dans ce guide ne se limitent toutefois pas à ces années, et elles demeureront en vigueur jusqu'à la révision du document lorsque des modifications seront apportées aux statistiques descriptives ou aux indicateurs de processus et de résultats retenus pour l'évaluation des installations de traumatologie.

Le bilan de qualité et de performance de chaque installation comprend deux documents dont le contenu est expliqué dans le présent guide. **Un premier document (partie 1 du bilan) regroupe un ensemble de statistiques descriptives** portant sur le volume et le profil de la clientèle desservie par l'installation (âge, étiologie, sévérité, etc.), certains renseignements relatifs à l'épisode de soins (durée de séjour, complications, etc.) ainsi que sur la continuité des services (transfert, orientation au moment du congé, etc.). Plusieurs statistiques sont accompagnées des données comparatives pour l'ensemble des installations de même niveau dans la province. Cela permet d'apprécier la position d'une installation par rapport à son groupe de référence. Il faut toutefois être prudent dans la comparaison, puisque ces statistiques sont des données brutes non ajustées, c.-à-d. qui ne tiennent pas compte des différences de clientèle selon les installations.

Un deuxième document (partie 2 du bilan) présente les résultats de l'installation pour des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultats (IR) – détaillés dans les sections 2 et 3 du présent guide. Un IP fait référence à l'ensemble des activités qui se déroulent entre les différents intervenants de la santé et leurs patients durant la période pendant laquelle les patients recourent à leurs services. Ces facteurs comprennent, entre autres, les caractéristiques des processus de soins médicaux et paramédicaux, les processus diagnostiques, les évaluations, les méthodes chirurgicales et les modes thérapeutiques. Les IR, quant à eux, font référence aux résultats de santé définis comme « un changement dans l'état de santé actuel et futur attribuable aux services de santé reçus » [Moore *et al.*, 2015a; 2015b; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2013a; 2013b; 2013c]. Les résultats de santé peuvent être observés à court, moyen et long terme après la prestation des services et ils peuvent comprendre, entre autres, la survie, la morbidité, la destination au moment du congé, le niveau de capacité fonctionnelle, la qualité de vie et les situations de handicap/participation sociale des personnes qui ont eu recours aux services de santé [Lindsay, 2003; Donabedian, 1988; Donabedian, 1980]. Pour les bilans portant sur l'année 2012-2013 et les suivantes, les IR retenus sont la mortalité, les complications majeures, les réadmissions non planifiées dans les 30 jours et les durées de séjour.


Les statistiques descriptives et les indicateurs retenus par l'INESSS dans le cadre de son mandat d'évaluation continue de la qualité du réseau de traumatologie ont fait l'objet d'un processus de sélection rigoureux, basé sur une revue de la littérature ainsi qu'une démarche de consultation auprès de nombreux experts du réseau [Moore *et al.*, 2016; 2015a; 2015b; 2014a; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2013a; 2013b; 2013c; 2012; 2011; 2010]. L'exercice d'évaluation des données à partir de la période 2012-2013 comporte des modifications et une bonification des statistiques et indicateurs analysés par rapport à la période précédente de 2007-2012. Pour plus de détails concernant la méthode d'élaboration et de sélection des indicateurs, vous pouvez consulter les références [Moore *et al.*, 2015a; 2015b; 2014b; 2014c; 2014d; 2014e; 2013a; 2013b; 2013c].

Pour assurer la validité des IP et IR, ces derniers sont produits avec des méthodes statistiques complexes : estimation par rétrécissement pour les IP et IR, ajustement pour les différences de clientèle et simulation de données manquantes par imputation multiple pour les IR. L'ajustement statistique vise à contrôler un certain nombre de facteurs qui influent sur le résultat d'une installation (ex. : âge, sévérité des blessures, complications, etc.), permettant ainsi de mieux comparer des installations entre elles. Ces données ajustées ne peuvent être reproduites ou générées par les installations. Plus de détails sur la méthodologie employée, ainsi que sur la façon d'interpréter les résultats, sont fournis en introduction de chaque section du présent guide.

DÉMARCHE D'ANALYSE RECOMMANDÉE AUX INSTALLATIONS

À la réception d'une communication de l'INESSS les avisant du dépôt de leur bilan de qualité et de performance, chaque installation de soins aigus, par l'intermédiaire de son comité local de

traumatologie, procède à l'examen de ses données et à leur analyse en suivant les étapes suggérées suivantes :

1. Accéder au bilan des statistiques descriptives et des indicateurs de son installation disponible sur le site Web FECST à l'adresse : <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca>. Le bilan est déposé dans l'onglet sécurisé « Bilan de qualité et de performance » de chacune des installations. Seules les personnes détentrices du code d'accès, tel que déterminé par le directeur des services professionnels (DSP) de l'installation, peuvent consulter et télécharger les rapports et données dans la zone sécurisée. Pour toute information ou assistance, veuillez communiquer avec l'INESSS à trauma@inesss.qc.ca. 
2. Dans l'onglet « Documents à compléter », télécharger et compléter les grilles d'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs de processus et de résultats. Le présent guide d'accompagnement se trouve également dans cet onglet.
3. Procéder d'abord à l'analyse des données statistiques descriptives de l'installation à partir des données fournies dans le « bilan des statistiques descriptives », en décrivant brièvement les variations ou les écarts, s'il y a lieu, par rapport au profil attendu, au profil provincial ainsi qu'aux données antérieures, lorsque disponibles.
4. Procéder ensuite à l'analyse des indicateurs à partir des données fournies dans le « bilan des indicateurs de processus et de résultats ».
 - Si le résultat est significativement **en dessous** de la moyenne provinciale pour un IP (l'intervalle de confiance n'intercepte pas la ligne horizontale indiquant la moyenne provinciale) ou **au-dessus** de la moyenne provinciale pour un IR (voir exemples aux sections 2 et 3 du présent guide), vous devez :
 - Documenter les raisons pouvant expliquer l'écart. Les stratégies suivantes sont suggérées pour identifier les problématiques : discussion avec les acteurs clés au comité local de traumatologie, étude des dossiers des patients (utilisez les requêtes intégrées au SIRTQ pour repérer les dossiers-patients pour les IP), analyse des données du SIRTQ avec soutien analytique de l'INESSS au besoin.
 - Identifier les actions correctives ou le suivi projeté ainsi que les échéanciers prévus pour améliorer le processus ou le résultat.
 - Si le résultat est significativement **au-dessus** de la moyenne provinciale pour un IP (l'intervalle de confiance n'intercepte pas la ligne horizontale indiquant la moyenne provinciale) ou **en dessous** de la moyenne provinciale pour un IR, documenter les raisons pouvant expliquer ce succès. Ces commentaires pourront servir à améliorer le système.

Il est à noter que l'onglet sécurisé « Bilan de qualité et de performance » contient également le bilan de « saisie SIRTQ fournie par la RAMQ ». L'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs est un moment opportun pour que le comité local de traumatologie s'attarde également à la conformité et à la qualité de la saisie des données du SIRTQ effectuée par son installation.

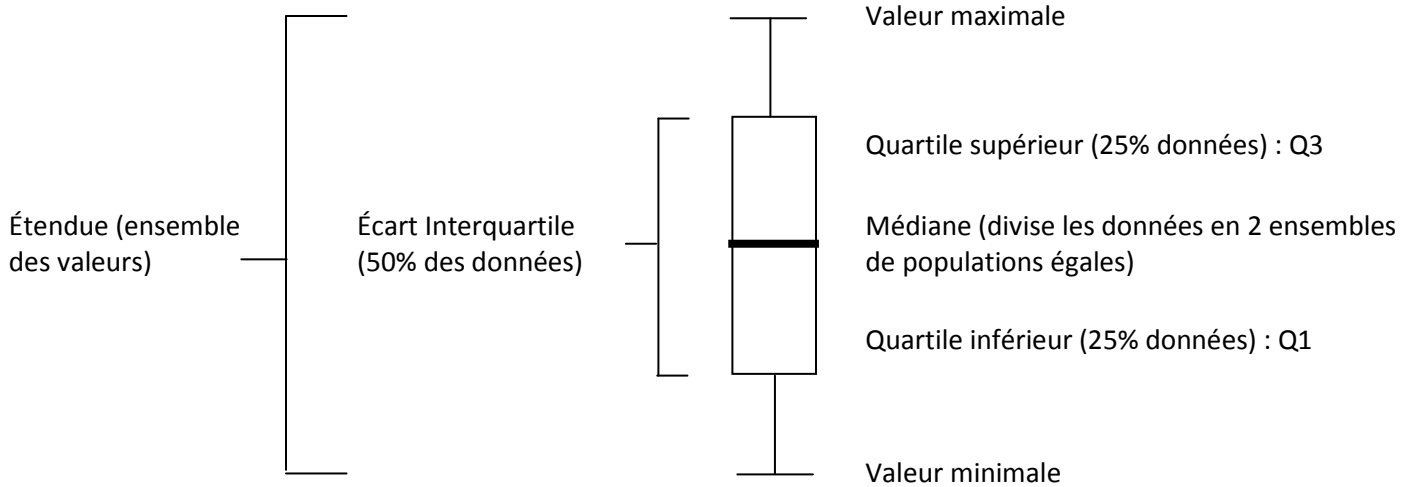
L'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques de l'INESSS demeure disponible pour soutenir toutes les installations dans l'interprétation et le forage particulier de certaines données.

5. Remplir les grilles d'analyse des statistiques descriptives et des indicateurs de processus et de résultats et retourner le tout à trauma@inesss.gc.ca au plus tard six mois après le dépôt du bilan de qualité et de performance sur le site FECST.
6. Une fois reçues, les grilles d'analyse seront déposées dans l'onglet sécurisé « Bilan de qualité et de performance » de chaque installation du site FECST.

1 STATISTIQUES DESCRIPTIVES

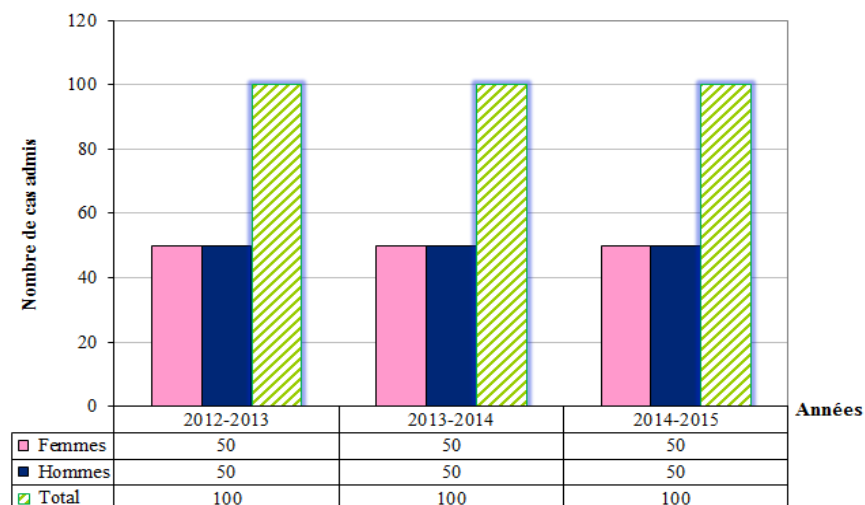
Douze (12) statistiques descriptives sont présentées, sous forme de graphiques ou de tableaux, dans cette première section, certaines comportant une ventilation par sous-composantes.

- Les moyennes sont présentées avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %. L'IC représente un ensemble de valeurs populationnelles compatibles à 95 % avec la valeur estimée ; dans ce cas-ci, la moyenne. Plus l'IC est étroit, meilleure est la précision de la mesure (c.-à-d. la moyenne).
- Les médianes sont présentées avec un intervalle interquartile (Q1-Q3). Les quartiles permettent de séparer la population en quatre (4) groupes de même taille. Donc, un quart (25 %) des valeurs sont inférieures au premier quartile (Q1) et un quart (25 %) des valeurs sont supérieures au troisième quartile (Q3).



STATISTIQUE 1 – Distribution selon le sexe

La figure 1 présente le nombre de cas admis à l'installation X selon le sexe pour chacune des années financières.



Statistique 1a – Distribution de l'âge selon le sexe

Le tableau 1a présente le nombre de cas admis selon le sexe et les différentes catégories d'âge, soit : 0-15 ans; 16-64 ans; 65-74 ans; et 75 ans et plus.

Hommes

Années \ Âge	0-15	16-64	65-74	75 et +	Total
2012-2013	10	10	10	20	50
2013-2014	10	10	10	20	50
2014-2015	10	10	10	20	50
Total (% moyen)	30 (20,0)	30 (20,0)	30 (20,0)	60 (40,0)	150 (100,0)

Femmes

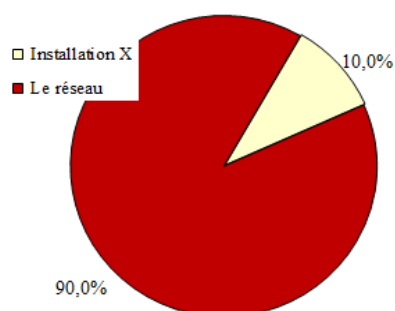
Années \ Âge	0-15	16-64	65-74	75 et +	Total
2012-2013	10	10	10	20	50
2013-2014	10	10	10	20	50
2014-2015	10	10	10	20	50
Total (% moyen)	30 (20,0)	30 (20,0)	30 (20,0)	60 (40,0)	150 (100,0)

STATISTIQUE 2 – Comparaison du volume

Dans la figure 2, le nombre de cas admis à l'installation X est comparé :

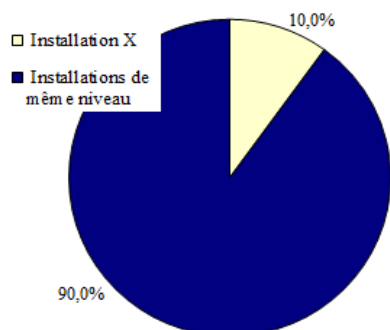
- au nombre de cas admis dans les 59 installations désignées constituant le réseau de traumatologie;
- au nombre de cas admis dans les installations de même niveau de désignation;
- au nombre de cas admis dans les installations désignées de la même région administrative, peu importe le niveau.

Par rapport au réseau



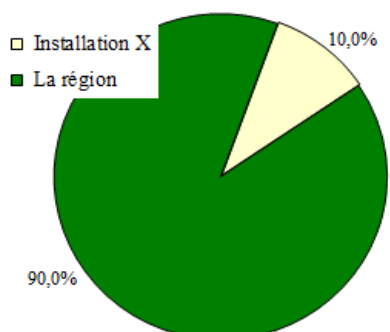
	Installation X	Le réseau	% réseau
2012-2013	100	1000	10 %
2013-2014	100	1000	10 %
2014-2015	100	1000	10 %
Total 3 ans	300	3000	10 %

Par rapport aux installations de même niveau



	Installation X	Installations de même niveau	% installations de même niveau
2012-2013	100	1000	10 %
2013-2014	100	1000	10 %
2014-2015	100	1000	10 %
Total 3 ans	300	3000	10 %

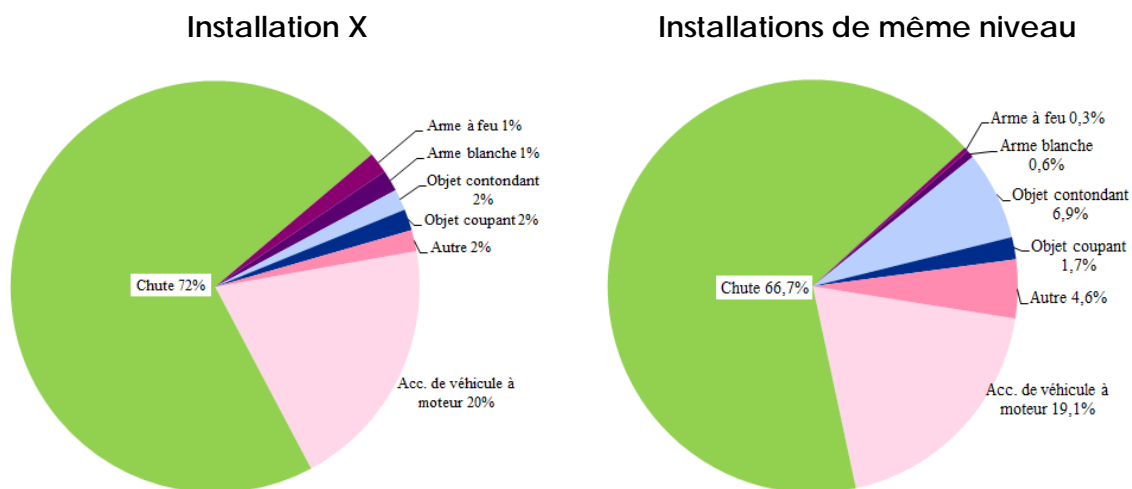
Par rapport à sa région administrative



	Installation X	La région	% région
2012-2013	100	1000	10 %
2013-2014	100	1000	10 %
2014-2015	100	1000	10 %
Total 3 ans	300	3000	10 %

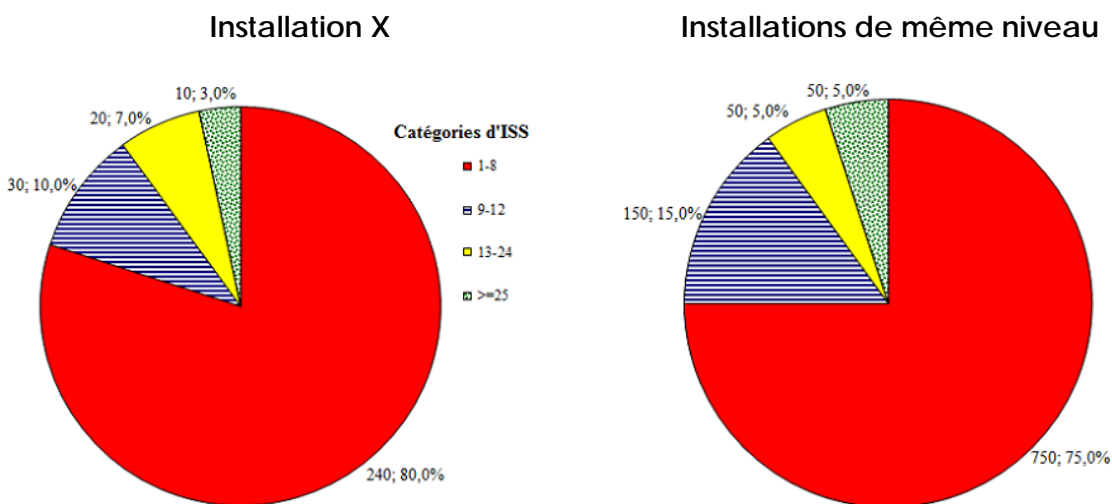
STATISTIQUE 3 – Mécanismes de blessures

La figure 3 compare les principaux mécanismes de blessures des patients admis dans l'installation X pour la période couverte et ceux des installations de même niveau de désignation.



STATISTIQUE 4 – Distribution de l'ISS

La figure 4 présente la distribution des patients inscrits au SIRTQ de l'installation X selon les différentes catégories d'ISS (*Injury Severity Score*) et comparativement aux installations de même niveau de désignation.



Statistique 4a – Distribution de l'ISS : moyenne et médiane

L'ISS moyen (IC 95 %) et médian (Q1-Q3) sont indiqués dans le tableau ci-dessous, selon les différentes années financières.

ISS	2012-2013 n = 100	2013-2014 n = 100	2014-2015 n = 100
Moyenne (IC 95 %)	12 (9-15)	9 (8-11)	9 (7-11)
Médiane (Q1-Q3)	9 (6-17)	9 (6-13)	9 (6-13)

Statistique 4b – Distribution du nombre de décès selon les catégories d'ISS

Le tableau 4b présente les nombres (n) et pourcentages (%) de décès selon les catégories d'ISS. Les pourcentages sont basés sur le nombre total de patients inscrits au SIRTQ pour chacune des années financières.

ISS	2012-2013 n (%)	2013-2014 n (%)	2014-2015 n (%)	Total n (%)
1-8	0	0	0	0
9-12	1 (1,8)	2 (2,3)	5 (2,0)	8 (2,3)
13-24	10 (3,8)	12 (4,3)	10 (4,0)	32 (5,0)
≥ 25	11 (15,2)	10 (16,3)	7 (10,1)	28 (16,2)
Total	22 (6,0)	24 (8,0)	22 (7,0)	68 (8,0)

STATISTIQUE 5 – Séjour hospitalier en jours : moyenne et médiane

Le tableau suivant indique la durée moyenne et médiane des séjours à l'installation X pour les différentes années financières. Les décès ont été exclus du calcul de la durée de séjour en milieu hospitalier.

Durée de séjour (en jours)	2012-2013 n = 100	2013-2014 n = 100	2014-2015 n = 100
Moyenne (IC 95 %)	8,3 (7,0-9,6)	11,3 (9-13,5)	8,3 (6,7-9,9)
Médiane (Q1-Q3)	7 (5-10)	8 (5,0-13,5)	9 (5-9)

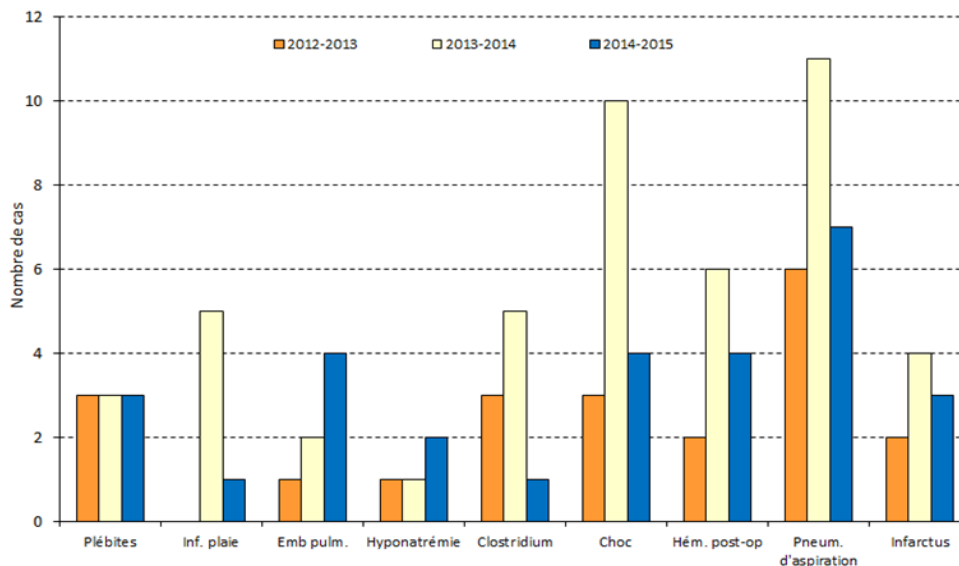
STATISTIQUE 6 – Séjour aux soins intensifs en jours : moyenne et médiane

Le tableau suivant présente la durée moyenne et médiane des séjours aux soins intensifs. Il concerne principalement les installations secondaires, secondaires régionales, tertiaires et tertiaires pédiatriques. Les données statistiques sont également présentées pour certaines installations primaires dont le volume des patients admis aux soins intensifs est suffisant. Les décès ont été exclus du calcul de la durée de séjour aux soins intensifs.

Durée de séjour aux soins intensifs (en jours)	2012-2013 n = 25	2013-2014 n = 25	2014-2015 n = 30
Moyenne (IC 95 %)	8,3 (7,0-9,6)	11,3 (9-13,5)	8,3 (6,7-9,9)
Médiane (Q1-Q3)	7 (5-10)	8 (5,0-13,5)	9 (5-9)

STATISTIQUE 7 – Complications les plus fréquentes

La figure suivante présente les complications survenues le plus fréquemment en cours d'hospitalisation dans l'installation X.



STATISTIQUE 8 – Régions d'origine des transferts

Les installations à l'origine des transferts sont classées selon les régions administratives. La figure A présente, en pourcentage, les régions qui ont transféré le plus de patients vers l'installation X. Ce pourcentage représente le nombre de patients transférés de chacune des régions administratives par rapport au nombre total de patients transférés. À la figure B, seuls les patients avec un ISS ≥ 12 sont considérés.

Figure A
Régions ayant transféré le plus de patients vers l'installation X

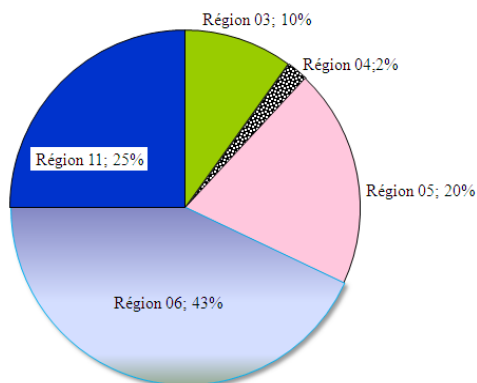
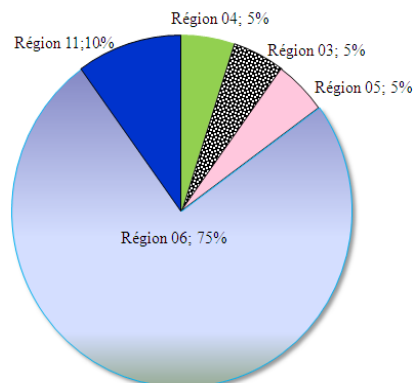
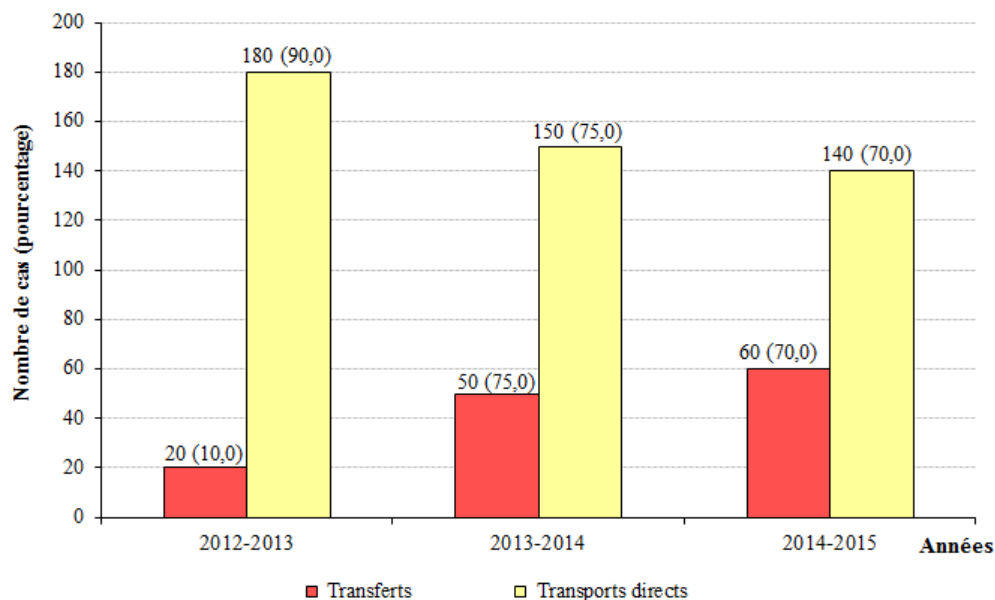


Figure B
Régions ayant transféré le plus de patients avec un ISS ≥ 12 vers l'installation X



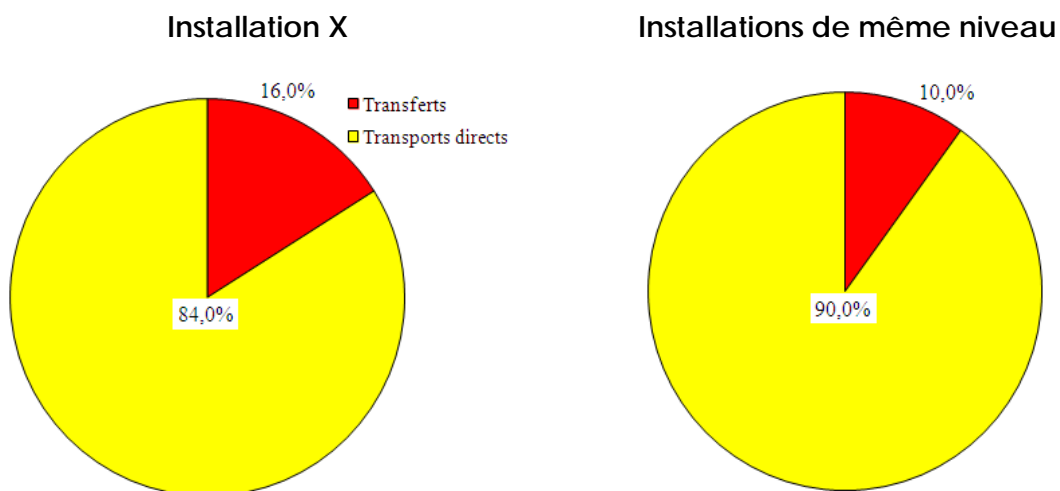
Statistique 8a – Distribution de la provenance des patients

Dans le graphique suivant, les cas admis sont présentés selon leur provenance, soit les transports directs vers l'installation X par rapport aux transferts reçus selon les différentes années financières.



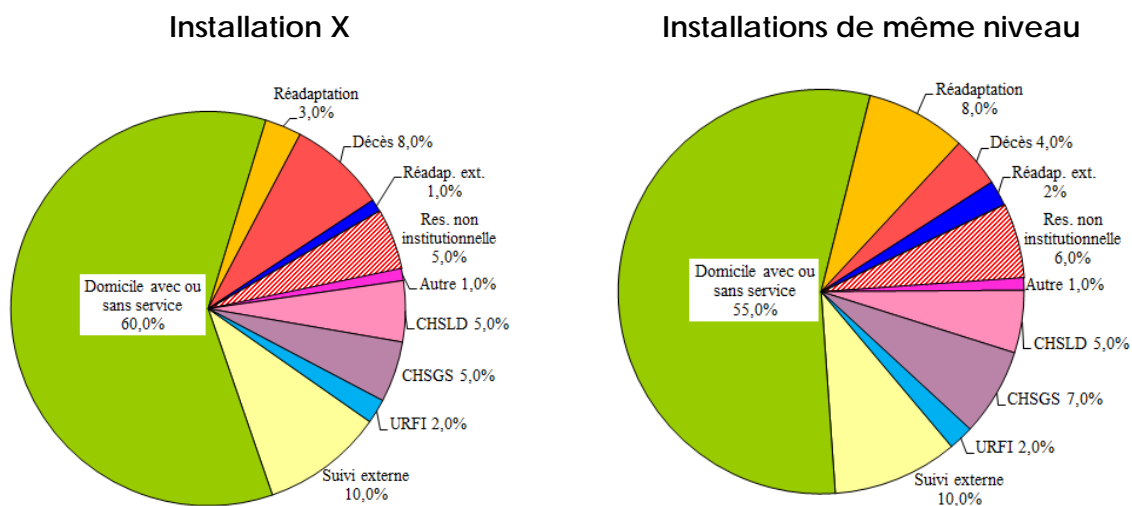
Statistique 8b – Provenance des patients par rapport aux installations de même niveau

À la figure 8b, l'installation X est comparée aux installations de même niveau en termes de transports directs et de transferts.



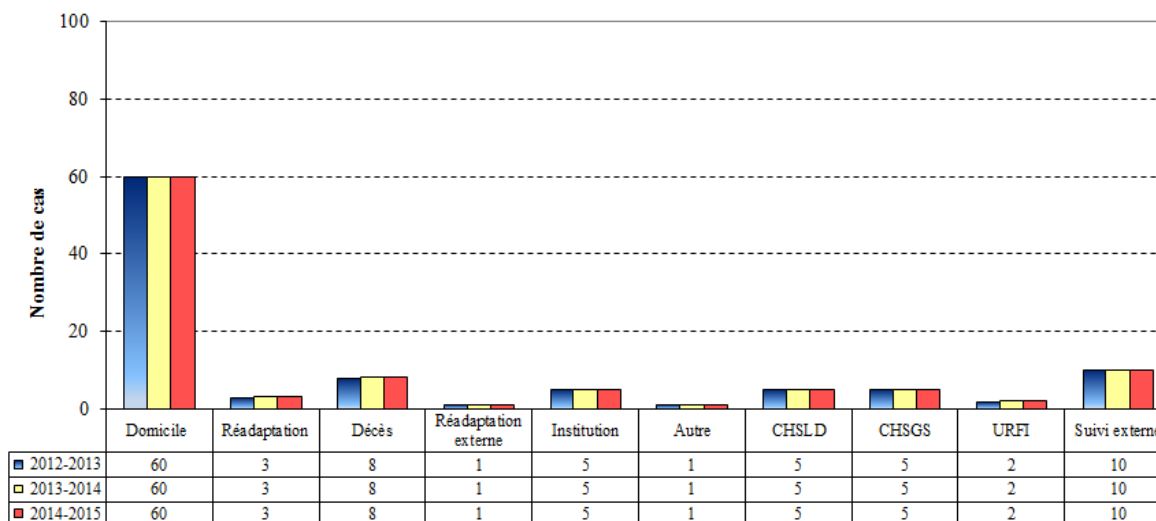
STATISTIQUE 9 – Orientation des patients au moment du congé

La figure ci-dessous montre la destination des patients après l'épisode de soins dans l'installation X pour la période couverte comparativement aux installations de même niveau.



Statistique 9a – Orientation des patients au moment du congé : détails

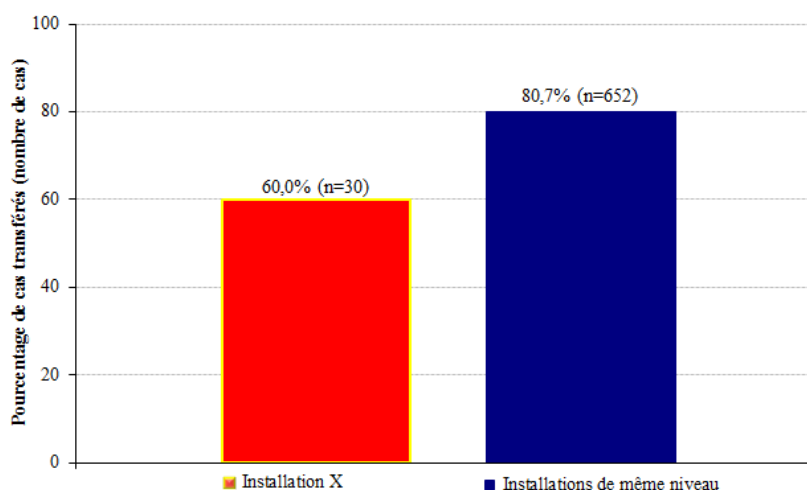
Le graphique 9a détaille le nombre de patients par année financière selon le type d'orientation au moment du congé.



Les statistiques 10 à 12 ne concernent que les installations des niveaux primaires et secondaires. Seuls les transferts sont considérés. Les délais de transfert peuvent inclure l'attente et le transport aérien ou ambulancier selon les modalités de transport utilisées.

STATISTIQUE 10 – Pourcentage de patients avec un ISS ≥ 12 transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau

Le graphique suivant présente le pourcentage et le nombre des patients avec un ISS ≥ 12 transférés, en moins de 6 heures, de l'installation X vers une installation de plus haut niveau comparativement aux installations de même niveau.



Statistique 10a – Distribution des délais de transfert des patients avec un ISS ≥ 12 à partir de l'installation X

Le tableau suivant présente les délais de transfert moyens et médians des patients gravement blessés (ISS ≥ 12) à partir de l'installation X vers une installation de plus haut niveau de soins.

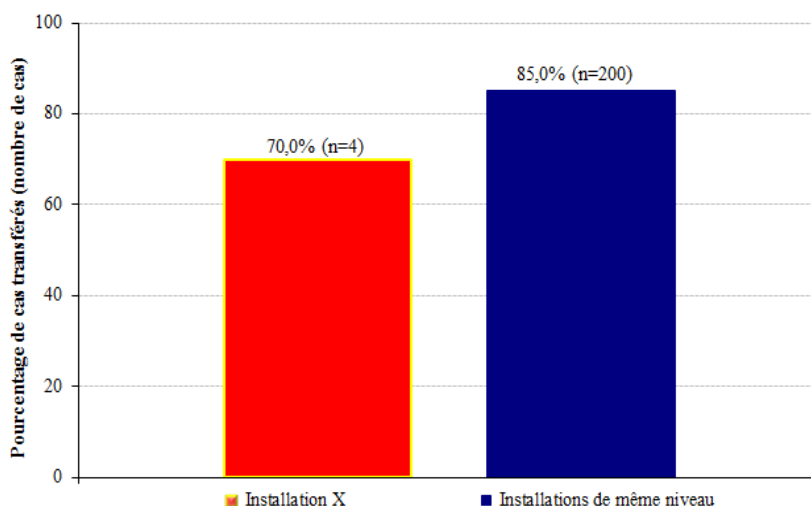
Les délais sont calculés à partir des dates et heures d'arrivée dans la première installation et des dates et heures d'arrivée dans l'installation définitive. Puisque les données concernent le délai, les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul sont exclus.

Délais de transfert (en heures)	2012-2013 n = 10	2013-2014 n = 10	2014-2015 n = 10	Total* n = 30
Moyenne (IC 95 %)	7,1 (3,0-16,0)	3,0 (1,0-6,4)	2,0	4,5 (2,5-7,5)
Médiane (Q1-Q3)	6,8 (3,4-11,2)	3,2 (2,0-4,9)	2,0	3,5 (2,5-6,5)

* Au total, 35 patients avec un ISS ≥ 12 ont été transférés de l'installation X. Les délais de transfert n'étaient pas indiqués pour 5 d'entre eux.

STATISTIQUE 11 – Pourcentage de patients avec un diagnostic de TCC transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau

La figure suivante présente le pourcentage et le nombre de patients avec diagnostic de traumatisme craniocérébral (TCC) transférés, en moins de 6 heures, de l'installation X vers une installation de neurotraumatologie (secondaire régionale ou tertiaire) comparativement aux installations de même niveau.



Statistique 11a – Distribution des délais de transfert des cas de TCC à partir de l'installation X

Le tableau suivant présente les délais de transfert moyens et médians des patients avec diagnostic de TCC à partir de l'installation X vers les installations désignées en neurotraumatologie.

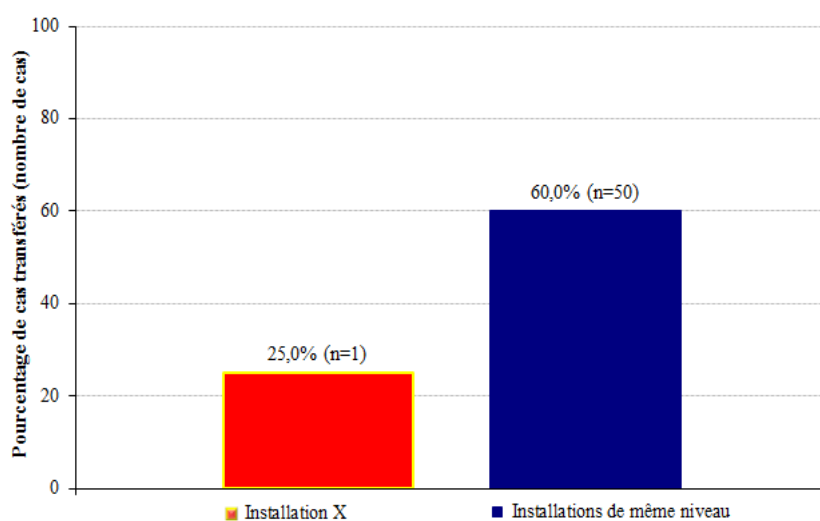
Les délais sont calculés à partir des dates et heures d'arrivée dans la première installation et des dates et heures d'arrivée dans l'installation définitive. Puisque les données concernent le délai, les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul sont exclus.

Délais de transfert (en heures)	2012-2013 n = 0	2013-2014 n = 3	2014-2015 n = 1	Total* n=4
Moyenne (IC 95 %)	----	2,7 (1,6-5,8)	6,8	3,7 (0,1-7,3)
Médiane (Q1-Q3)	----	2,3 (1,6-4,1)	6,8	3,2 (2,0-5,4)

* Au total, 8 patients avec diagnostic de TCC ont été transférés de l'installation X. Les délais de transfert n'étaient pas indiqués pour 4 d'entre eux.

STATISTIQUE 12 – Pourcentage de patients avec un diagnostic de BM transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau

La figure suivante présente le pourcentage et le nombre de patients avec diagnostic de blessure médullaire (BM) transférés, en moins de 6 heures, de l'installation X vers un centre d'expertise pour blessés médullaires (Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec – Université Laval ou Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal) comparativement aux installations de même niveau.



Statistique 12a – Distribution des délais de transfert des BM à partir de l'installation X

Le tableau suivant présente les délais de transferts moyens et médians des patients avec diagnostic de BM à partir de l'installation X vers un centre d'expertise pour blessés médullaires.

Les délais de transfert sont calculés de la même façon que pour les statistiques 10a et 11a.

Délais de transfert (en heures)	2012-2013 n = 0	2013-2014 n = 0	2014-2015 n = 1	Total* n=1
Moyenne (IC 95 %)	----	----	4,0	4,0
Médiane (Q1-Q3)	----	----	4,0	4,0

* Au total, 4 patients avec diagnostic de BM ont été transférés de l'installation X. Les délais de transfert n'étaient pas indiqués pour 3 d'entre eux.

2 INDICATEURS DE PROCESSUS

Le bilan de qualité et de performance que reçoit chaque installation contient un maximum de treize (13) indicateurs de processus. Selon le niveau de désignation et les trajectoires de services établies, certains indicateurs ne s'appliquent pas à certaines catégories d'installations (ex. : on n'attend pas d'un centre tertiaire qu'il transfère les victimes de TCC modérés-graves vers une autre installation). Comme mentionné précédemment, les IP ne peuvent pas être produits par l'installation ou comparés directement avec leurs données brutes étant donné les ajustements statistiques effectués dans le bilan produit par l'INESSS. Une installation peut toutefois extraire et analyser de façon plus approfondie le dossier des patients correspondant à une situation donnée en utilisant les rapports QUÉRY disponibles dans le SIRTQ ou en se servant des codes CIM-10-CA, des codes CCI et des codes AIS spécifiés pour chaque indicateur mentionné ci-dessous.

Mode de présentation graphique des IP

Le résultat de chaque indicateur de processus est présenté dans un graphique sur lequel apparaissent sur l'axe de l'ordonnée (Y) le pourcentage (%) de conformité à l'indicateur et, sur l'axe de l'abscisse (X), les différentes installations regroupées selon le niveau de désignation. Ce pourcentage est calculé en fonction du rapport entre deux nombres : a/n multiplié par 100. Le « n » est le dénominateur et désigne le nombre de patients éligibles à un IP donné. Le « a » est le numérateur et désigne le nombre de patients pour lesquels l'IP est respecté parmi tous les cas éligibles à l'IP.

Le résultat de chaque installation est représenté par un symbole distinct sur l'axe de l'abscisse (X) et par regroupement de désignation – centres tertiaires à l'extrême gauche et centres primaires à l'extrême droite. Pour chaque indicateur, les installations sont classées sur le graphique selon leur rang pour l'indicateur en question. L'ordre des installations varie donc d'un graphique à l'autre. Le résultat propre à une installation est encerclé. L'appréciation d'un résultat est faite en fonction de sa position par rapport au pourcentage de conformité moyen pour l'ensemble des installations du réseau, représenté par la ligne horizontale sur le graphique.

Exemple d'interprétation d'un IP

Prenons l'exemple de l'IP n° 3 (résultats fictifs) : « Délai de réduction d'une luxation inférieur ou égal à 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence » (graphique à la page suivante). Le pourcentage de conformité moyen pour l'IP n° 3 est de 16,8 % (ligne noire horizontale). Ce chiffre indique que, pour l'ensemble du réseau de traumatologie, 16,8 % des patients victimes de la luxation d'une grosse articulation (poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche) ont eu une réduction de cette luxation en 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence. Chaque

installation distincte est représentée sur le graphique par une barre verticale indiquant le pourcentage de conformité ainsi que son intervalle de confiance (IC) à 95 %.

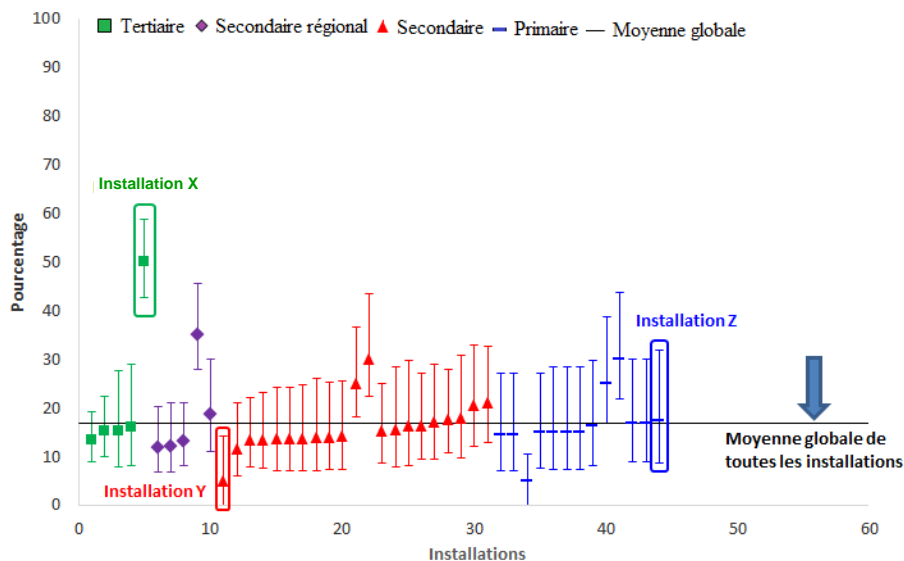
Sur ce même graphique, l'installation X (graphique ci-dessous) a un pourcentage de conformité à l'IP de 50 % avec un IC à 95 % qui varie entre 42 % et 59 %. Cet IC nous indique à quel point notre estimation du pourcentage est précise et si ce pourcentage est statistiquement différent de la moyenne globale. Dans cet exemple, il y a des installations qui réussissent mieux que la moyenne des centres : ce sont les installations pour lesquelles la limite inférieure de l'IC se situe au-dessus de la moyenne. Il y en a d'autres qui réussissent moins bien : ce sont les installations pour lesquelles la limite supérieure de l'IC se situe en dessous de la moyenne. Les installations qui ont des pourcentages avec un IC qui inclut la moyenne ont un pourcentage de conformité à l'IP qui n'est pas différent de la moyenne.

Ainsi, l'installation X réussit mieux que la moyenne des installations avec un résultat à l'IP de 50 %, ce qui signifie que 50 % des patients victimes de la luxation d'une grosse articulation (poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche) ont une réduction de cette luxation en 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence. C'est là un pourcentage nettement meilleur que la moyenne de 16,8 %.

Pour l'installation Y, c'est le contraire, elle réussit moins bien que la moyenne des installations avec un résultat de seulement 5 %. Ainsi, seulement 5 % des patients victimes de la luxation d'une grosse articulation ont une réduction de cette luxation en 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

L'installation Z, quant à elle, n'est pas différente de la moyenne.

Exemple – IP n° 3 (résultats fictifs) : Délai de réduction de la luxation d'une grosse articulation inférieur ou égal à 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence



IP n° 1 : Transfert des cas de TCC modérés/graves ($GCS \leq 12$) ou des patients avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée vers un centre de neurotraumatologie

Définition

Parmi l'ensemble des patients initialement reçus ou admis dans un centre primaire ou secondaire avec un TCC modéré/grave ou avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée, le pourcentage de ceux qui ont été transférés vers un centre de neurotraumatologie (secondaire régional ou tertiaire).

Dénominateur (patients éligibles)

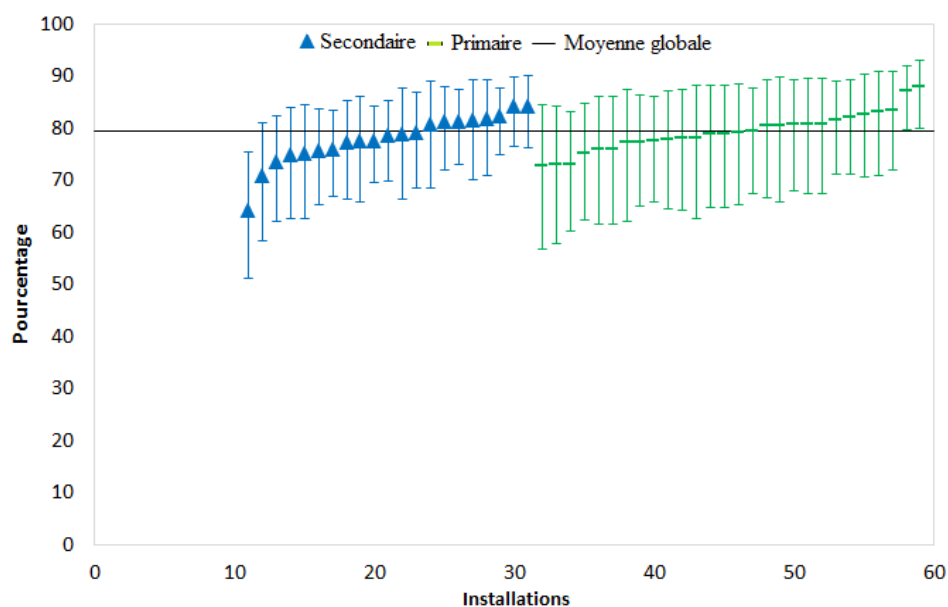
Tous les patients avec un TCC modéré/grave ou avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée initialement reçus dans un centre primaire ou secondaire.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux transférés vers un centre de neurotraumatologie.

Conditions :

- Installations de niveau primaire et secondaire;
- Patients avec TCC modéré/grave ($GCS \text{ initial} \leq 12$);
- Patients avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée (déterminés par les codes AIS).



Identification des cas de TCC

Les codes AIS qui ont servi à l'identification des cas de TCC sont les suivants :

- Codes AIS TCC avant le 1^{er} avril 2013 : tous ceux débutant par 1 à l'exception de ceux débutant par 110 ou 160, soit :
AIS = (115999.9, 115099.9, 113000.6, 116002.3, 116004.5), 120202.5 <=AIS<= 122899.3, 130202.2<=AIS<= 132699.2, 140202.5<=AIS<= 140799.3, 150200.3 <=AIS<= 150408.4.
- Codes AIS TCC à partir du 1^{er} avril 2013 : mêmes que ceux d'avant 2013.

Identification d'un cas de TCC modéré ou grave

Les patients avec un traumatisme craniocérébral « modéré/grave » sont ceux qui ont à l'urgence un GCS (*Glasgow Coma Scale*) inférieur à 13. Si le GCS de l'installation d'origine n'est pas disponible, le premier GCS noté à l'urgence de l'installation receveuse est alors utilisé. Si celui-ci n'est pas disponible ou si le patient a été admis directement (dans ce cas, aucune information n'est disponible à la section « urgence »), le GCS à l'admission de l'installation receveuse est utilisé. Les patients qui ont été intubés et dont le GCS n'est pas disponible sont exclus.

Identification d'une fracture du crâne ouverte ou enfoncée

Les codes AIS qui servent à décrire une fracture du crâne avec enfoncement ou une fracture ouverte du crâne sont ceux qui désignent une fracture de la voûte ce qui signifie le frontal, l'occipital, le pariétal, le sphénoïde ou le temporal. Il peut s'agir d'une fracture comminutive (ouverte) ou complexe (ouverte) ou encore d'un enfoncement important. Les codes suivants ont été retenus :

- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 : 150204.3, 150206.4, 150404.3, 150406.4, 150408.4.
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : mêmes que ceux d'avant 2013.

IP n° 2 : Transfert des blessés médullaires vers un centre d'expertise

Définition

Parmi l'ensemble des patients présentant un traumatisme médullaire, initialement reçus ou admis dans une installation autre qu'un centre d'expertise, le pourcentage de ceux qui ont été transférés vers l'un des centres d'expertise désignés pour la clientèle des BM.

Dénominateur (patients éligibles)

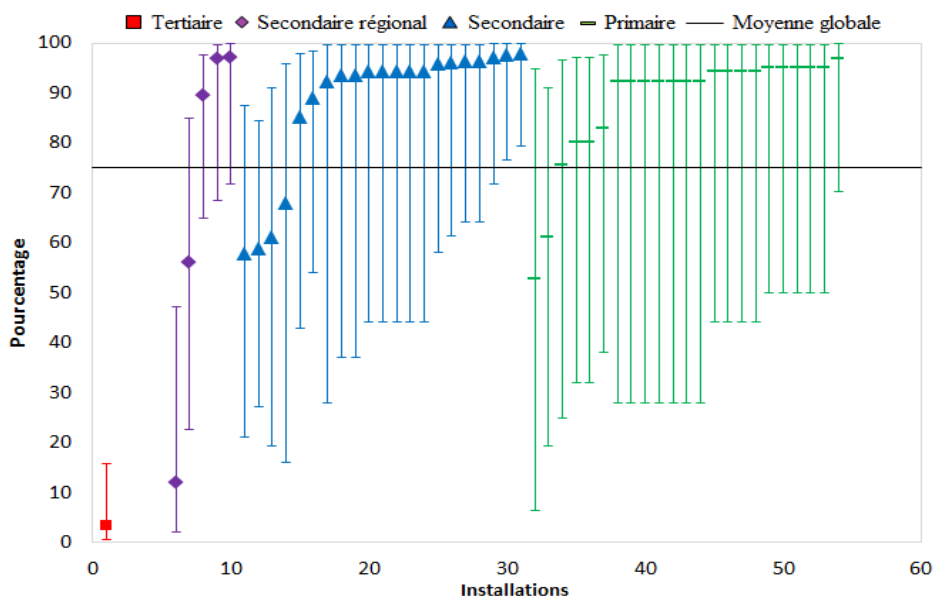
Tous les patients avec un traumatisme médullaire, initialement reçus ou admis dans une installation autre qu'un centre d'expertise et qui quittent cet établissement pour une admission post-hospitalière en réadaptation (pour ne cibler que les cas de blessés médullaires significatifs).

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux transférés vers un centre d'expertise désigné pour la clientèle des BM.

Conditions :

- Âge ≥ 16 ans ;
- Installations désignées en traumatologie autres que les centres d'expertise suivants : Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec – Université Laval et Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal du CIUSSS du Nord-de-l'Île de Montréal;
- Blessés médullaires avec admission post-hospitalière en réadaptation (pour ne cibler que les cas avec blessures médullaires significatifs).



Création de la variable blessé médullaire

Le cadre normatif du SIRTQ définit comme blessé médullaire toute personne qui a subi une lésion ou un traumatisme à la moelle épinière. La lésion traumatique de la moelle épinière est secondaire à un traumatisme du rachis (fracture, luxation, etc.) responsable d'une agression mécanique de la moelle (commotion, contusion, hémorragie, section, etc.).

Nous retenons donc tous les patients avec au moins un des codes AIS suivants :

- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 : tous les codes AIS faisant partie de l'intervalle 640200.3-640276.6, de l'intervalle 640400.3-640468.5, de l'intervalle 640600.3-640668.5 ou de l'intervalle 630600.3-630638.4 (les codes 630612.2 et 630614.3 sont exclus).
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : mêmes que ceux d'avant 2013.

Calcul de l'âge

L'âge représente la différence entre la date de naissance et la date de l'événement. Les patients dont l'âge est < 16 ont été exclus.

Destination au moment du congé

Finalement, nous ne considérons que les patients avec un diagnostic de blessure médullaire qui sont vivants au moment du congé de l'hôpital et dont la destination est une installation de réadaptation. Ce dernier élément est nécessaire pour éliminer les atteintes transitoires de la moelle épinière pour lesquelles le transfert vers un centre d'expertise n'est pas nécessaire.

IP n° 3 : Délai de réduction de la luxation d'une grosse articulation inférieur ou égal à 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients avec luxation d'une grosse articulation (poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche), le pourcentage de ceux dont le délai de réduction est de 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

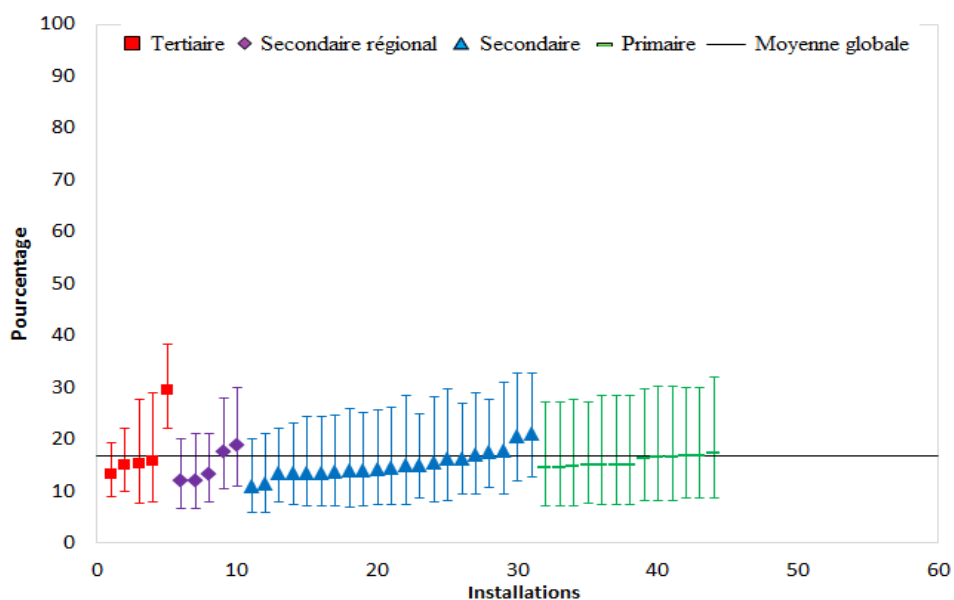
Tous les patients avec luxation d'une grosse articulation (poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche) qui ont eu une réduction de cette luxation.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux dont le délai de réduction de cette luxation est de 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie;
- Luxation d'une grosse articulation (poignet, coude, épaule, cheville, genou ou hanche).



Identification des luxations d'une grosse articulation

Les luxations sont définies à partir des codes AIS saisis dans le SIRTQ, sous la rubrique « Description de la blessure ».

Les codes AIS suivants servent à repérer les patients avec une luxation d'une grosse articulation :

- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 :
 - membres supérieurs : 750630.1, 751030.2, 751430.2;
 - membres inférieurs : 850210.2, 850214.2, 850218.2, 850610.2, 850614.2, 850618.2, 850806.2, 850810.2, 850814.2.
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 :
 - membres supérieurs : 772430.1, 772431.1, 772230.1, 772231.1, 772330.2, 772331.2, 772030.1, 772031.1, 772032.1, 772033.2, 771030.2, 771031.2;
 - membres inférieurs : 873030.2, 873031.2, 873032.2, 873033.2, 873034.2, 873035.2, 874030.2, 874031.2, 874032.2, 874033.2, 874034.2, 874035.2, 877130.2, 877131.2, 877132.2, 877133.2, 877134.2, 877135.2.

Identification des réductions d'une luxation

Les codes de traitement de la Classification canadienne des interventions en santé (CCI) qui désignent la réduction d'une luxation sont les suivants : 1TA73JA, 1TA73LA, 1TM73JA, 1TM73LA, 1UB73JA, 1UB73LA, 1VA73JA, 1VA73LA, 1VG73DA, 1VG73JA, 1VG73LA, 1WA73JA, 1WA73LA.

Que ce soit à l'urgence ou en cours d'hospitalisation, si la réduction d'une luxation a été pratiquée, les dates et heures sont extraites.

Calcul du délai de traitement

Le délai de traitement pour la réduction d'une luxation correspond à la différence entre la date/heure où la réduction est pratiquée et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 4 : Protection des voies respiratoires à l'urgence des patients avec GCS < 9

Définition

Parmi l'ensemble des patients dont le GCS est inférieur à 9 à l'arrivée, le pourcentage de ceux dont les voies respiratoires ont été protégées par intubation endotrachéale à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

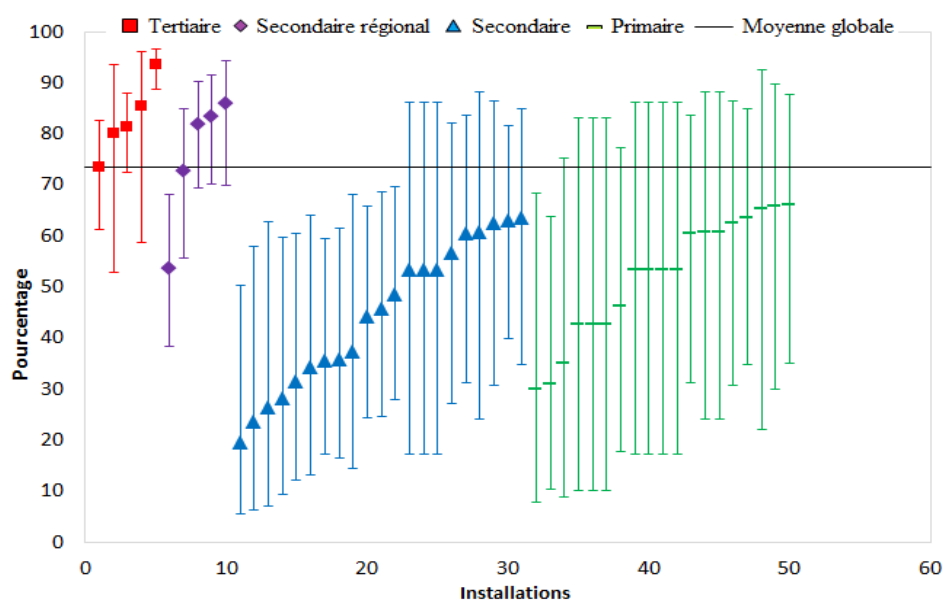
Tous les patients dont le GCS est inférieur à 9 à l'arrivée à l'urgence.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux dont les voies respiratoires ont été protégées par intubation endotrachéale.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie;
- Patients avec GCS < 9 à l'arrivée à l'urgence.



Exclusions

Les patients dont le GCS est manquant sont exclus.

Sont également exclus les patients qui sont déjà intubés à l'arrivée à l'urgence, c.-à-d. pour lesquels la variable « Fréquence respiratoire (F.R.) < 10 ou ventilé mécaniquement » est cochée.

IP n° 5 : Délai de stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes hémorragiques inférieur ou égal à 12 heures suivant l'arrivée à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients avec fracture pelvienne hémorragique, le pourcentage de ceux qui ont été stabilisés par fixation externe ou embolisation 12 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence dans une installation de niveau secondaire, secondaire régional ou tertiaire.

Dénominateur (patients éligibles)

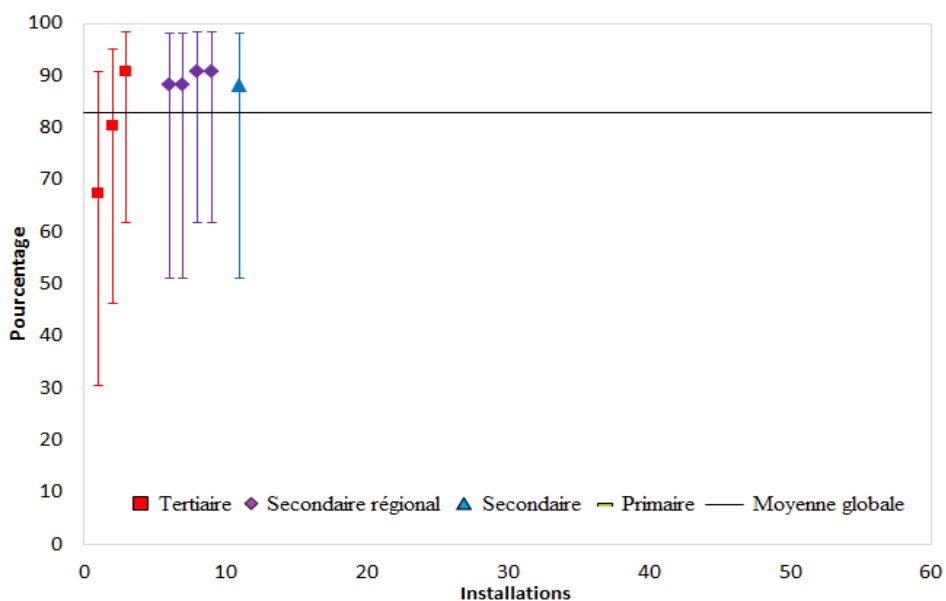
Tous les patients avec fracture pelvienne hémorragique qui ont été stabilisés par fixation externe ou embolisation dans une installation de niveau secondaire, secondaire régional ou tertiaire.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux qui ont été stabilisés par fixation externe ou embolisation 12 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Installations de niveau secondaire, secondaire régional et tertiaire ;
- Fractures pelviennes ;
- Tension artérielle systolique (TAS) ≤ 90 .



Cet IP concerne les installations de niveau secondaire, secondaire régional et tertiaire. En effet, les installations de niveau primaire et certaines installations de niveau secondaire n'ont généralement pas les moyens techniques pour pratiquer des embolisations. Par contre, les installations de niveau secondaire peuvent procéder à une stabilisation externe. Il est entendu que ces installations doivent alors transférer les patients vers un centre de plus haut niveau de soins.

Identification des fractures pelviennes

Les fractures pelviennes sont désignées par les codes AIS suivants :

- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 : 852606.4, 852608.4, 852610.5, 852604.3.
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : 856161.3, 856162.4, 856163.4, 856164.5, 856171.4, 856172.4, 856173.5, 856174.5, 856202.3, 856252.3, 856262.3, 856272.3.

Identification des patients avec une TAS ≤ 90 mm Hg

Les patients éligibles doivent présenter une TAS à l'arrivée à l'urgence ≤ 90 mm Hg.

Codes de traitement de la stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes

Selon la classification canadienne des interventions (CCI) en santé, les codes de traitement qui indiquent une stabilisation pelvienne incluent toutes les interventions thérapeutiques sur le bassin, notamment la fixation externe et l'embolisation.

Les codes CCI utilisés sont les suivants : 1KT51DA, 1KT51GQ, 1KT51GQC2, 1KT51GQGE, 1KT51GQGF, 1KT51GQW3, 1KT51DAFF, 1KT51LAFF, 1KT51LA, 1KT51LAW3, 1SQ03HAKC.

Calcul du délai de traitement

Que ce soit à l'urgence ou à l'admission, le délai de traitement pour une stabilisation/embolisation pelvienne correspond à la différence entre la date/heure où la stabilisation de la fracture pelvienne est pratiquée et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 6 : Délai de chirurgie pour les fractures ouvertes des os longs inférieur ou égal à 6 heures suivant l'arrivée à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients ayant eu un traitement chirurgical pour une fracture ouverte des os longs (tibia, péroné, fémur, humérus, radius ou cubitus), le pourcentage de ceux pour lesquels le délai opératoire est de 6 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

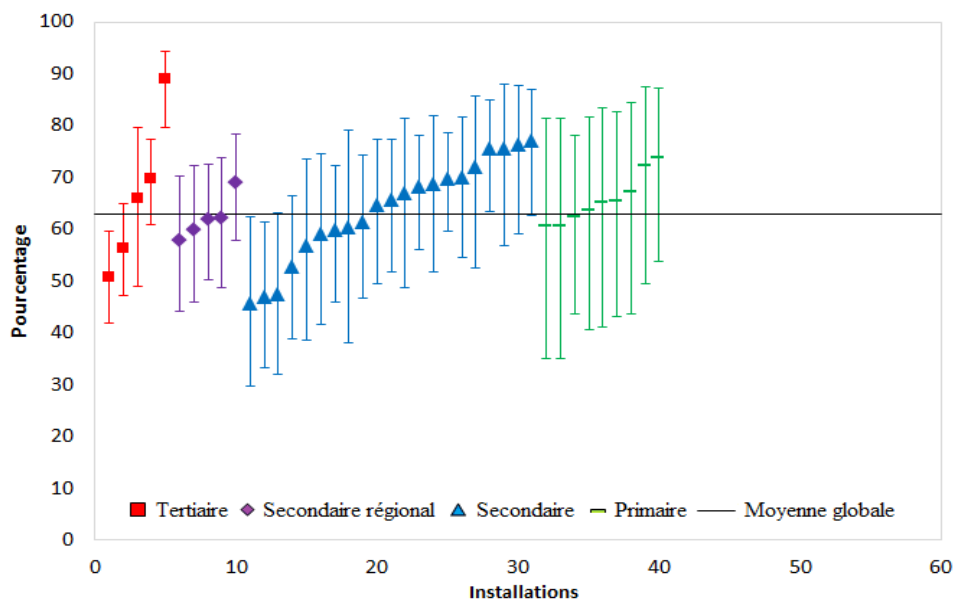
Tous les patients avec une fracture ouverte des os longs (tibia, péroné, fémur, humérus, radius ou cubitus) qui ont subi un traitement chirurgical.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux dont le délai chirurgical est de 6 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie;
- Fractures ouvertes des os longs : tibia, péroné, fémur, humérus, radius ou cubitus.



Identification des fractures ouvertes des os longs

Les codes CIM-10-CA employés pour déterminer les fractures des os longs sont les suivants :

- S42201, S42211, S42221, S42281, S42291, S42301, S42391, S42401, S42411, S42421, S42431, S42481, S42491, S42701, S42801, S52001, S52011, S52021, S52081, S52091, S52101, S52111, S52121, S52181, S52191, S52201, S52301, S52401, S52501, S52581, S52591, S52601, S52701, S52801, S52901, S72001, S72011, S72081, S72091, S72101, S72191, S72201, S72301, S72401, S72411, S72421, S72491, S72701, S72801, S72901, S82101, S82201, S82301, S82401, S82501, S82601, S82701, S82801, S82811, S82821, S82891, S82901.

Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 :

- 751112.2, 751152.2, 751162.3, 751172.3, 751101.2, 751222.2, 751252.2, 751262.3, 751272.3, 751332.2, 751352.2, 751362.3, 752114.2, 751372.3, 752112.2, 752152.2, 752154.2, 752162.3, 752164.3, 752172.3, 752174.3, 752212.2, 752214.2, 752252.2, 752254.2, 752262.3, 752264.3, 752272.3, 752274.3, 752312.2, 752314.2, 752352.3, 752354.2, 752362.3, 752364.3, 752372.3, 752374.3, 752801.2, 753201.2, 853001.3, 853112.3, 853152.3, 853162.3, 853172.3, 853222.3, 853252.3, 853262.3, 853272.3, 853332.3, 853352.3, 853362.3, 853372.3, 854001.3, 854112.3, 854152.3, 854162.3, 854172.3, 854222.3, 854252.3, 854262.3, 854272.3, 854332.3, 854352.3, 854362.3, 854372.3, 854442.2, 854454.2, 854456.3, 854462.2, 854464.3, 854466.3, 854472.2.

Codes de traitement des fractures ouvertes des os longs

Les codes CCI utilisés pour désigner des traitements de fractures ouvertes des os longs sont les suivants :

- 1TK73JA, 1TK73LA, 1TK74HAKD, 1TK74HALQ, 1TK74HANV, 1TK74HANW, 1TK74LA, 1TK74LAKD, 1TK74LAKDA, 1TK74LAKDK, 1TK74LAKDN, 1TK74LAKDQ, 1TK74LALQ, 1TK74LALQA, 1TK74LALQK, 1TK74LALQN, 1TK74LALQQ, 1TK74LANV, 1TK74LANVA, 1TK74LANVK, 1TK74LANVN, 1TK74LANVQ, 1TK74LANW, 1TK74LANWA, 1TK74LANWK, 1TK74LANWN, 1TK74LANWQ, 1TM73JA, 1TM73LA, 1TM74DAKD, 1TM74DAKDA, 1TM74DAKDK, 1TM74DAKDN, 1TM74DAKDQ, 1TM74DANV, 1TM74DANVA, 1TM74DANVK, 1TM74DANVN, 1TM74DANVQ, 1TM74DANW, 1TM74DANWA, 1TM74DANWK, 1TM74DANWN, 1TM74DANWQ, 1TM74HAKD, 1TM74HALQ, 1TM74HANV, 1TM74HANW, 1TM74LAKD, 1TM74LAKDA, 1TM74LAKDK, 1TM74LAKDN, 1TM74LAKDQ, 1TM74LALQ, 1TM74LALQA, 1TM74LALQK, 1TM74LALQN, 1TM74LALQQ, 1TM74LANV, 1TM74LANVA, 1TM74LANVK, 1TM74LANVN, 1TM74LANVQ, 1TM74LANW, 1TM74LANWA, 1TM74LANWK, 1TM74LANWN, 1TM74LANWQ, 1TV73JA, 1TV73LA, 1TV74HAKD, 1TV74HALQ, 1TV74HANV, 1TV74HANW, 1TV74LA, 1TV74LAKD, 1TV74LAKDA, 1TV74LAKDK, 1TV74LAKDN, 1TV74LAKDQ, 1TV74LALQ, 1TV74LALQA, 1TV74LALQK,

1TV74LALQN, 1TV74LALQQ, 1TV74LANV, 1TV74LANVA, 1TV74LANVK, 1TV74LANVN,
1TV74LANVQ, 1TV74LANW, 1TV74LANWA, 1TV74LANWK, 1TV74LANWN, 1TV74LANWQ,
1VC73JA, 1VC73LA, 1VC74HALQ, 1VC74HANV, 1VC74HANW, 1VC74LA, 1VC74LAKD,
1VC74LAKDA, 1VC74LAKDK, 1VC74LAKDN, 1VC74LAKDQ, 1VC74LALQ, 1VC74LALQA,
1VC74LALQK, 1VC74LALQN, 1VC74LALQQ, 1VC74LANV, 1VC74LANVA, 1VC74LANVK,
1VC74LANVN, 1VC74LANVQ, 1VC74LANW, 1VC74LANWA, 1VC74LANWK, 1VC74LANWN,
1VC74LANWQ, 1VQ73LA, 1VQ74HALQ, 1VQ74HANV, 1VQ74HANW, 1VQ74LA,
1VQ74LAKD, 1VQ74LAKDA, 1VQ74LAKDK, 1VQ74LAKDN, 1VQ74LAKDQ, 1VQ74LALQ,
1VQ74LALQA, 1VQ74LALQK, 1VQ74LALQN, 1VQ74LALQQ, 1VQ74LANV, 1VQ74LANVA,
1VQ74LANVK, 1VQ74LANVN, 1VQ74LANVQ, 1VQ74LANW, 1VQ74LANWA, 1VQ74LANWK,
1VQ74LANWN, 1VQ74LANWQ.

Calcul du délai de traitement

Le délai de traitement pour une fracture ouverte correspond à la différence entre la date/heure où le traitement chirurgical est réalisé et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 7 : Délai de chirurgie pour les fractures du fémur inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients avec une fracture de la diaphyse fémorale (fémur), le pourcentage de ceux qui ont été opérés 24 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

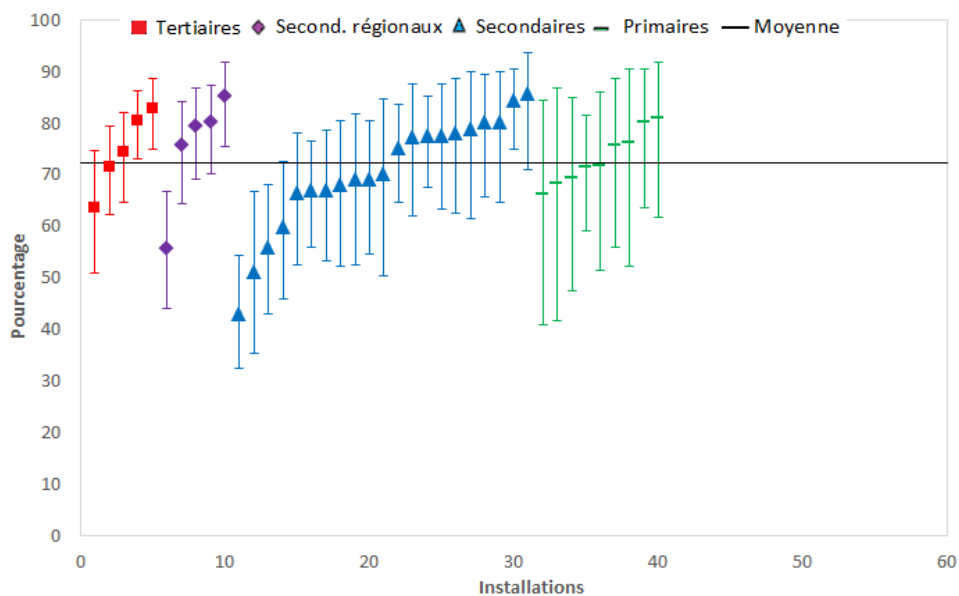
Tous les patients avec une fracture de la diaphyse fémorale opérés pour fixation du fémur dans une installation désignée en traumatologie.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux qui ont été opérés 24 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie;
- Fracture de la diaphyse fémorale.



Identification des fractures du fémur

- Les codes CIM-10-CA utilisés pour identifier les fractures du fémur sont les suivants : S72.300 et S72.301
- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 : 851814.3
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : 853221.3 à 853272.3

Codes de traitement des fractures de la diaphyse fémorale

Les codes CCI de traitement pour les fractures de la diaphyse fémorale sont les suivants :

- 1VC03HAKC, 1VC73JA, 1VC73LA, 1VC74HALQ, 1VC74HANV, 1VC74HANW, 1VC74LA, 1VC74LAKD, 1VC74LAKDA, 1VC74LAKDK, 1VC74LAKDN, 1VC74LAKDQ, 1VC74LALQ, 1VC74LALQA, 1VC74LALQK, 1VC74LALQN, 1VC74LALQQ, 1VC74LANV, 1VC74LANVA, 1VC74LANVK, 1VC74LANVN, 1VC74LANVQ, 1VC74LANW, 1VC74LANWA, 1VC74LANWK, 1VC74LANWN, 1VC74LANWQ.

Calcul du délai chirurgical

Le délai chirurgical pour une fracture du fémur correspond à la différence entre la date/heure de l'admission au bloc opératoire et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

Avec la nouvelle version de l'AIS en vigueur depuis 2013, plusieurs codes sont utilisés pour identifier la fracture de la diaphyse fémorale. Les fractures sous trochantériennes sont notamment comprises dans les codes énoncés ci-dessus. Il est important de ne garder que les cas avec fracture de la diaphyse fémorale pour le calcul du délai de traitement.

IP n° 8 : Délai d'orientation des patients inférieur ou égal à 60 minutes suivant leur arrivée à l'urgence d'un centre de neurotraumatologie

Définition

Parmi l'ensemble des patients reçus à l'urgence des centres de neurotraumatologie (secondaire régional ou tertiaire) avec un GCS ≤ 8 ou étant intubés, le pourcentage de ceux qui ont été admis aux soins intensifs ou au bloc opératoire 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

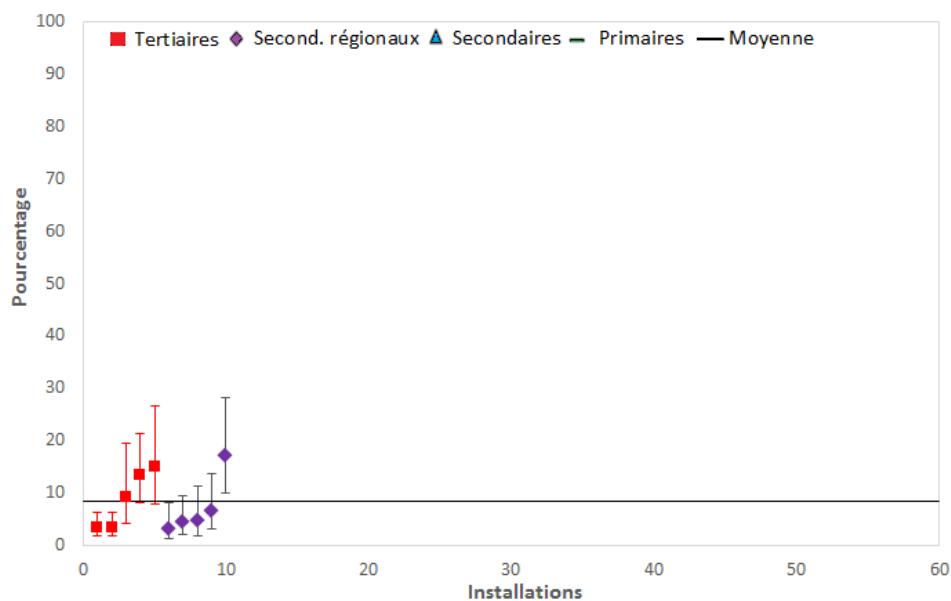
Tous les patients reçus à l'urgence des centres de neurotraumatologie avec un GCS ≤ 8 ou étant intubés.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux admis aux soins intensifs ou au bloc opératoire 60 minutes ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Installations secondaires régionales et tertiaires ;
- Patients avec un GCS ≤ 8 ou étant intubés.



Identification des patients avec un GCS entre 3 et 8 ou étant intubés

Les patients qui correspondent à au moins une des situations suivantes sont retenus :

- Les patients dont le GCS à l'urgence est entre 3 et 8 sont identifiés. Ceux avec un GCS manquant sont exclus.
- Les patients intubés à l'urgence sont définis par les éléments date et heure de l'intubation du sous-onglet « Examens et soins de l'urgence ». Par ailleurs, l'information sur les dates et heures de la ventilation mécanique est extraite du sous-onglet « Examens et soins de l'admission ».
- Les patients qui ont été intubés avant leur arrivée au centre de neurotraumatologie sont pour leur part définis par la variable « F.R. < 10 ou ventilé mécaniquement » du SIRTQ.

Calcul du délai d'orientation

Le délai d'orientation des patients vers le bloc opératoire ou les soins intensifs correspond à la différence entre la date/heure de leur arrivée aux soins intensifs ou au bloc opératoire et la date/heure de leur arrivée à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 9 : Décès ailleurs qu'à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients reçus dans les installations désignées en traumatologie et qui décèdent entre 1 à 48 heures suivant leur arrivée à l'urgence, le pourcentage de ceux dont le décès est survenu dans un département ou service autre que l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

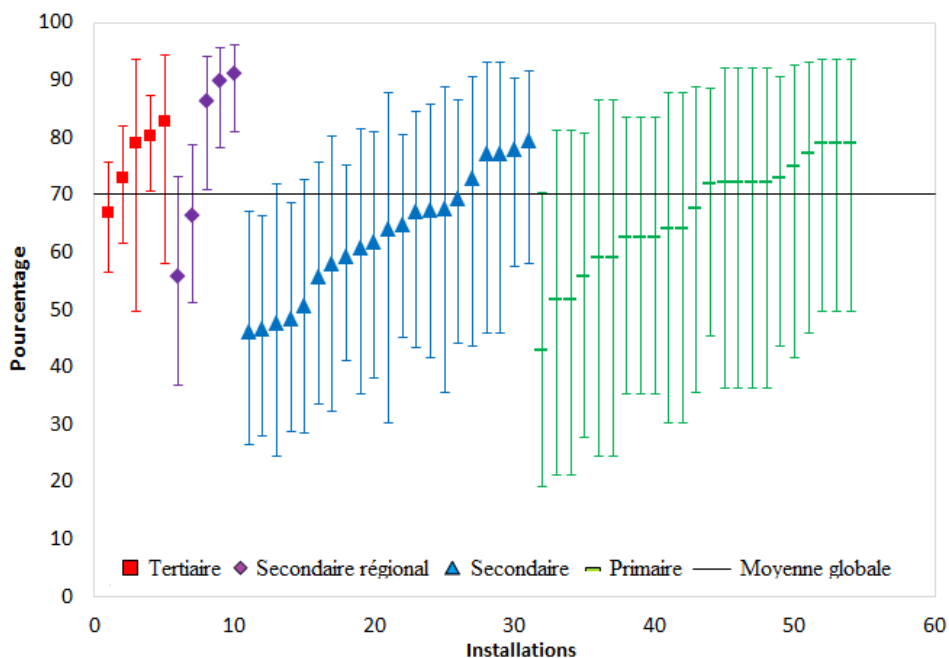
Tous les patients dont le décès est survenu entre 1 heure et 48 heures suivant leur arrivée à l'urgence d'une installation désignée en traumatologie.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux dont le décès survient dans un département ou service autre que l'urgence.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie;
- Patients avec signes vitaux présents à l'arrivée à l'urgence.



Identification des patients avec présence de signes vitaux à l'arrivée

Les patients avec signes vitaux à l'arrivée à l'urgence sont ceux qui rencontrent au moins un des critères suivants :

- le pouls>0
- TAS>0
- respiration>0
- GCS>3

Identification des décès à l'urgence

Les dates et heures de départ de l'urgence sont inscrites dans le SIRTQ. Les cas de décès à l'urgence sont codifiés à l'aide de la variable *type de destination à l'urgence* (c.-à-d. code = 30). Pour ces cas, l'heure de départ de l'urgence correspond à l'heure du décès telle qu'elle a été constatée par l'urgentologue.

Calcul du délai de décès

Le délai de décès correspond à la différence entre la date/heure où le décès a été constaté par le médecin traitant et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 10 : Séjour à l'urgence inférieur ou égal à 4 heures pour les patients avec un ISS ≥ 12

Définition

Parmi l'ensemble des patients avec un ISS ≥ 12 qui ont séjourné à l'urgence, le pourcentage de ceux qui ont été admis en 4 heures et moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

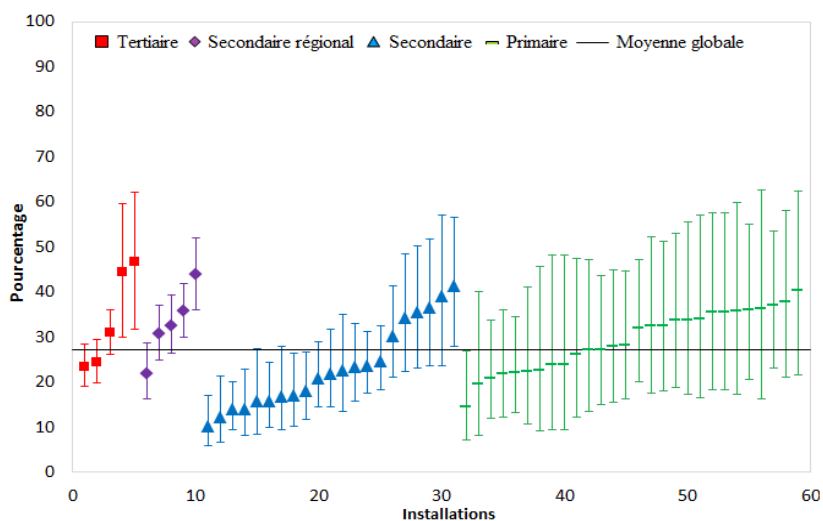
Tous les patients admis avec un ISS ≥ 12 qui ont séjourné à l'urgence.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux dont la durée de séjour à l'urgence est de 4 heures et moins.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie ;
- Patients avec un ISS ≥ 12 admis dans une installation désignée en traumatologie.



Identification des patients avec un ISS ≥ 12

Tous les patients avec un ISS ≥ 12 tel qu'indiqué dans le SIRTQ.

Calcul de la durée de séjour

La durée de séjour correspond à la différence entre la date/heure de l'admission et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 11 : Délai de chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence

Définition

Parmi l'ensemble des patients ayant subi une chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale, le pourcentage de ceux dont le délai de chirurgie est de 24 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Dénominateur (patients éligibles)

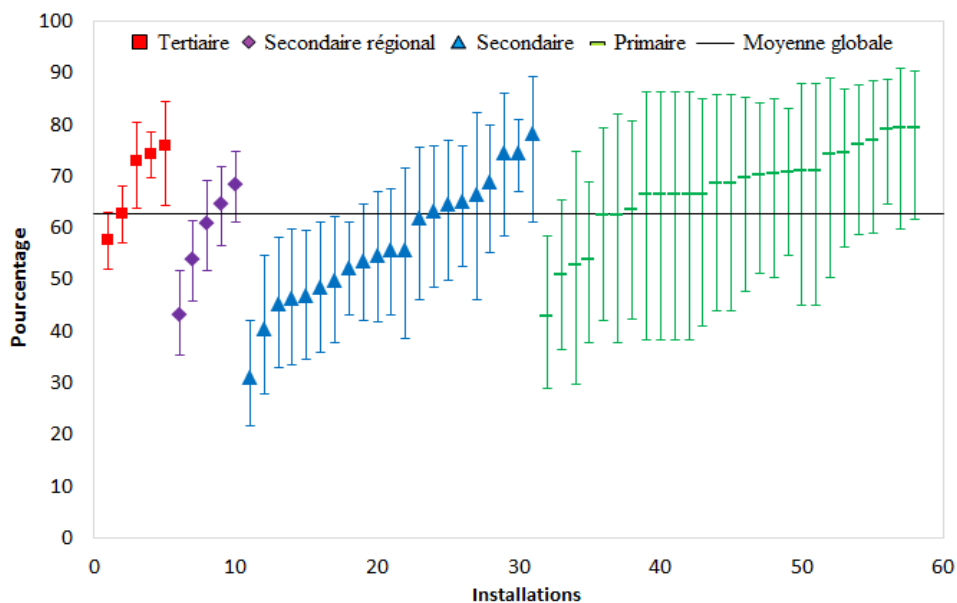
Tous les patients ayant subi une chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux qui ont subi une chirurgie dans les 24 heures ou moins suivant leur arrivée à l'urgence.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie ;
- Patients ayant subi une chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale.



Identification des patients avec blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale

Les blessures abdominales, thoraciques et craniocérébrales sont toutes des blessures dont le code AIS commence par 1, 4 ou 5.

Quant aux blessures vasculaires du visage, du cou et des membres inférieurs et supérieurs, elles sont représentées par les codes AIS suivants :

- Codes AIS avant le 1^{er} avril 2013 : 220200.1<=AIS<=220204.3, 320202.3<=AIS<=320299.3, 320402.2<=AIS<=320499.2, 320602.1<=AIS<=320699.1, 320802.2<=AIS<=320899.1, 321002.2<=AIS<=321099.2, 720202.2<=AIS<=720299.2, 720402.2<=AIS<=720499.2, 720602.2<=AIS<=720699.2, 720802.1<=AIS<=720899.1, 721002.1<=AIS<=721099.1, 721202.1<=AIS<=721099.1, 820202.3<=AIS<=820299.3, 820402.2<=AIS<=820499.2, 820602.2<=AIS<=820699.2, 820802.2<=AIS<=820899.2, 821002.1<=AIS<=821099.1, 821202.1<=AIS<=821299.1.
- Codes AIS à partir du 1^{er} avril 2013 : codes qui commencent par : 1, 4, 5 ou, 220099.9<=AIS<=220204.3, 320099.9<=AIS<=321099.2, 720099.9<=AIS<=721299.1, 820099.9<=AIS<=821299.1

Calcul du délai chirurgical

Le délai chirurgical correspond à la différence entre la date/heure de l'admission au bloc opératoire et la date/heure de l'arrivée du patient à l'urgence.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

Codes de traitement des blessures abdominales, thoraciques, vasculaires ou craniocérébrales

Les codes CCI de traitement des blessures abdominales, thoraciques, vasculaires ou craniocérébrales sont les suivants :

- 1AA, 1AB, 1AC, 1AE, 1AF, 1AG, 1AJ, 1AK, 1AN, 1AP, 1EA73, 1EA74, 1EA80, 1EA87, 1EA92, 1GA, 1GC, 1GD, 1GE, 1GH, 1GJ, 1GK, 1GM, 1GN, 1GR, 1GT, 1GV, 1GW, 1GX, 1GY, 1GZ, 1HA, 1HB, 1HD, 1HH, 1HJ, 1HM, 1HN, 1HP, 1HR, 1HS, 1HT, 1HU, 1HV, 1HW, 1HX, 1HY, 1HZ, 1IA, 1IB, 1IC, 1ID, 1IF, 1IJ, 1IK, 1IL, 1IM, 1IN, 1IS, 1JD, 1JE, 1JJ, 1JK, 1JL, 1JM, 1JQ, 1JT, 1JU, 1JW, 1JX, 1JY, 1KA, 1KE, 1KG, 1KQ, 1KR, 1KT, 1KV, 1KX, 1KY, 1KZ, 1NA, 1NE, 1NF, 1NK, 1NM, 1NP, 1NQ, 1NT, 1NV, 1OA, 1OB, 1OD, 1OE, 1OJ, 1OK, 1OT, 1OW, 1OZ, 1PB, 1PC, 1PE, 1PG, 1PM, 1PL, 1PQ, 1PV, 1PZ, 1RB, 1RD, 1RF, 1RM, 1RN, 2HZ70LA.

Les codes CCI suivants sont exclus :

- 1GT58VCXXK, 1HZ58LAXXK, 1NP58LAXXK, 1OA58LAXXK, 1OA58WLXXK, 1OK58LAXXK, 1OK58VCXXK, 1OK58WLXXK, 1OT58LAXXK, 1PC58LBXXK, 1PC58PFXXK, 1PC58QPXXK.

IP n° 12 : Absence de réintubation dans les 48 heures ou moins après l'extubation

Définition

Parmi l'ensemble des patients qui ont été intubés, le pourcentage de ceux qui n'ont pas été réintubés dans les 48 heures ou moins après l'extubation.

Dénominateur (patients éligibles)

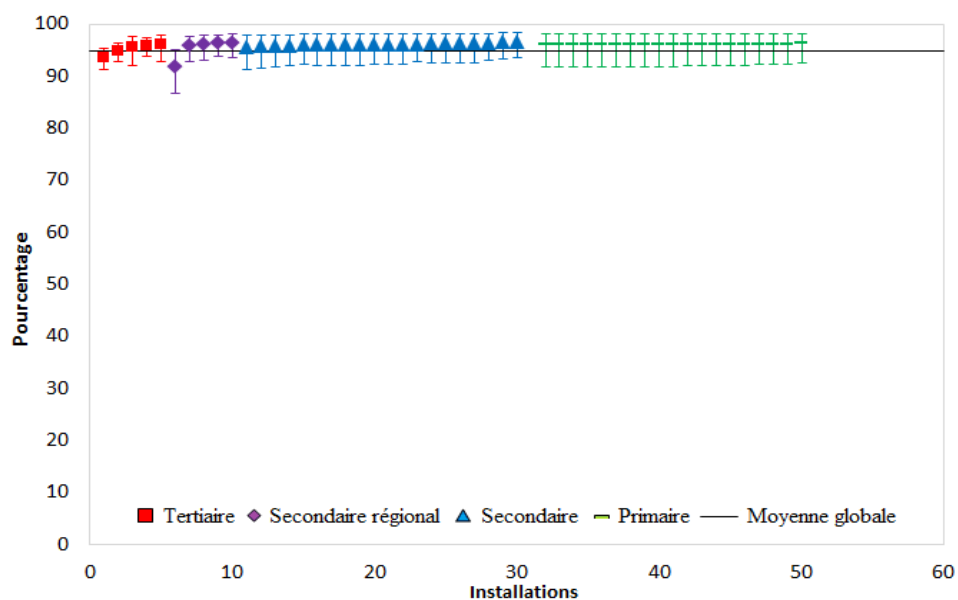
Tous les patients intubés.

Numérateur

Tous les patients intubés et qui n'ont pas été réintubés dans les 48 heures ou moins après l'extubation.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie ;
- Patients avec ventilation mécanique.



Identification des patients intubés

Tous les patients ayant une date/heure de ventilation mécanique inscrite au dossier, sont considérés comme ayant été intubés.

Identification des patients avec trachéotomie

Le code CCI de trachéotomie est 1GJ77LA.

Calcul du délai de réintubation

Le délai de réintubation correspond à la différence entre la date/heure où le patient est extubé et la date/heure où il a été réintubé.

Les patients pour lesquels il manque au moins un des éléments nécessaires au calcul du délai sont exclus.

IP n° 13 : Prophylaxie antibiotique des fractures ouvertes

Définition

Parmi l'ensemble des patients avec fractures ouvertes admis dans une installation désignée en traumatologie, le pourcentage de ceux qui ont reçu une prophylaxie antibiotique.

Dénominateur (patients éligibles)

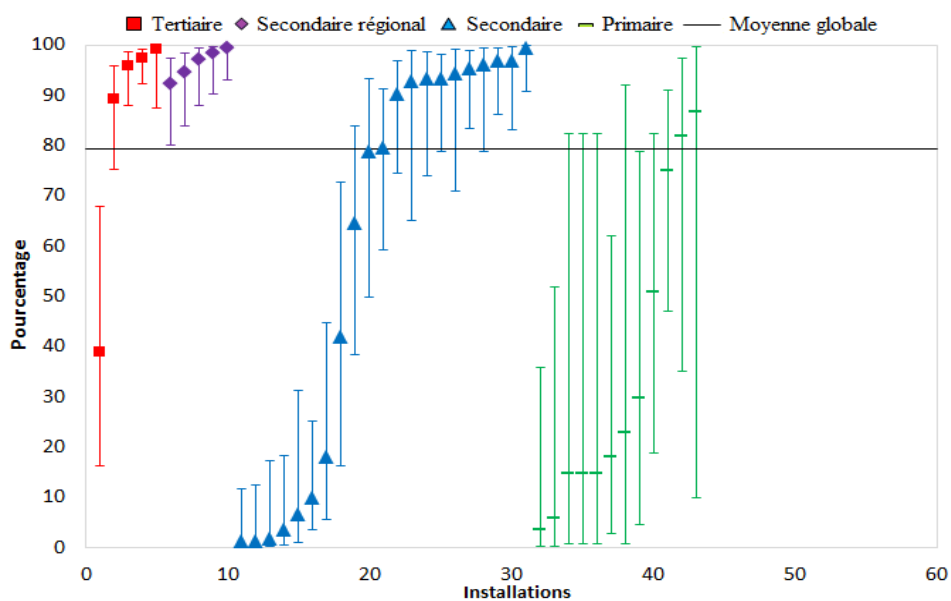
Tous les patients admis avec fractures ouvertes.

Numérateur

Parmi les patients éligibles, ceux qui ont reçu une prophylaxie antibiotique.

Conditions :

- Toutes les installations désignées en traumatologie ;
- Patients avec fractures ouvertes.



Identification des patients avec fractures ouvertes


Les codes CIM-10-CA utilisés sont les suivants :

- S42201, S42211, S42221, S42281, S42291, S42301, S42391, S42401, S42411, S42421, S42431, S42481, S42491, S42701, S42801, S52001, S52011, S52021, S52081, S52091, S52101, S52111, S52121, S52181, S52191, S52201, S52301, S52401, S52501, S52581, S52591, S52601, S52701, S52801, S52901, S72001, S72011, S72081, S72091, S72101, S72191, S72201, S72301, S72401, S72411, S72421, S72491, S72701, S72801, S72901, S82101, S82201, S82301, S82401, S82501, S82601, S82701, S82801, S82811, S82821, S82891, S82901.

Identification de la prophylaxie antibiotique

Que ce soit à l'urgence ou à l'admission, le code de traitement CCI désignant la prophylaxie antibiotique est 1.ZZ.35.HA-KO.

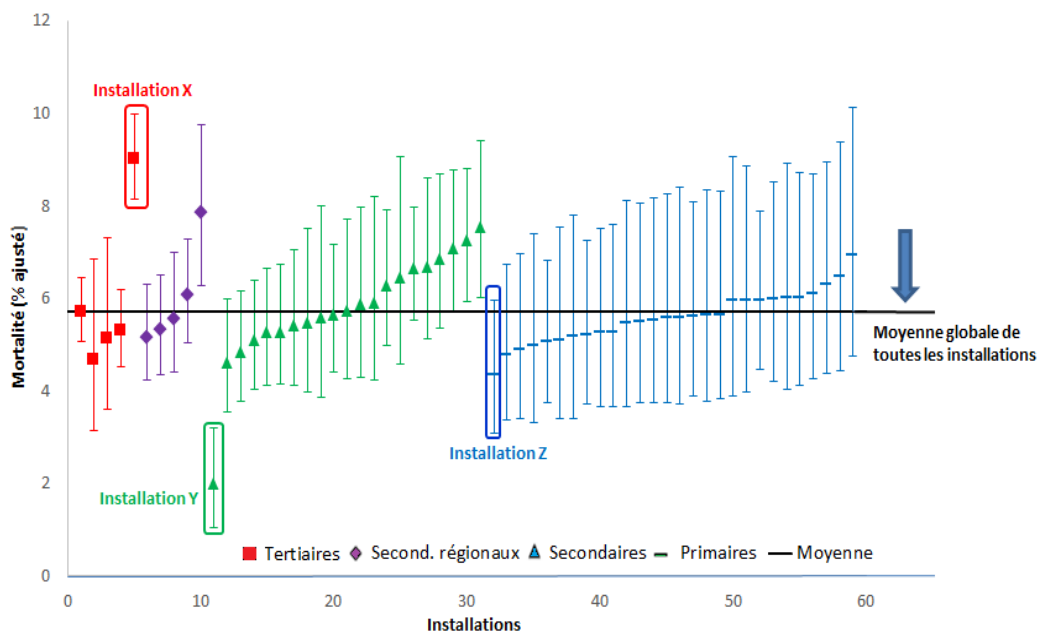
3 INDICATEURS DE RÉSULTATS

Les résultats relatifs à la santé qui sont mesurés pour les périodes 2012-2013 et plus sont : la mortalité, les complications majeures, les réadmissions non planifiées dans les 30 jours et la durée de séjour. Ces éléments varient en fonction de la gravité des blessures, des signes vitaux à l'arrivée à l'urgence, de l'âge du patient et des comorbidités. Des ajustements statistiques ont été effectués afin de tenir compte des différences de clientèle entre les installations. Pour obtenir l'information sur les comorbidités et les réadmissions non planifiées dans les 30 jours, les données du SIRTQ ont été jumelées à celles du fichier des hospitalisations (fichier MED-ECHO). Les indicateurs de mortalité, de complications majeures et de réadmissions non planifiées dans les 30 jours sont présentés sous forme de pourcentages (proportions d'incidence multipliées par 100) ajustés pour tenir compte du profil des différentes clientèles qui varie d'une installation à l'autre. La durée de séjour est, quant à elle, présentée en moyennes géométriques (jours). Les indicateurs de résultats (IR) sont présentés pour tous les patients d'une installation, de même que pour les patients âgés de 65 ans et plus et finalement, les patients avec un ISS ≥ 12 . 

Les résultats de chaque IR sont représentés graphiquement de manière semblable aux IP - voir la section 2 sur les indicateurs de processus pour plus de détails sur la façon d'interpréter les graphiques. Comme nous l'avons présenté dans l'exemple ci-dessous, à l'inverse des indicateurs de processus, les résultats d'une installation se situant significativement en dessous de la moyenne provinciale (c.-à-d. que la limite supérieure de l'intervalle de confiance [IC] n'intercepte pas la moyenne provinciale) attestent une performance supérieure à la moyenne provinciale (installation Y). Par opposition, un résultat se situant significativement au-dessus de la moyenne provinciale témoigne d'une performance inférieure à la moyenne provinciale sur cet indicateur (installation X).

Il est à noter que dans votre « bilan de qualité et de performance » les nombres indiqués entre parenthèses à côté du titre de chaque indicateur représentent le nombre d'événements pour chacun des indicateurs (ex. : patients décédés, patients avec au moins une complication majeure, patients réadmis dans les 30 jours suivant le congé) sur le nombre total de cas de traumatismes analysés, et ce, pour l'ensemble du réseau. Pour la durée de séjour, un seul chiffre est donné – il s'agit du nombre total de cas de traumatismes analysés.

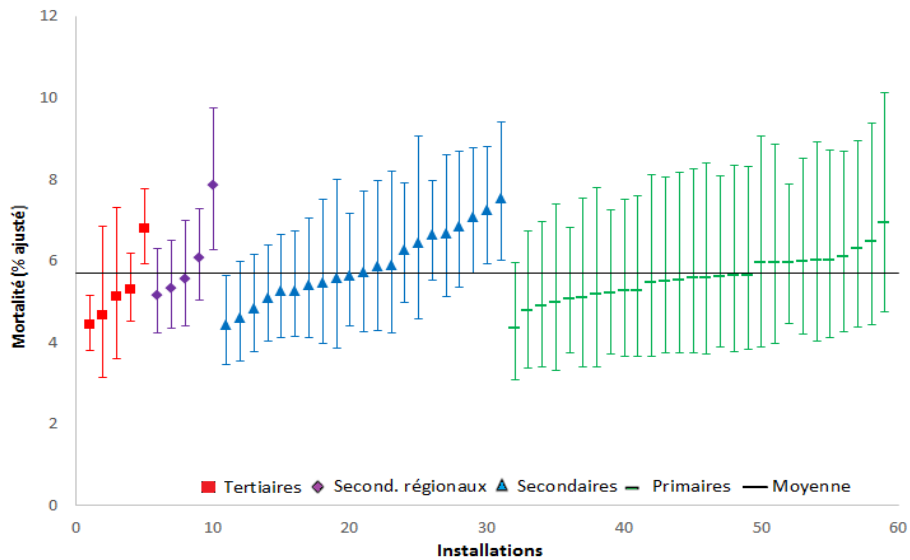
Exemple - IR n°1 (résultats fictifs) Mortalité chez l'ensemble des patients



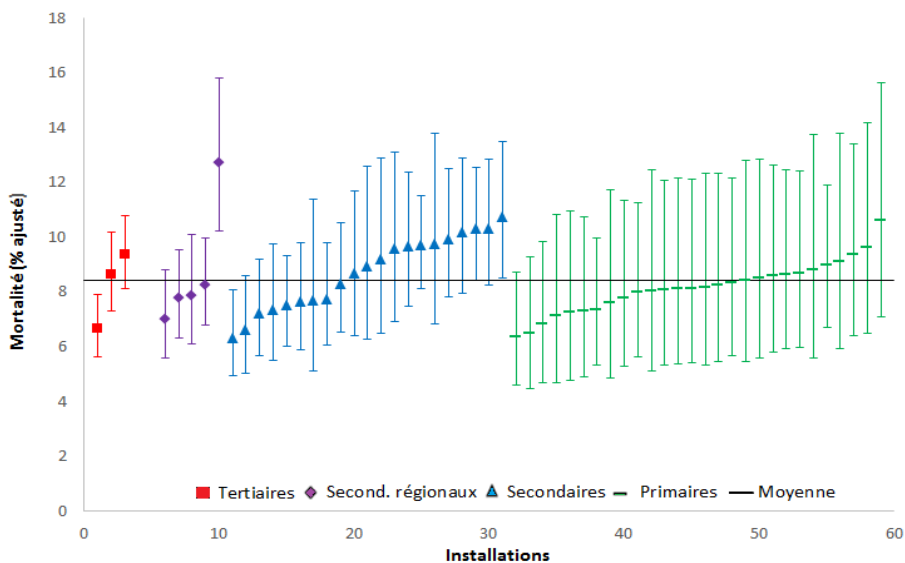
IR n° 1 : Mortalité

La mortalité évaluée concerne les cas de décès survenus durant la période d'hospitalisation, peu importe le délai suite à l'admission. Elle est évaluée chez tous les patients et est ajustée pour l'âge, le nombre de comorbidités, la sévérité anatomique des deux blessures les plus graves (selon les codes diagnostiques établis par l'AIS), la région anatomique de la blessure la plus grave, le GCS à l'arrivée, le rythme respiratoire à l'arrivée, la tension artérielle systolique à l'arrivée et le transfert à partir d'une autre installation.

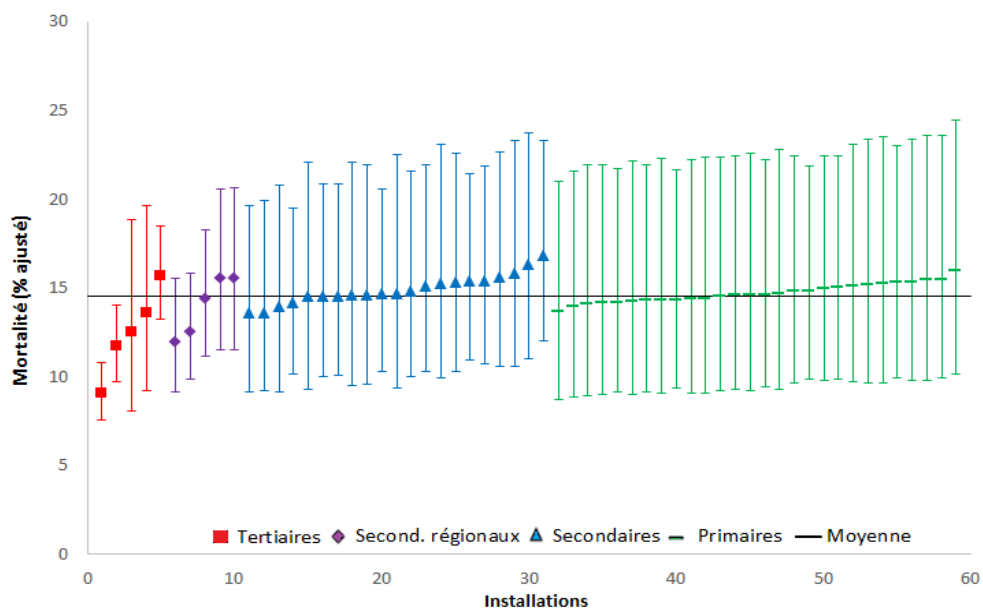
Mortalité chez l'ensemble des patients



Mortalité chez les patients âgés de 65 ans et plus



Mortalité chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)



IR n° 2 : Complications majeures

Le pourcentage de patients avec au moins une complication majeure a été calculé. Les complications majeures retenues par un consensus d'experts sont les suivantes : les complications pulmonaires, cardiovasculaires, gastro-intestinales, hématologiques, infectieuses, rénales, musculo-squelettiques, neurologiques, vasculaires et psychiatriques [Moore *et al.*, 2016; 2015a; 2014a; 2012]. Les décès en cours d'hospitalisation ont également été considérés. Le pourcentage de patients avec au moins une complication majeure a été ajusté pour l'âge et le sexe du patient, le nombre de comorbidités, la sévérité anatomique des deux blessures les plus graves (selon les codes diagnostiques établis par l'AIS), le mécanisme des blessures, le GCS à l'arrivée, le rythme respiratoire à l'arrivée, la tension artérielle systolique à l'arrivée et le transfert à partir d'une autre installation.

Les codes CIM-10-CA qui ont servi à identifier les complications majeures sont les suivants :

Pulmonaires

ARDS (*Acute Respiratory Distress Syndrome*) : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle J80-J81 (J81 non inclus);

Pneumonie d'aspiration : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle J690-J691 (J691 non inclus);

Insuffisance respiratoire : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle J96-J97 et de l'intervalle J699-J70 (J97 et J70 non inclus);

Pneumonie : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle J13-J19 et de l'intervalle J958-J959 (J19 et J959 non inclus);

Embolie pulmonaire : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle I26-I27 et de l'intervalle T790-T792 (I27 et T792 non inclus).

Cardiovasculaires

Arrêt cardiaque : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle I46-I47 (I47 non inclus);

Hémorragie postopératoire : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle R571-R572 et de l'intervalle T810-T811 (R572 et T811 non inclus);

Infarctus du myocarde : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle I21-I23 (I23 non inclus).

Gastro-intestinales

Syndrome de loge abdominale : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle T7962-T7963 (T7963 non inclus);

Clostridium : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle A047-A048 (A048 non inclus).

Hématologiques

Coagulopathie : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle D688-D690 (D690 non inclus).

Infectieuses

Infection du cathéter : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle : T827-T828 (T828 non inclus);

Sepsis tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle A227-A228, de l'intervalle A40-A42, de l'intervalle B376-B377, de l'intervalle R572-R573 et de l'intervalle R650-R652 (A228, A42, B377, R573 et R652 non inclus);

Infection de plaie : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle T814-T815 et de l'intervalle T845-T848 (T815 et T848 non inclus).

Rénales

Insuffisance rénale : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle N17-N18 et de l'intervalle N990-N991 (N18 et N991 non inclus).

Musculo-squelettiques

Ulcère du décubitus : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle L89-L90 (L90 non inclus);

Ischémie traumatique d'un muscle (Syndrome de loge musculaire) : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle T796-T797 (T797 non inclus);

Fracture mal ou non consolidée, retard de consolidation d'une fracture : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle M840-M843 (M843 non inclus);

Ostéomyélite : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle M86-M87 (M87 non inclus).

Neurologiques

AVC : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle I63-I65 (I65 non inclus).

Vasculaires

Thrombose veineuse profonde : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle I800-I81 (I81 non inclus).

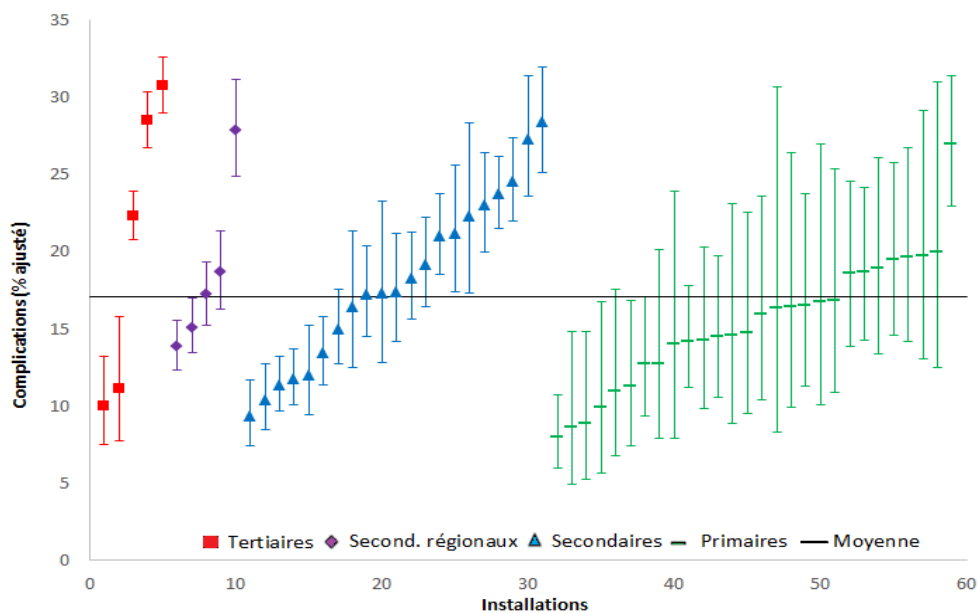
Psychiatriques

Délirium : tous les codes CIM-10-CA faisant partie de l'intervalle F05-F06 (F06 non inclus).

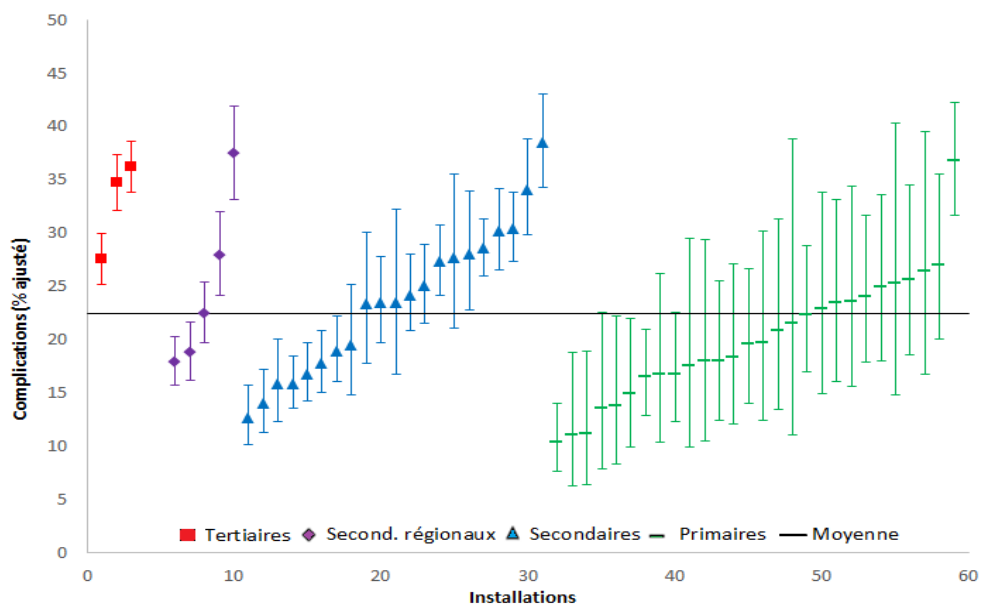
Décès

Tous les décès survenus en cours d'hospitalisation.

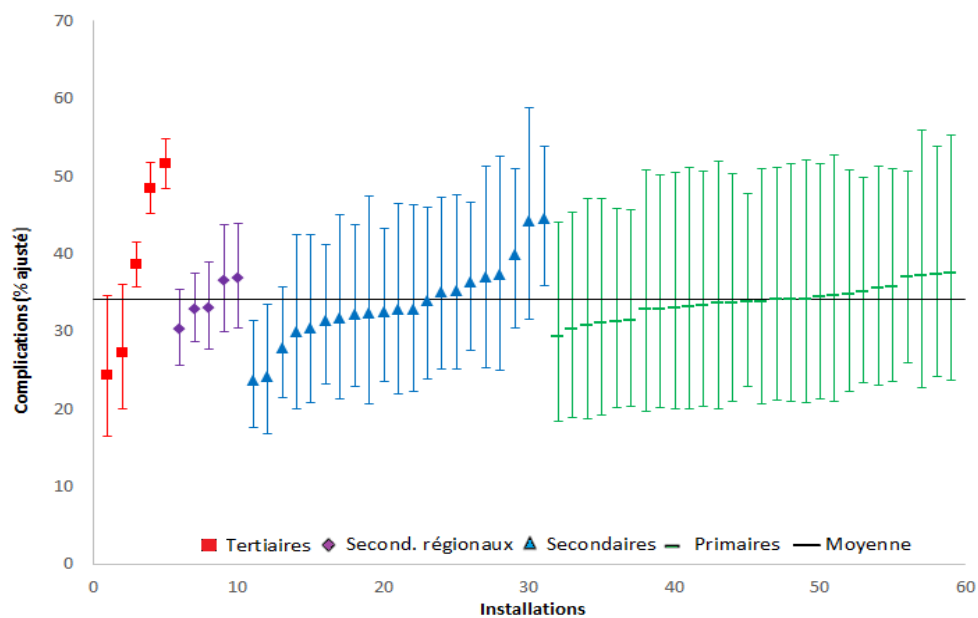
Complications majeures chez l'ensemble des patients



Complications majeures chez les patients âgés de 65 ans et plus



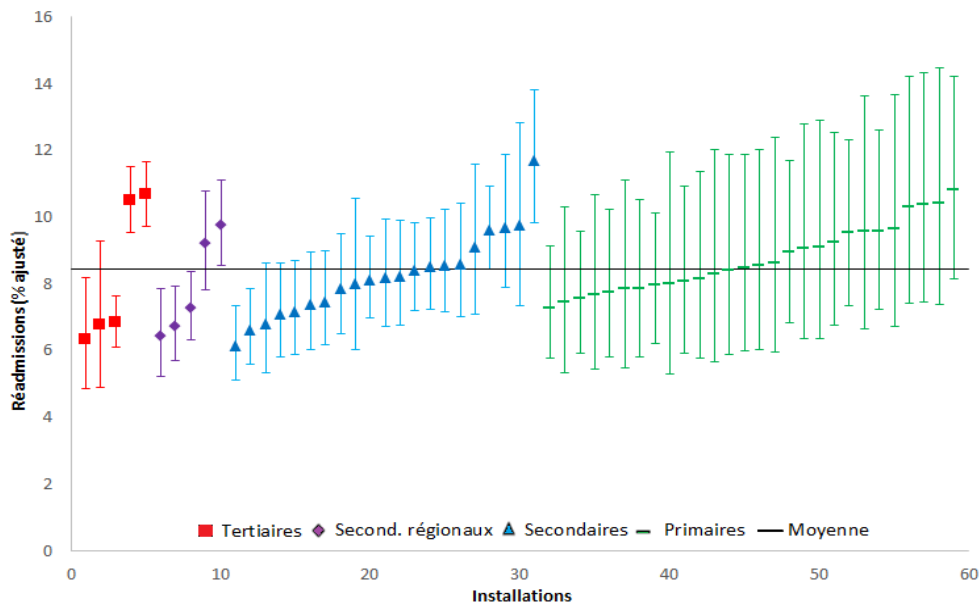
Complications majeures chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)



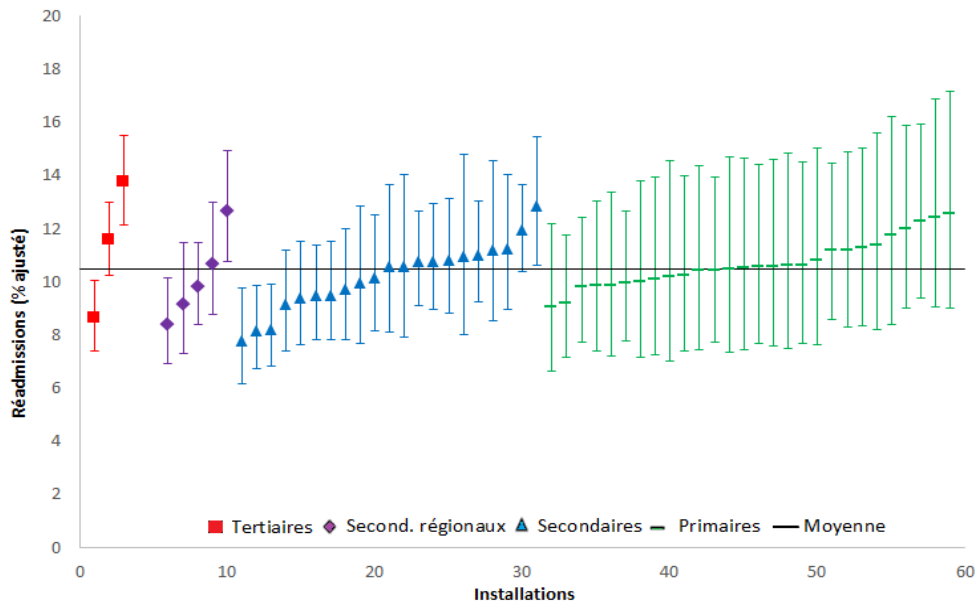
IR n° 3 : Réadmissions non planifiées dans les 30 jours

Les réadmissions non planifiées dans les 30 jours suivant la sortie de l'hôpital ont été évaluées. Le pourcentage des réadmissions a été ajusté pour l'âge et le sexe du patient, l'ISS, la région anatomique de la blessure la plus grave, le nombre de comorbidités et le nombre d'admissions avant le traumatisme. Les cas de transferts vers une autre installation de soins aigus, ceux vers les soins de longue durée, les transferts en réadaptation, les chirurgies électives et les admissions pour des examens de suivi n'ont pas été considérés comme des réadmissions. Les réadmissions non planifiées comprennent celles ayant eu lieu dans l'installation où a eu lieu le congé ainsi que celles ayant eu lieu dans toute autre installation désignée ou non en traumatologie.

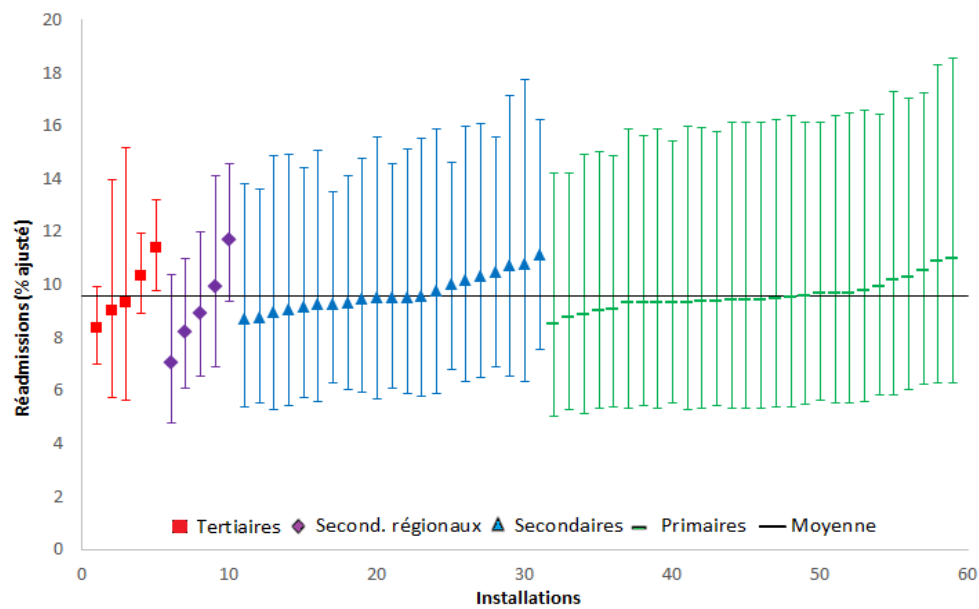
Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez l'ensemble des patients



Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les patients âgés de 65 ans et plus



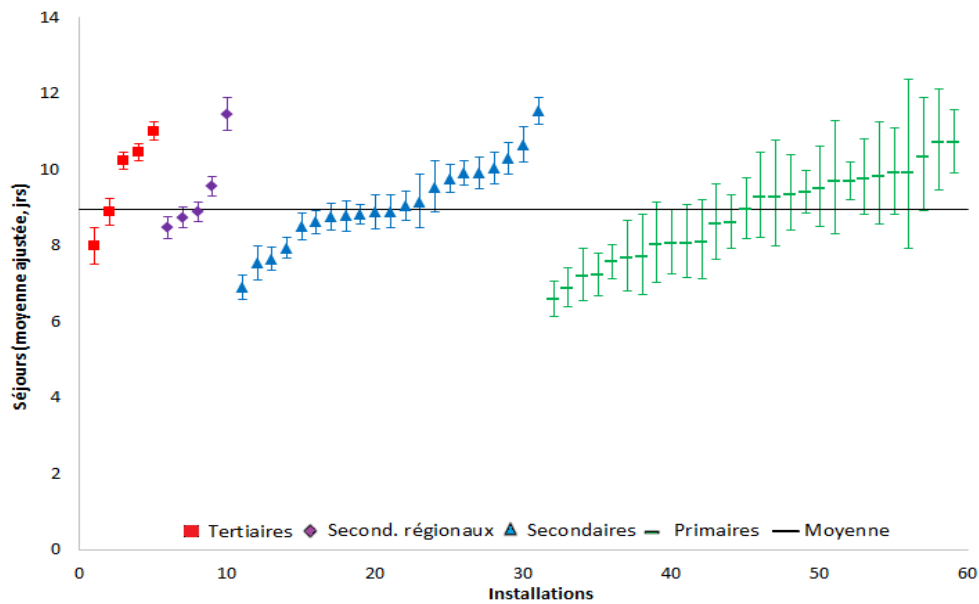
Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)



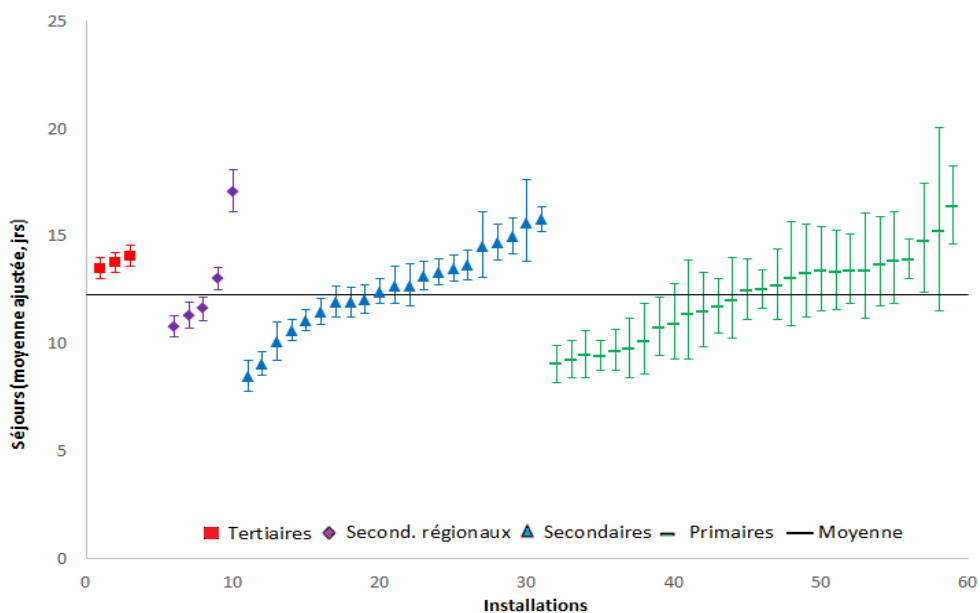
IR n° 4 : Durée de séjour

La durée moyenne des séjours (DMS) a été calculée à partir de la date d'admission jusqu'à la date de départ de l'installation de soins aigus. La DMS a été ajustée pour l'âge et le sexe du patient, le nombre de comorbidités, la sévérité anatomique des deux blessures les plus graves, la région anatomique de la blessure la plus grave, le GCS à l'arrivée, le rythme respiratoire à l'arrivée, la tension artérielle systolique à l'arrivée et le transfert à partir d'une autre installation. Les patients décédés en cours d'hospitalisation ont été exclus.

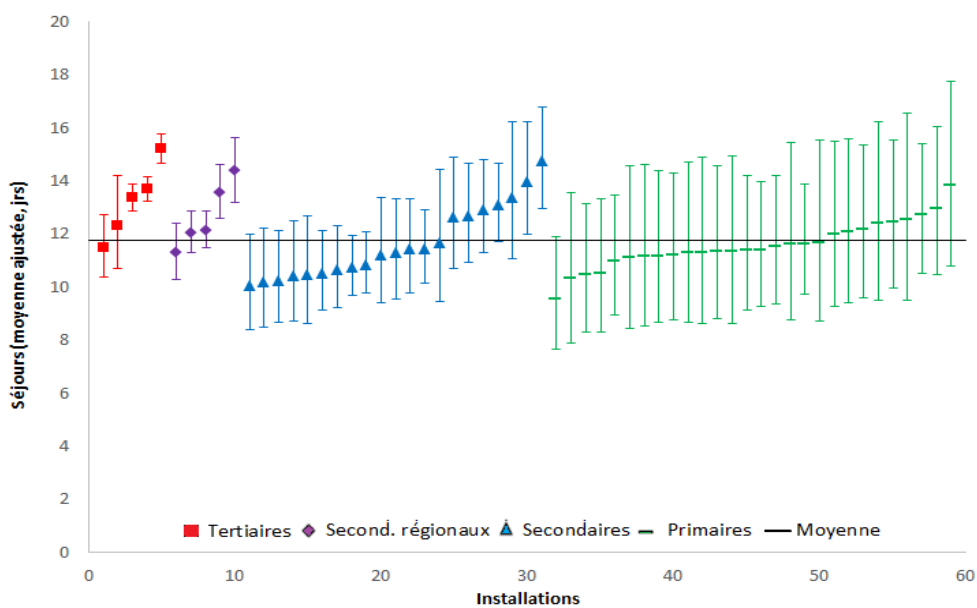
Durée de séjour chez l'ensemble des patients



Durée de séjour chez les patients âgés de 65 ans et plus



Durée de séjour chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)



RÉFÉRENCES

- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed. *JAMA* 1988;260(12):1743-8.
- Donabedian A. Exploration in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Harbor, MI : Health Administration Press; 1980.
- Lindsay PM. Measuring clinical utilization and outcomes in Ontario emergency departments [thèse]. Toronto, ON : University of Toronto; 2003.
- Moore L, Lauzier F, Stelfox HT, Kortbeek J, Simons R, Berthelot S, et al. Derivation and validation of a quality indicator for in-hospital complications to evaluate trauma care. *JAMA Surg* 2016;151(7):622-30.
- Moore L, Lauzier F, Stelfox HT, Kortbeek J, Simons R, Bourgeois G, et al. Validation of complications selected by consensus to evaluate the acute phase of adult trauma care: A multicenter cohort study. *Ann Surg* 2015a;262(6):1123-9.
- 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* 2015b;78(6):1168-75.
- Moore L, Lauzier F, Stelfox HT, Le Sage N, Bourgeois G, Clément J, et al. Complications to evaluate adult trauma care: An expert consensus study. *J Trauma Acute Care Surg* 2014a;77(2):322-30.
- Moore L, Stelfox HT, Turgeon AF, Nathens AB, Bourgeois G, Lapointe J, et al. Hospital length of stay after admission for traumatic injury in Canada: A multicenter cohort study. *Ann Surg* 2014b;260(1):179-87.
- Moore L, Stelfox HT, Turgeon AF, Nathens AB, Lavoie A, Bourgeois G, Lapointe J. Derivation and validation of a quality indicator for 30-day unplanned hospital readmission to evaluate trauma care. *J Trauma Acute Care Surg* 2014c;76(5):1310-6.
- Moore L, Stelfox HT, Turgeon AF, Nathens AB, Lavoie A, Émond M, et al. Derivation and validation of a quality indicator of acute care length of stay to evaluate trauma care. *Ann Surg* 2014d;260(6):1121-7.
- Moore L, Stelfox HT, Turgeon AF, Nathens AB, Le Sage N, Émond M, et al. Rates, patterns, and determinants of unplanned readmission after traumatic injury: A multicenter cohort study. *Ann Surg* 2014e;259(2):374-80.
- Moore L, Lavoie A, Sirois MJ, Amini R, Belcaïd A, Sampalis JS. Evaluating trauma center process performance in an integrated trauma system with registry data. *J Emerg Trauma Shock* 2013a;6(2):95-105.
- Moore L, Lavoie A, Sirois MJ, Swaine B, Murat V, Le Sage N, Émond M. Evaluating trauma center structural performance: The experience of a Canadian provincial trauma system. *J Emerg Trauma Shock* 2013b;6(1):3-10.
- Moore L, Stelfox HT, Boutin A, Turgeon AF. Trauma center performance indicators for nonfatal outcomes: A scoping review of the literature. *J Trauma Acute Care Surg* 2013c;74(5):1331-43.

- Moore L, Stelfox HT, Turgeon AF. Complication rates as a trauma care performance indicator: A systematic review. *Crit Care* 2012;16(5):R195.
- Moore L, Turgeon AF, Émond M, Le Sage N, Lavoie A. Definition of mortality for trauma center performance evaluation: A comparative study. *Crit Care Med* 2011;39(10):2246-52.
- Moore L, Hanley JA, Turgeon AF, Lavoie A, Bergeron E. A new method for evaluating trauma centre outcome performance: TRAM-adjusted mortality estimates. *Ann Surg* 2010;251(5):952-8.

ANNEXE 1

Liste des installations désignées en traumatologie

Nombre d'installations désignées en traumatologie par catégorie de désignation

Primaire : 28

Secondaire : 21

Secondaire régional : 5

Pédiatrique : 2

Tertiaire : 3

Centre d'expertise pour blessés médullaires : 2 (les 2 étant déjà comptabilisés comme tertiaire)

Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves : 2 (dont 1 étant déjà comptabilisé comme tertiaire)

Centre d'expertise pour réimplantation membres supérieurs : 1

Liste des 61 installations désignées en traumatologie

01 Bas-Saint-Laurent	Code d'installation
Primaires	
Hôpital d'Amqui	51226892
Hôpital Matane	51218980
Hôpital Notre-Dame-de-Fatima	51221141
Hôpital de Notre-Dame-du-Lac	51221877
Secondaires	
Hôpital régional de Rimouski	51227882
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	51218352

02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	Code d'installation
Primaire	
Hôpital de Dolbeau-Mistassini	51219384
Secondaires	
Hôpital d'Alma	51219400
Hôpital de Roberval	51228203
Secondaire régional	
Hôpital de Chicoutimi	51218394

03 Québec	Code d'installation
Primaire	
Hôpital de La Malbaie	51228690
Hôpital de Baie-Saint-Paul	51228716
Tertiaire, CEBM et CEVBG	
Hôpital de l'Enfant-Jésus du CHU de Québec-Université Laval	51233914

04 Mauricie et Centre-du-Québec	Code d'installation
Primaire	
CSSS du Haut-Saint-Maurice	51219731
Secondaires	
Hôpital Sainte-Croix	51228781
Hôtel-Dieu d'Arthabaska	51228039
Secondaire régional	
Centre hospitalier régional de Trois-Rivières – Pavillon Sainte-Marie	51220168


05 Estrie	Code d'installation
Primaire	
CSSS du Granit	51223832
Secondaire régional	
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, Hôpital Fleurimont	51216687

06 Montréal-Centre	Code d'installation
Secondaires	
Hôpital Jean-Talon	51228500
Hôpital Santa-Cabrini	51233919
Pédiatriques	
Hôpital de Montréal pour enfants	51223279
Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine	51222800
Tertiaire	
Hôpital Général de Montréal	12599213
Tertiaire et centre d'expertise pour blessure médullaire	
Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal	12475976
Centre d'expertise pour victimes de brûlures graves	
Centre hospitalier universitaire de Montréal Pavillon Hôtel-Dieu	51219228
Centre d'expertise pour victimes d'amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence	
Centre hospitalier universitaire de Montréal Hôpital Notre-Dame	51219236

07 Outaouais	Code d'installation
Primaires	
Hôpital du Pontiac	51219459
Hôpital de Maniwaki	51221893
Secondaire régional	
Hôpital de Hull	51221711

08 Abitibi Témiscaminque	Code d'installation
Primaires	
Hôpital de Ville-Marie	51218840
Hôpital de Val-d'Or	51225589
Hôpital de Rouyn-Noranda	51228922
Hôpital de La Sarre	51221083
Secondaire	
Hôpital d'Amos	51228906
09 Côte-Nord	Code d'installation
Primaire	
Hôpital Le Royer	51228765
Secondaire	
Hôpital de Sept-Îles	51232023
10 Nord-du-Québec	Code d'installation
Primaire	
Centre de santé de Chibougamau	51218501
11 Gaspésie Îles-de-la-Madeleine	Code d'installation
Primaires	
Hôpital Hôtel-Dieu de Gaspé	51220903
Hôpital de Sainte-Anne-des-Monts	51221539
Hôpital de Maria	51227908
Hôpital de Chandler	51227775
Hôpital de l'Archipel	51227783
12 Chaudière Appalaches	Code d'installation
Primaires	
Hôpital de Thetford Mines	51228948
Hôpital de Montmagny	51228963
Secondaires	
Hôpital de Saint-Georges	51228971
Hôtel-Dieu de Lévis	51227569
13-Laval	Code d'installation
Aucune installation désignée en traumatologie	-----
14 Lanaudière	Code d'installation
Secondaires	
Hôpital Pierre-Le Gardeur	51228062
Centre hospitalier régional de Lanaudière	51228856

15 Laurentides	Code d'installation
Primaires	
Hôpital Laurentien	51226777
Hôpital de Mont-Laurier	51217610
Secondaires	
Hôpital de Saint-Eustache	51228864
Hôpital régional de Saint-Jérôme	51228880

16 Montérégie	Code d'installation
Primaires	
Hôtel-Dieu de Sorel	51229102
Hôpital du Suroît	51229136
Secondaires	
Centre hospitalier Anna-Laberge	51229151
Hôpital de Granby	51228120
Hôpital Brome-Missisquoi-Perkins	51229185
Hôpital du Haut-Richelieu	51229045
Hôpital Honoré-Mercier	51229193
Secondaire régional	51233799 
Hôpital Charles-LeMoyne	

ANNEXE 2

Bilan de qualité et de performance en traumatologie (Analyse – Statistiques descriptives)

Nom de l'installation :		Années d'analyse (et période comparative s'il y a lieu)	
Nom de l'établissement :			

Consignes :

1. Effectuez votre analyse à partir des données de votre installation disponibles sur le site FECST à <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca>
2. Pour chaque statistique, décrivez brièvement les écarts et variations par rapport au profil attendu ou par rapport au profil provincial ainsi que par rapport à la période de données antérieures disponibles, lorsque pertinent. Expliquez les variations importantes s'il y a lieu.
3. Ces données n'étant pas normalisées, il s'agit ici d'une analyse qualitative visant à préparer l'analyse des indicateurs de processus et de résultats. Aucune conclusion relative à la performance de votre installation ne peut découler de cette analyse des statistiques descriptives.
4. Si vous désirez en savoir davantage sur la méthodologie utilisée pour calculer les statistiques et les indicateurs, vous pouvez consulter le document « Guide d'accompagnement pour l'analyse du bilan de qualité et de performance », à la section « Documents à compléter » sur le site FECST.
5. Pour toute question, vous pouvez joindre l'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques à trauma@inesss.qc.ca

	Statistique	Analyse de la statistique et commentaires
1	Distribution selon le sexe	
2	Comparaison du volume	
3	Mécanisme de blessures	
4	Distribution de l'ISS	



	Statistique	Analyse de la statistique et commentaires
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	
9	Orientation des patients au moment du congé	
10	Pourcentage de patients avec un ISS \geq 12 transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau	
11	Pourcentage de patients avec un diagnostic de TCC transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau	
12	Pourcentage de patients avec un diagnostic de BM transférés en moins de 6 heures par rapport aux installations de même niveau	

Commentaires généraux :

ANNEXE 3

Bilan de qualité et de performance en traumatologie (Analyse – Indicateurs de processus et de résultats)

Nom de l'installation :		Années d'analyse (et période comparative s'il y a lieu)	
Nom de l'établissement :			

Consignes :

- Effectuez votre analyse à partir des données de votre installation disponibles sur le site FECST à <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca>. Nous vous encourageons à consulter vos statistiques avant de procéder à l'analyse de vos indicateurs de processus (IP) et de vos indicateurs de résultats (IR).
- Pour assurer la validité des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultat (IR), ces derniers sont produits avec des méthodes analytiques complexes (estimation par rétrécissement pour les IP et IR et ajustement pour les différences de clientèle pour les IR). CES DONNÉES NE PEUVENT PAS ÊTRE REPRODUITES ou GÉNÉRÉES PAR VOTRE INSTALLATION.
- Si vous êtes significativement *en dessous* de la moyenne provinciale (votre intervalle de confiance n'intercepte pas cette moyenne) pour un IP ou *au-dessus* de la moyenne provinciale pour un IR :
 - Documentez les raisons pouvant expliquer l'écart. Nous vous suggérons les stratégies suivantes pour identifier les problématiques : discussion avec les acteurs clés au comité de traumatologie, étude de dossiers patients (utilisez les requêtes intégrées au SIRTQ pour identifier les dossiers-patients pour les IP et les IR), analyse des données du SIRTQ avec support analytique de l'INESSS au besoin.
 - Décrivez clairement les actions correctives ou les suivis projetés pour améliorer le processus ou le résultat.
- Si vous êtes significativement *au-dessus* de la moyenne provinciale (votre intervalle de confiance n'intercepte pas cette moyenne) pour un IP ou *en dessous* de la moyenne provinciale pour un IR, documentez les raisons pouvant expliquer votre succès. Vos réflexions nous aideront à améliorer le système !
- Si vous désirez en savoir davantage sur la méthodologie utilisée pour calculer les IP, IR et les statistiques, vous pouvez consulter le document « Guide d'accompagnement pour l'analyse du bilan de qualité et de performance », dans l'onglet « Documents à compléter » sur le site FECST.
- Pour toute question, vous pouvez joindre l'Unité d'évaluation en traumatologie et en soins critiques à trauma@inesss.qc.ca

	Nom de l'indicateur de processus (IP)	Analyse des résultats de l'IP	Action recommandée	Échéancier
IP 1	Transfert des cas de TCC modérés/graves (GCS ≤ 12) ou des patients avec fracture du crâne ouverte ou enfoncée vers un centre de neurotraumatologie			
IP 2	Transfert des blessés médullaires vers un centre d'expertise			
IP 3	Délai de réduction de la luxation d'une grosse articulation inférieur ou égal à 60 minutes suivant l'arrivée à l'urgence			
IP 4	Protection des voies respiratoires à l'urgence des patients avec GCS < 9			
IP 5	Délai de stabilisation par fixation externe ou embolisation des fractures pelviennes hémorragiques inférieur ou égal à 12 heures suivant l'arrivée à l'urgence			
IP 6	Délai de chirurgie pour les fractures ouvertes des os longs inférieur ou égal à 6 heures suivant l'arrivée à l'urgence			
IP 7	Délai de chirurgie pour les fractures du fémur inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence			
IP 8	Délai d'orientation des patients inférieur ou égal à 60 minutes suivant leur arrivée à l'urgence d'un centre de neurotraumatologie			
IP 9	Décès ailleurs qu'à l'urgence			
IP 10	Séjour à l'urgence inférieur ou égal à 4 heures pour les patients avec un ISS ≥ 12			

	Nom de l'indicateur de processus (IP)	Analyse des résultats de l'IP	Action recommandée	Échéancier
IP 11	Délai de chirurgie pour une blessure abdominale, thoracique, vasculaire ou craniocérébrale inférieur ou égal à 24 heures suivant l'arrivée à l'urgence			
IP 12	Absence de réintubation dans les 48 heures ou moins après l'extubation			
IP 13	Prophylaxie antibiotique des fractures ouvertes			

	Nom de l'indicateur de résultat (IR)	Analyse des résultats de l'IR	Action recommandée	Échéancier
IR 1.1	Mortalité chez l'ensemble des patients			
IR 1.2	Mortalité chez les patients âgés de 65 ans et plus			
IR 1.3	Mortalité chez les traumatisés majeurs (ISS \geq 12)			
IR 2.1	Complications majeures chez l'ensemble des patients			
IR 2.2	Complications majeures chez les patients âgés de 65 ans et plus			
IR 2.3	Complications majeures chez les traumatisés majeurs (ISS \geq 12)			
IR 3.1	Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez l'ensemble des patients			
IR 3.2	Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les patients âgés de 65 ans et plus			

	Nom de l'indicateur de résultat (IR)	Analyse des résultats de l'IR	Action recommandée	Échéancier
IR 3.3	Réadmissions non planifiées dans les 30 jours chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)			
IR 4.1	Durée de séjour chez l'ensemble des patients			
IR 4.2	Durée de séjour chez les patients âgés de 65 ans et plus			
IR 4.3	Durée de séjour chez les traumatisés majeurs (ISS ≥ 12)			

Commentaires généraux :