

5.1.8. Procédure de gestion des priorités avec accessibilité 247 en moins de 30 minutes pour les victimes de traumatismes

HSE	HSJ	CMSSSSA	HML
√	√	√	√

Création	Révision	Adoption CECMDP
2004-06-30	2022-04-28	2024-11-04

1. Objectif

Faire en sorte que l'on accorde au traumatisé la priorité appropriée à sa situation dans la file d'attente des opérations urgentes. Il y a urgence lorsque l'état clinique d'un usager requiert une intervention chirurgicale en dedans de 24 heures, tout délai supplémentaire représentant un risque de préjudice grave ou de danger pour la vie.

2. Procédure et rôle des intervenants

2.1. Traumatisme urgent avec préavis

L'équipe chirurgicale est mise en alerte et une salle (ou plus) est mise en disponibilité.

2.2. Traumatisme urgent sans préavis

L'usager est dirigé vers une salle libre et le personnel est remobilisé pour procéder dans l'immédiat.

2.3. Traumatisme cliniquement stable

Une salle est mise en disponibilité et la disponibilité du personnel s'organise de concert entre le chirurgien et l'anesthésiste pour pouvoir procéder dans un délai approprié.

2.4. Chirurgien

Le chirurgien traitant est responsable de préciser le niveau d'urgence selon les priorités suivantes et en avise le coordonnateur médical ou l'anesthésiste de garde.

Le chirurgien gère les urgences en attente et conjointement avec l'anesthésiologiste après discussion entre eux de l'évaluation clinique et des priorités immédiates.

En situation exceptionnelle, si nécessaire, une deuxième équipe peut être rejointe.

- | | |
|-----------------------------|--|
| 1. Extrême urgence | Intervention à débiter immédiatement.
Situation clinique représentant un danger pour la vie de l'usager.
Intervention réalisée dans la première salle qui se libère.
Annulation de cas électifs au besoin. |
| 2. En moins de 6 heures | Intervention qui ne peut attendre la fin du programme opératoire.
Le chirurgien détermine le délai maximal admissible.
Annulation de cas électifs au besoin selon une rotation équitable entre les spécialités. |
| 3. Entre 6 et 12 heures | Intervention qui sera réalisée à la fin du programme opératoire de la journée, ou avant le programme opératoire du lendemain. |
| 4. En moins de 24 heures | Intervention qui pourra être réalisée à la fin du programme opératoire régulier ou être traitée en priorité dans le programme opératoire du lendemain. |
| 5. Urgence circonstancielle | Intervention qui dépend de certains facteurs professionnels ou organisationnels pour sa réalisation dans des conditions optimales justifiant son traitement rapide (24 à 48 heures), soit dans le programme opératoire du lendemain ou en dehors du programme régulier.
Doit faire l'objet d'une entente entre le coordonnateur médical, le chirurgien, l'anesthésiste et l'infirmière chef du bloc opératoire. |
| 6. Semi-urgence | Le chirurgien doit aviser directement le coordonnateur médicale ou l'anesthésiste de garde pour tout usager qui ne peut attendre une priorité opératoire disponible sans rencontrer les critères d'urgences susmentionnés. |

Annexe — Instrument de priorisation des urgences au bloc opératoire par service

Services	0 : Urgence nécessitant un dédoublement de salle et de personnel	I : Urgence extrême	II : Moins de 6 heures
Chirurgie générale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Polytraumatisé avec choc septique 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Traumatisé requérant une laparotomie ou une thoracotomie ▪ Péritonite généralisée ▪ Choc septique nécessitant une opération en rapport avec cette condition ▪ Choc hémorragique (interne ou digestif) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péritonite localisée (ex. : appendicite) ▪ Médiastinite ▪ Hernie étranglée ▪ Souffrance intestinale
Obstétrique-gynécologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Césarienne P-I¹ ▪ Grossesse ectopique rompue en choc ▪ Rétention placentaire si saignement actif 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Césarienne P-II² ▪ Ectopique rompue ▪ Kyste ovarien rompu avec saignement intra-abdominal ▪ Rétention placentaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Césarienne P-II ▪ Césarienne P-III³ ▪ Ectopique stable ▪ Avortement incomplet si saignement
Orthopédie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture chez un patient en choc 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Symdrôme de compartiment ▪ Fracture avec atteinte vasculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture ouverte ▪ Fracture chez l'enfant ▪ Fracture avec atteinte neurologique ▪ Arthrite septique
Ophtalmologie			
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trauma rénal instable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pyonéphrose ▪ Torsion testiculaire 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rétention urinaire ▪ Priapisme
Vasculaire	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAA rupturé instable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ AAA rupture 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ischémie aiguë ▪ Pontage veineux thrombosé
Plastie	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fasciite nécrosante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dévascularisation ▪ Réimplantation 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fracture ouverte ▪ Athrite septique ▪ Ténosynovite infectieuse
ORL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Problème du « airway » (ex. : néo obstructif, corps étranger, épiglottite) ▪ Hémorragie non contrôlable 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hémorragie ▪ Obstruction respiratoire nécessitant une trachéotomie ▪ Fracture du larynx ou de la trachée cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Idem à I ▪ Drainage d'abcès ou hématome ▪ Certaines fractures du massif facial donnant un problème d'élocution ou de respiration

¹ Procidence du cordon, décollement placentaire, souffrance fœtale, rupture utérine

² Tracé non rassurant, arrêt de progression

³ Membranes rompues ou phase de latence chez usagère avec c/s prévue ou siège

