

CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE RECUEIL D'EXIGENCES (JUILLET 2016)

- **EXIGENCES LOCALES POUR LES INSTALLATIONS DE SOINS AIGUS**
- **EXIGENCES RÉGIONALES**

*Les exigences relatives aux centres d'expertise et aux consortiums seront transmises ultérieurement

GLOSSAIRE

BM :	Blessés médullaires
CISSS :	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS :	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
ENF :	Établissement non fusionné (ex. : CHU de Québec)
FECST :	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
INESSS :	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
IP :	Indicateurs de processus
IR :	Indicateurs de résultats
MSSS :	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PROS :	Plans régionaux d'organisation de services
SD :	Statistiques descriptives
SIRTQ :	Système d'information du Registre des traumatismes du Québec
TCCL :	Traumatisme craniocérébral léger
TCCMG :	Traumatisme craniocérébral modéré grave
VARMU :	Victimes d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence
VBG :	Victimes de brûlures graves

1. **Maintien d'un comité local de traumatologie** (voir la composition et le mandat à la page suivante)
 - Transmission des procès-verbaux à l'INESSS dès que ceux-ci sont adoptés (les PV ne sont pas affichés sur le site web du FECST, mais la conformité est indiquée).
 - centres tertiaires et secondaires régionaux : minimum de 4 rencontres par année financière
 - centres secondaires : minimum de 3 rencontres par année financière
 - centres primaires : minimum de 2 rencontres par année financière
 - centres de stabilisation : minimum de 2 rencontres par année financière

2. **Analyse des statistiques descriptives (SD), des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultats (IR)** - modalité de suivi de la qualité qui remplace les visites formelles par l'INESSS (voir les consignes à la page 4)
 - Transmission des rapports d'analyse à l'INESSS (un rapport pour les SD et un rapport pour les IP et IR)
 - centres tertiaires ou secondaires régionaux : annuellement *
 - centres secondaires : aux 2 ans *
 - centres primaires : aux 3 ans *

3. **Participation au comité régional de traumatologie** (voir détails à la page 6)

4. **Suivi des recommandations déposées par l'INESSS à la suite des visites d'évaluation de la performance de l'installation;**

5. **Maintien de la conformité de l'ensemble des exigences matricielles**
 - Nouvelle matrice 2016 à venir – *de la documentation supplémentaire sera fournie ultérieurement* en ce qui concerne les éléments liés à l'engagement organisationnel, les ententes de transfert, les processus et procédures requis pour chaque installation.

* La fréquence des rapports d'analyse demeure dépendante de la fréquence de production, par l'INESSS, des résultats par installation – laquelle est conditionnelle à la complétion, en temps opportun, des données du *Système d'information du Registre des traumatismes du Québec (SIRTQ)* par l'ensemble des installations désignées en traumatologie. Le retard d'une ou plusieurs installations retarde la production des résultats pour toutes les installations.

Comité local de traumatologie

Le comité local de traumatologie est un comité multidisciplinaire qui est responsable de l'élaboration, de l'application, de la promotion et du suivi d'un programme de traumatologie. Il assure également des services de qualité correspondant aux normes et standards pour les victimes de traumatismes.

Le comité local de traumatologie doit relever de la direction des services professionnels (DSP).

COMPOSITION	
REPRÉSENTATIONS PRINCIPALES	REPRÉSENTATIONS AD HOC (selon les besoins)
Direction des services professionnels – Représentation	Médecine interne
Présidence – Président (médecin) du comité local de traumatologie	Pharmacie
Urgence – Médecin-chef ou infirmier-chef	Imagerie médicale
Bloc opératoire/Salle de réveil – Coordination médicale ou clinico-administrative	Laboratoires/Banque de sang
Soins intensifs – Représentation médicale ou clinico-administrative	Directions de soutien (performance et qualité, enseignement, RH, etc.)
Unité de traumatologie ou lits de traumatologie (selon le niveau de désignation) – Représentation clinico-administrative et médicale (s'il y a lieu)	Autres intervenants concernés au besoin
Liaison/coordination – Infirmier(ère) de liaison ou coordonnatrice	
Équipe de réadaptation ou services multidisciplinaires – Représentation	
Chirurgie – Représentation	
Orthopédie – Représentation (si pertinent selon le niveau de désignation)	
Neurochirurgie – Représentation (si pertinent selon le niveau de désignation)	
Secteur préhospitalier - Représentation	
Archives médicales – Archiviste responsable du SIRTQ	

MANDAT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier et adresser aux responsables des directions et services concernés des recommandations susceptibles d'améliorer les services offerts aux victimes de traumatismes; ▪ Contribuer à établir des normes de qualité pour les services offerts aux traumatisés; ▪ Assurer un suivi régulier des services offerts aux personnes traumatisées en fonction des normes établies; ▪ Procéder à l'analyse des SD, des IP et des IR tels qu'exigés par l'INESSS; ▪ Procéder à l'étude des dossiers selon les besoins et les objectifs d'amélioration, y compris les cas de mortalité et de morbidité; ▪ Assurer l'implantation et le fonctionnement optimal du registre des traumatismes (SIRTQ); ▪ Assurer la promotion de la formation en traumatologie dans l'installation; ▪ Assurer le suivi des recommandations déposées par l'INESSS à la suite des visites d'évaluation de la performance de l'installation; ▪ S'assurer de la conformité des gabarits et autres documents requis par l'INESSS selon le niveau de désignation; ▪ Assurer les liens avec le secteur préhospitalier pour la prise en charge des victimes de traumatismes; ▪ Assurer le suivi des ententes pour les corridors de services (en aval et en amont); ▪ Permettre à l'équipe d'intervenants en traumatologie de procéder aux ajustements nécessaires à la réussite du programme de traumatologie; ▪ Assurer les arrimages nécessaires avec le comité régional de traumatologie; ▪ Informer tous les membres du comité local au sujet des correspondances destinées à la traumatologie.

Analyse des statistiques descriptives (SD), des indicateurs de processus (IP) et des indicateurs de résultats (IR)

INFORMATIONS GÉNÉRALES

- Afin de soutenir l'évaluation continue de la qualité des installations en traumatologie, l'INESSS produit des rapports, par installation, de SD, d'IP et d'IR. De façon optimale, ces rapports seront produits sur une base annuelle pour les centres tertiaires et secondaires régionaux, aux deux ans pour les centres secondaires et au trois ans pour les centres primaires. La production par l'INESSS de ces rapports est conditionnelle à la complétion, en temps opportun, des données du SIRTQ par l'ensemble des installations désignées en traumatologie. Le retard d'une ou plusieurs installations retarde la production des résultats pour toutes les installations.
- La production de rapports, par installation, remplace désormais les visites systématiques des installations en traumatologie. Un rapport d'analyse est exigé pour les SD et un autre rapport est exigé pour les IP et les IR. Des gabarits de rapport sont disponibles sur le site FECST dans la section « *Documents à compléter* ».
- Selon leur niveau de désignation, les installations sont avisées par courriel du dépôt de leurs données, sur le site FECST, soit chaque année, aux deux ans ou aux 3 ans.
- Il est de la responsabilité de chaque installation, via son comité local de traumatologie, de réaliser les étapes décrites ci-dessous afin d'effectuer l'analyse requise et transmettre son rapport d'analyse à l'INESSS dans les délais spécifiés.
- L'INESSS continuera à effectuer des visites d'installations spécifiques pour des mandats particuliers confiés par le MSSS.
- Nous vous rappelons que l'ensemble des documents concernant chacune des installations désignées en traumatologie est consigné sur le site FECST à l'adresse suivante : <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca/>
Pour avoir un code d'accès aux données sécurisées de votre installation, vous devez contacter votre directeur des services professionnels ou l'Unité de traumatologie de l'INESSS à trauma@inesss.qc.ca

CONSIGNES POUR EFFECTUER L'ANALYSE DES STATISTIQUES DESCRIPTIVES

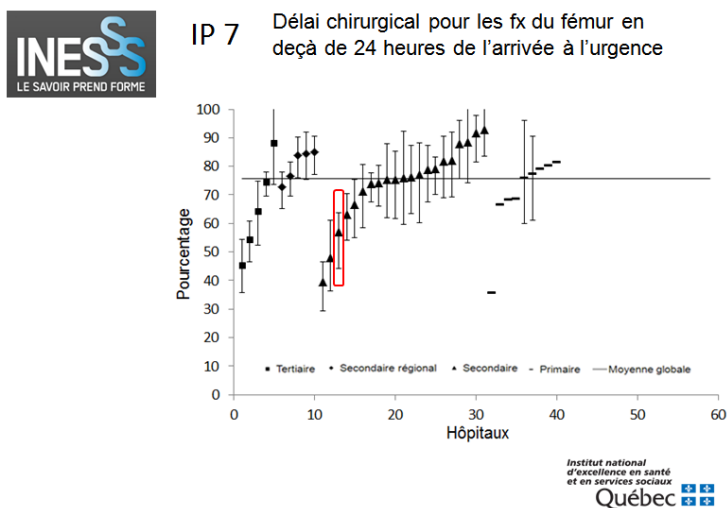
1. Effectuez votre analyse à partir des données de votre installation disponibles sur le site FECST <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca/>
2. Pour chaque statistique, décrivez brièvement les variations ou écarts, s'il y a lieu, par rapport au profil attendu ainsi que par rapport à la période de données antérieures, lorsque disponible.
3. Décrivez les actions ou mesures de suivi particulier projetées s'il y a lieu.
4. Si vous désirez en savoir davantage sur la méthodologie utilisée pour calculer les SD, vous pouvez consulter le document « Statistiques et Indicateurs : outil d'aide à la rédaction des analyses », à la section « *Documents à compléter* » sur le site FECST.

CONSIGNES POUR EFFECTUER L'ANALYSE DES IP et IR

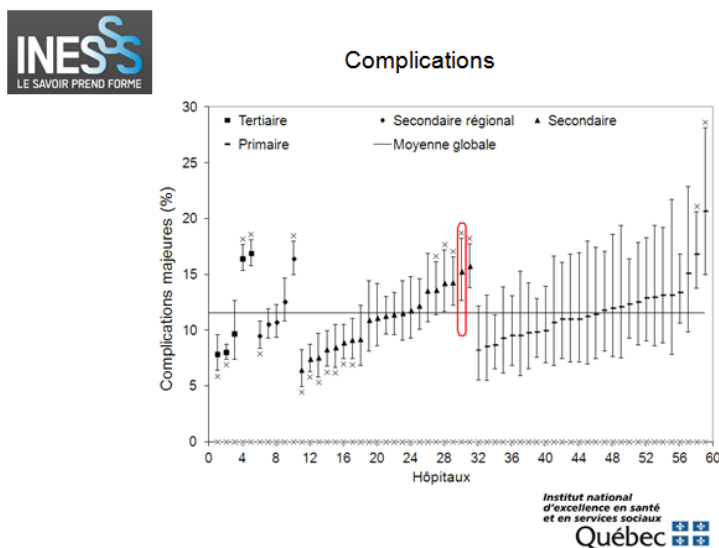
1. Effectuez votre analyse à partir des données de votre installation disponibles dans le rapport sur le site FECST <https://partenaires.fecst.inesss.qc.ca/> . Nous vous encourageons à effectuer l'analyse de vos SD avant de procéder à l'analyse de vos IP et de vos IR.
2. Pour assurer la validité des IP et 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.
3. Si l'installation est significativement **en dessous** de la moyenne provinciale (votre intervalle de confiance n'intercepte pas la ligne horizontale indiquant la moyenne provinciale) pour un IP ou **au-dessus** de la moyenne provinciale pour un IR (voir exemples a et b ci-dessous) :

- a. Documentez les raisons pouvant expliquer l'écart. Nous vous suggérons les stratégies suivantes pour identifier les problématiques : discussion avec les acteurs-clés au comité local de traumatologie, étude de dossiers patients (utilisez les requêtes intégrées au SIRTQ pour identifier les dossiers-patients pour les IP), analyse des données du SIRTQ avec support analytique de l'INESSS au besoin.
 - b. Décrivez clairement les actions correctives ou les suivis projetés ainsi que les échéanciers projetés pour améliorer le processus ou le résultat.
4. Si l'installation est significativement **au-dessus** de la moyenne provinciale (votre intervalle de confiance n'intercepte pas la ligne horizontale indiquant la moyenne provinciale) 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!
 5. Si vous désirez en savoir plus sur la méthodologie utilisée pour calculer les IP et les IR, vous pouvez consulter le document « Statistiques et Indicateurs : outil d'aide à la rédaction des analyses », à la section « Documents à compléter » sur le site FECST. Des exemples de rapport d'analyse sont également disponibles sur le site.
 6. Pour toute question, vous pouvez joindre l'Unité de traumatologie en utilisant le site FECST ou à trauma@inesss.qc.ca

Exemple a) Résultat d'IP (en rouge) en dessous de la moyenne provinciale (ligne horizontale)



Exemple b) Résultat d'IR (en rouge) au-dessus de la moyenne provinciale (ligne horizontale)



1. **Maintien d'un comité régional de traumatologie** (voir la composition et le mandat à la page suivante)
 - Minimum de 4 rencontres par année financière.
 - Transmission des procès-verbaux à l'INESSS dès que ceux-ci sont adoptés. Les procès-verbaux sont affichés sur le site web du FECST et leur conformité est indiquée.
2. **Dépôt à l'INESSS d'un plan d'action régional intégré en traumatologie** (voir détails à la page 7)
3. **Dépôt à l'INESSS du bilan annuel du plan d'action régional intégré en traumatologie** (au 30 août de chaque année)
4. **Maintien de la conformité des exigences matricielles en lien avec les désignations pour les clientèles spécifiques**
 - Comprend tous les éléments liés aux plans régionaux d'organisation de services (PROS) pour les TCCL, ainsi qu'en lien avec les désignations de consortiums et de centres d'expertise pour les clientèles spécifiques (TCCMG, BM, VBG et VARMU).
 - Les derniers cycles d'évaluation effectués par l'INESSS ont interpellé les centres d'expertise pour VBG, les centres d'expertise pour BM ainsi que le centre d'expertise pour VARMU.
 - Le prochain cycle d'évaluation des consortiums TCCMG a été retardé afin de permettre la réorganisation des établissements à la suite de l'entrée en vigueur de la *Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales*. De l'information concernant ce prochain cycle de visite sera transmise aux établissements et comités régionaux de traumatologie dès que disponible.

Comité régional de traumatologie

COMPOSITION
REPRÉSENTATIONS PRINCIPALES (un seul représentant par CISSS/CIUSSS/ENF est requis pour chaque secteur d'activité précisé dans ce tableau lorsque la région comporte plus d'un établissement)
Présidé par le porteur du dossier au niveau du CISSS ou du directeur médical du programme, le cas échéant
Représentant de la santé publique
Représentant des entreprises ambulancières/centres de communication santé/secteur préhospitalier
Représentant(s) de chacune des installations de soins aigus (adulte et pédiatrique)
Représentant(s) de la réadaptation (adulte et pédiatrique)
Représentant(s) des services de soutien à domicile (s'il y a lieu)
Représentant(s) des directions de soutien jugées pertinentes (ex. : qualité/performance)
Représentant des associations d'usagers concernées
Groupes d'intérêt particulier (c'est-à-dire : université, recherche, etc.)
Invités particuliers selon les intérêts et les dossiers traités

MANDAT
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évaluer les besoins et les ressources régionales en traumatologie et élaborer un plan d'action régional intégré pour les personnes ayant subi un traumatisme (voir les éléments requis à la page 8); ▪ Assurer l'orientation et la prise en charge de la clientèle traumatisée de la région par les installations désignées; ▪ Superviser l'implantation, l'opérationnalisation et le suivi du plan d'action régional intégré en traumatologie; ▪ Transmettre à l'INESSS un bilan annuel du plan d'action régional intégré en traumatologie; ▪ Voir à l'implantation et au bon fonctionnement des corridors de services intra et extra régionaux; ▪ Assurer la présence des protocoles de transfert requis; ▪ Émettre des avis et des recommandations en matière de dépistage et de prévention; ▪ Voir à la mise en place et au bon fonctionnement du plan régional d'organisation de services à l'intention de la clientèle TCCL conformément aux orientations du MSSS; ▪ Assurer le bon fonctionnement des structures et des mécanismes de collaboration qui soutiennent les consortiums et les centres d'expertise (s'il y a lieu) pour les clientèles particulières (TCCMG, BM, VBG, VARMU, etc.); ▪ Selon les besoins, mettre en place et assurer le bon fonctionnement de sous-comités pour assurer le suivi plus rapproché des continuums et corridors de services pour les clientèles spécifiques ou pour tout autre dossier d'intérêt; ▪ Soutenir les consortiums et les centres d'expertise (s'il y a lieu) pour les clientèles particulières lors des cycles particuliers d'évaluation par l'INESSS; ▪ Assurer la qualité, l'accessibilité et la continuité des soins et services à toute la population de la région; ▪ Veiller à ce que les installations désignées dispensent des soins de qualité selon le niveau de désignation et les exigences formulées par l'INESSS et le MSSS; ▪ Recevoir et assurer le suivi des recommandations de nature régionale formulées par l'INESSS et le MSSS; ▪ Contribuer à la planification de certains éléments du continuum et à l'élaboration de programmes spécifiques (ex. : développement du Système d'information du Registre des traumatismes du Québec); ▪ Assurer la promotion du développement des programmes et des activités de traumatologie au sein de la région; ▪ Assurer les liens et les communications requises avec les partenaires et les instances de concertation interrégionales s'il y a lieu; ▪ Informer tous les membres du comité régional au sujet des correspondances destinées à la traumatologie; ▪ Assurer un rôle-conseil auprès des installations et des établissements de la région.

Plan d'action régional en traumatologie

ÉLÉMENTS REQUIS

Le plan d'action ou plan d'amélioration régional en traumatologie doit être un document intégrateur de l'ensemble des activités de suivis et d'amélioration de la qualité du continuum de soins et de services en traumatologie. La structure du plan doit comprendre l'ensemble des éléments et sujets mentionnés ci-dessous :

- S'échelonner sur un horizon de temps permettant de planifier des objectifs à court et moyen termes (3-5 ans selon le choix régional);
- Être assorti d'un échéancier et du nom de la ou des personnes/instances responsables pour chacun des objectifs définis;
- Être formulé à un niveau stratégique, avec un objectif principal par priorité régionale, accompagné des principaux moyens proposés – sans aller dans tous les détails d'opérationnalisation de chacun des objectifs. Le plan d'action régional devrait pouvoir tenir en moins de 8 pages (voir exemple à la page 9).
- Être formulé de façon concrète afin de pouvoir servir d'outil global de planification, d'intégration, d'évaluation et de contrôle efficace des activités réalisées en traumatologie. L'intégration d'indicateurs et de biens livrables dans le plan d'action est souhaitée;
- Selon les priorités régionales, contenir des objectifs pour chacun des 14 maillons, allant de la prévention, en passant par le secteur préhospitalier, les soins aigus, la réadaptation jusqu'au soutien à l'intégration sociale;
- Contenir des objectifs s'adressant aux continuums et corridors de services spécifiques à certaines clientèles particulières (TCCL, TCCMG, BM, VBG, VARMU);
- Assurer l'implantation des recommandations découlant des visites du Groupe-conseil en traumatologie et promouvoir l'amélioration continue des services offerts;
- Faire l'objet d'une appropriation de la part de tous les acteurs régionaux impliqués au regard de la clientèle traumatisée ou susceptible de l'être, et ce, pour chacun des maillons constitutifs, de la prévention primaire jusqu'aux secteurs de soutien à l'intégration et du maintien dans le milieu de vie;
- Reposer sur une approche d'amélioration continue de la qualité des soins et services offerts aux personnes victimes de traumatismes ou celles susceptibles de l'être;
- Constituer un outil dynamique, évolutif et adaptable à des conditions ou besoins nouveaux.

Exemple d'une section d'un plan d'action régional

Contexte/Enjeu	Objectifs	Moyens	Responsable	Échéancier *	Résultats attendus et produits livrables
<p>Triage préhospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Orientations du MSSS de modifier les critères de triage préhospitalier en traumatologie au Québec 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Déployer au sein de la région les nouveaux critères de triage préhospitalier conformément aux orientations ministérielles 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Compléter le plan de découpage du territoire ambulancier selon le nouvel algorithme développé par l'INESSS/MSSS ▪ Assurer la formation de l'ensemble des techniciens ambulanciers selon le calendrier et les modalités établies par le MSSS ▪ Assurer la compréhension et le respect des nouvelles trajectoires par l'ensemble des intervenants concernés (point statutaire au CRT) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Direction des services préhospitaliers 	<p>Mars 2016</p> <p>Juin 2017</p> <p>En continu</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Plan de découpage déposé au MSSS ▪ Nombre de TAP formés
<p>Clientèle spécifique : TCCL</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Création du CIUSSS qui a modifié les rôles de certains acteurs et les mécanismes de concertation ▪ Milieux sportifs et éducatifs qui veulent se doter d'un cadre structuré de gestion des commotions cérébrales. Demande notre support. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mettre à jour le PROS TCCL et les mécanismes de suivi en fonction de la nouvelle organisation régionale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifier un chargé de projet et créer un comité de travail avec les intervenants et partenaires concernés ▪ Effectuer la mise à jour du PROS TCCL ▪ Ajuster le mécanisme de monitoring des indicateurs-clés en lien avec l'actualisation du PROS TCCL ▪ Dispenser l'information et la formation requise aux intervenants et partenaires impliqués 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ DSP/DP-DI-TSA-DP ▪ Chargé de projet 	<p>Sept 2016</p> <p>Mars 2017</p> <p>Avril 2017</p> <p>Juin 2017</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ PROS TCCL révisé, adopté par le Comité directeur et transmis au MSSS ▪ Nombre d'intervenants et partenaires ayant reçu la formation sur le PROS TCCL révisé ▪ Présence d'un rapport synthèse d'analyse annuelle des indicateurs par le Comité directeur régional

* Selon la pertinence, l'échéancier peut être établi en lien avec l'objectif principal ou en lien avec chacun des moyens proposés