

Les caractéristiques, l'historique et l'implantation du continuum de services en traumatologie du Québec (1991-2012)

Décembre 2012

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

Rapport rédigé par
Catherine Safianyk

Avec la collaboration de
**Gilles Bourgeois, Pierre Lapointe, Anne-Claire Marcotte et
Marie-Pascale Pomey**

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

Auteur

Catherine Safiany, M. Sc.

Collaborateurs

Gilles Bourgeois, M. D.

Pierre Lapointe, M. D.

Anne-Claire Marcotte

Marie-Pascale Pomey, M. D., Ph. D.

Direction scientifique

Jean-Marie Moutquin, M. D., M. Sc.

Recherche documentaire

Catherine Safiany

Soutien documentaire

Micheline Paquin

Édition

Responsable

Diane Guilbault

Révision linguistique

Services des communications

Traduction

Mark Wickens

Coordination

Véronique Baril

Mise en page

Marie-Andrée Houde

Vérification bibliographique

Denis Santerre

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISSN 1915-3104 INESSS (PDF)

ISBN 978-2-550-66232-7 (PDF)

© Gouvernement du Québec, 2012

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). Les caractéristiques, l'histoire et l'implantation du continuum de services en traumatologie du Québec (1991-2012). Montréal, QC : INESSS; 2012. 85 p.

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

Autres contributions

L'Institut tient aussi à remercier les personnes suivantes qui ont contribué à la préparation de ce rapport en fournissant soutien, information et conseils clés :

Reiner Banken

Marie-Hélène McDuff

Et de l'unité de traumatologie :

D^r Jean Lapointe

Mario De Bellefeuille

Hélène Côté

Marie-Josée Clapier

Déclaration d'intérêts

L'Institut ne déclare aucun conflit d'intérêt.

Responsabilité

L'Institut assume l'entière responsabilité de la forme et du contenu définitifs du présent document. Les conclusions ne reflètent pas forcément les opinions des personnes consultées dans le cadre de ce dossier.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	i
SUMMARY	iii
SIGLES ET ABRÉVIATIONS.....	v
GLOSSAIRE	vii
INTRODUCTION.....	1
1 MÉTHODOLOGIE	2
2 PRÉSENTATION DES CARACTÉRISTIQUES DU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE.....	3
2.1 Principes directeurs.....	3
2.2 Objectifs du programme	4
2.3 Architecture du programme.....	5
2.4 Soutien à la performance et à la qualité du programme	10
2.5 Mécanismes de concertation	12
2.6 Processus de désignation des centres hospitaliers et des établissements de réadaptation	14
3 HISTORIQUE DU PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC.....	17
3.1 Mission et engagement de la SAAQ.....	17
3.1.1 Travaux de recherche de la RAAQ sur le postimpact.....	18
3.1.2 Sensibilisation à la problématique	20
3.2 Création de partenariat entre le MSSS et la SAAQ.....	20
3.3 Chronologie de l'implantation du CST.....	22
3.3.1 Système préhospitalier	22
3.3.2 Volet « santé physique ».....	24
3.3.3 Volet « réadaptation et soutien à l'intégration »	27
3.3.4 Fonctions Évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST).....	33
4 FACTEURS FACILITANT L'IMPLANTATION DU CST	35
4.1 Rappels théoriques de la gestion du changement.....	35
4.2 Détermination des facteurs.....	37
4.2.1 Facteurs liés à l'environnement.....	38
4.2.2 caractéristiques de l'innovation.....	39
4.2.3 Leadership et gouvernance	43
4.2.4 outils et structure de soutien.....	46
4.3 Synthèse	46

5	CONCLUSION.....	47
5.1	Enseignements	47
5.2	Constats et réflexions.....	49
ANNEXE 1	Tableaux de synthèse des documents de la RAAQ et de la SAAQ entre 1987 et 2006 non-accessible par le Web	52
ANNEXE 2	Tableau de synthèse des documents rédigés lors de la reprise par l’AETMIS non-disponible par le Web	54
ANNEXE 3	Description des régions du Québec	55
ANNEXE 4	Exemple de grille d’évaluation.....	56
	RÉFÉRENCES.....	79

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Synthèse, par région, des consortiums régionaux d’établissements desservant la clientèle TCCMG chez les adultes, les enfants et les adolescents [FECST, 2011]	8
Tableau 2	Synthèse, par région, du nombre de centres d’expertise et de centres hospitaliers primaires, secondaires, tertiaires (adultes, enfants et adolescents) et d’établissements de réadaptation désignés [FECST, 2011].....	9
Tableau 3	Historique des mécanismes de concertation en traumatologie [MSSS, 2001a] (voir l’annexe 2).....	13
Tableau 4	Synthèse des cycles de vie du processus de désignation des établissements en santé physique et en réadaptation	16

LISTE DES FIGURES

Figure 1	La matrice de Haddon	4
Figure 2	La chaîne d’interventions préhospitalières.....	23

RÉSUMÉ

Le continuum de services en traumatologie (CST) est un modèle d'organisation de services intégrés destinés aux personnes victimes d'un traumatisme modéré ou grave. Ce programme, implanté au Québec au début des années 90, a pour principaux objectifs l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et la qualité des services offerts aux personnes victimes d'un traumatisme modéré ou grave. Le CST répond à plusieurs principes directeurs qui font consensus à l'échelle internationale, dont le principe de chronodépendance, le concept d'inversion du fardeau de la preuve et le concept de régionalisation, et cela, suivant une approche systémique et intégrée.

Le CST se structure selon une architecture qui respecte les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et se subdivise en 14 maillons coordonnés, allant de la prévention des accidents à la réintégration dans le milieu de vie. Afin de soutenir cette architecture, des centres d'expertise pour les victimes de brûlures graves (VBG), les blessés médullaires (BM), les tétraplégiques ventilo-assistés (TVA) et les victimes d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU) ainsi que des consortiums d'établissements (régionaux et interrégionaux), principalement à l'intention de la clientèle des traumatisés craniocérébraux modérés ou graves (TCCMG), ont été établis. Afin de faciliter l'intégration verticale et horizontale, plusieurs mécanismes de concertation ont été mis en place aux différents échelons du système de santé, dont les groupes conseils en traumatologie pour la santé physique et pour la réadaptation et les comités régionaux et locaux de traumatologie.

Des outils et des structures s'appliquant à la recherche, par exemple le Programme national de recherche en traumatologie (PNRT), à la gestion des données, dont le Registre des traumatismes du Québec (RTQ), et au suivi de la performance, par exemple les Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST), ont permis de soutenir l'amélioration continue de la qualité des services.

Le CST est devenu opérationnel tout d'abord grâce à un processus de désignation individuelle des centres hospitaliers puis des établissements de réadaptation pour tendre progressivement vers une régionalisation de l'offre de services en traumatologie. La désignation est accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux. Le processus de désignation découle principalement de l'élaboration d'un outil et de l'adoption d'une démarche à l'initiative des deux groupes conseils en traumatologie. L'évaluation se fait au moyen d'un audit, réalisé par des experts externes. Des grilles d'évaluation ont été élaborées selon des critères précis en fonction des besoins spécifiques des différentes clientèles et sont mises à jour régulièrement.

Le CST s'est implanté en plusieurs phases, sur une période de 20 ans, grâce à la volonté de deux principaux acteurs, soit le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et la Régie de l'assurance automobile du Québec¹ (RAAQ), formant un partenariat. Depuis sa création, la RAAQ avait pour objectif de participer à la réduction des risques liés à l'usage de la route, tout d'abord en élaborant des moyens d'action en prévention des accidents, par l'indemnisation des dommages et la signature d'une entente avec des établissements de réadaptation.

¹ Depuis juin 1990, l'acronyme RAAQ a été remplacé par SAAQ (le lecteur trouvera plus d'information au chapitre 2.1.1); pour des raisons de simplicité, dans le reste du présent document, seul l'acronyme SAAQ sera utilisé, à moins que les dates soient clairement indiquées. De même, les documents cités dont la date de publication est 1990 ou antérieure à cette année font référence à la RAAQ.

Durant près de quatre années, la RAAQ a mené des travaux de recherche, au Québec et hors Québec, en vue de recueillir des données factuelles et de déterminer quelles sont les meilleures pratiques, ailleurs dans le monde, afin d'être en mesure d'élaborer, en collaboration avec le MSSS, un plan directeur afin d'implanter le futur réseau intégré en traumatologie.

L'implantation du CST s'est amorcée tout d'abord en 1991 par le volet « santé physique », en regroupant les centres hospitaliers et certains organismes de santé qui offrent des services allant de la stabilisation médicale aux services dispensés dans les centres tertiaires. Actuellement, trois cycles d'évaluation sont complétés et un autre est en cours; 73 établissements ont obtenu la désignation.

Quant au volet « réadaptation et soutien à l'intégration », son implantation s'est amorcée à partir de 1999 par la création de consortiums d'établissements et de centres d'expertise visant à assurer progressivement l'accessibilité et la continuité des services offerts à la clientèle TCCMG et à la clientèle VBG. La création des consortiums et le nombre de cycles d'évaluation varient selon les clientèles prises en charge.

Dès 2003, mandatée par le MSSS, la SAAQ a amorcé une réflexion sur l'élaboration de l'architecture et de l'ingénierie d'un projet de gestion centralisée d'évaluation de l'ensemble du CST, ainsi nommé Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST). Puis, à partir de 2006, la SAAQ se désengage de ses activités au sein du CST. La reprise s'est faite progressivement par l'Agence des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), devenue l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) en 2011.

Par la suite, les facteurs qui ont facilité l'implantation et le développement du CST ont été établis selon une perspective de gestion, en rapport avec la théorie du changement. Une brève revue de la littérature sur cette théorie a été réalisée afin de situer l'approche et de structurer le recensement des facteurs. Ces derniers ont été catégorisés selon qu'ils représentent des aspects liés à l'environnement (ex. : pressions coercitives et normatives), des aspects propres à l'innovation implantée (ex. : planification, rythme du changement), des aspects liés à la gouvernance (ex. : leadership, création de partenariat), des outils (ex. : implantation d'un système de gestion des données) ou des mécanismes de coordination (ex. : ententes de transferts) mis en place en vue de soutenir l'implantation et la pérennisation du CST.

À la lumière de l'analyse de l'historique et des facteurs facilitant l'implantation du CST, plusieurs constats et réflexions ont été faits. Les enseignements retenus ont principalement été liés à des aspects relatifs à la gouvernance, plus particulièrement de leadership, et des facteurs relatifs au développement d'une culture d'apprentissage. Cela a contribué à mieux disposer au changement des acteurs du domaine de la traumatologie, en plus de contribuer à l'adoption de l'innovation suivant l'élaboration d'un processus d'apprentissage individuel et collectif.

Depuis plus de cinq ans, la gestion du CST a évolué. Les réflexions portent sur l'évolution en général de l'organisation du CST, notamment en rapport avec les mécanismes de concertation, la recherche en traumatologie et le processus d'évaluation mis en place avec les FECST.

SUMMARY

The characteristics, history and implementation of Québec's Trauma Care Continuum (1991-2012)

The trauma care continuum (TCC) is a model for organizing integrated services for victims of moderate to severe trauma. The main objectives of this program, which was set up in Québec in the early 90s, are the accessibility, continuity, efficacy and quality of the services intended for victims of moderate to severe trauma. The TCC follows a number of guiding principles that enjoy international consensus, such as the principle of time dependence, the concept of reverse burden of proof, and the concept of regionalization, this using an integrated, system-wide approach.

The TCC is structured according to a design that reflects the three levels of prevention (primary, secondary and tertiary) and is made up of 14 coordinated components, from accident prevention to reintegration into the living environment. To support this structure, expert care centres for severe burn victims, victims of spinal cord injuries, ventilator-assisted quadriplegics, and amputation victims requiring emergency microsurgical revascularization, and consortiums of facilities (regional and interregional), mainly for victims of moderate to severe trauma brain injuries, were created. To facilitate vertical and horizontal integration, several mechanisms for concerted action were put in place at the different levels of the health-care system, such as trauma services advisory groups for physical health and for rehabilitation, and regional and local trauma services committees.

Tools and structures relating to research, for example, the Programme national de recherche en traumatologie (PNRT) (National Trauma Research Program), to data management, such as the Québec Trauma Registry (French acronym, RTQ), and to performance tracking, such as the Trauma Care Continuum assessment functions (TCCAF), have led to continuous improvement in service quality.

The TCC became operational first through a process of individual designation of hospitals, then of rehabilitation facilities, gradually moving toward regionalization of the offer of trauma care services. The designation is granted by the Minister of Health and Social Services, and the designation process stems mainly from the development of a tool and the adoption of an approach at the initiative of the two trauma services advisory groups. Assessments are done by means of audits by outside experts. Assessment grids were developed according to specific criteria based on the specific needs of the different types of patients and are updated on a regular basis.

The TCC was implemented in several phases over a period of 20 years, thanks to the commitment of two main players in partnership: the Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) and the Régie de l'assurance automobile du Québec² (RAAQ). Ever since it was created, the RAAQ had had as one of its objectives to help reduce the risks associated with the use of the roadways, primarily by developing accident prevention measures, providing compensation for losses, and signing an agreement with rehabilitation centres.

² In 1990, the acronym RAAQ was replaced with SAAQ (the reader will find additional information in Chapter 2.1.1). For the sake of simplicity, in the rest of this report, only the acronym SAAQ will be used, unless the dates are clearly indicated. Similarly, the cited documents whose date of publication is 1990 or earlier will refer to the RAAQ.

For nearly four years, the RAAQ conducted research in and outside Québec in order to gather evidence and determine what the best practices were elsewhere in the world for the purpose of developing, in collaboration with the MSSS, a blueprint for setting up the future integrated trauma care network.

Implementation of the TCC first began in 1991 with the “physical health” arm by grouping together hospitals and certain health agencies that provide services ranging from medical stabilization to those provided by tertiary trauma care centres. To date, three assessment cycles have been done, and a fourth is in progress. Seventy-three facilities have obtained the designation.

As for the “rehabilitation and reintegration support” arm, its implementation began in 1999 with the creation of consortiums of facilities and expert care centres, which was aimed at gradually ensuring access to and the continuity of services for victims of severe burns and victims of moderate to severe trauma brain injuries. The creation of consortiums and the number of assessment cycles varies according to the type of victims treated.

In 2003, at the MSSS’s request, the SAAQ started looking into designing and engineering a centralized assessment-management project for the entire TCC, which was called Trauma Care Continuum assessment functions (TCCAF). Then, in 2006, the SAAQ ceased its activities within the TCC. The slack was gradually picked up by the Agence des technologies et des modes d’intervention en santé (AETMIS), which became the Institut national d’excellence en santé et en services sociaux (INESSS) in 2011.

Subsequently, the factors that facilitated the TCC’s implementation and development were identified from a management perspective in connection with change theory. A brief literature review of this theory was conducted to situate the approach and to structure the list of factors. These factors were classified according to whether they involved environmental aspects (e.g., coercive and normative pressures), aspects specific to an implemented innovation (e.g., planning and the pace of change), governance-related aspects (e.g., leadership and the creation of partnerships), tools (e.g., implementing a data management system) or coordination mechanisms (e.g., transfer agreements) put in place to support the implementation and future of the TCC.

The analysis of the history of the TCC and of the factors that facilitated its implementation has led to a number of observations and thoughts. The lessons drawn mainly concern the governance-related aspects, in particular, leadership, and factors pertaining to the development of a learning culture. This has contributed to making players in the field of trauma more amenable to change, in addition to contributing to innovation uptake following the development of an individual and group learning process.

The management of the TCC has been evolving for more than five years. Discussions are taking place about the overall change in the TCC’s organization, in particular, in connection with the mechanisms for concerted action, trauma research and the assessment process put in place with the TSCEF.

SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AERDPQ	Association des établissements de réadaptation en déficience physique du Québec
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé
AHQ	Association des hôpitaux du Québec
ASL	<i>Advanced life support</i>
ASMUQ	Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec
AQESSS	Association québécoise des établissements de santé et de services sociaux
ASSS	Agence de santé et de services sociaux
BLS	<i>Basic life support</i>
BM	Blessé médullaire
BOG	Blessé orthopédique grave
CST	Continuum de services en traumatologie
CLSC	Centre local de santé communautaire
DGSSMU	Direction générale des services de santé et de médecine universitaire
FECST	Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie
F.L.A.M.	Force, Liberté, Amour, Mouvement d'accueil, Association des grands brûlés
FMQ	Fédération des médecins omnipraticiens du Québec
FMSQ	Fédération des médecins spécialistes du Québec
FRSQ	Fonds de recherche du Québec – Santé
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRDPQ	Institut de réadaptation en déficience physique de Québec
IRGLM	Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
ISS	<i>Injury severity score</i>
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTQ	Ministère du Transport du Québec
NBCR	<i>National Burn Care Review</i>
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PNRT	Programme national de recherche en traumatologie
RAAQ	Régie de l'assurance automobile du Québec
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

REPAR-FRSQ	Réseau provincial de recherche en adaptation-réadaptation du Fonds de recherche du Québec – Santé
RTQ	Registre des traumatismes du Québec
SAAQ	Société de l’assurance automobile du Québec
SPU	Service préhospitalier d’urgence
SQ	Sûreté du Québec
TCCL	Traumatisme craniocérébral léger
TCCMG	Traumatisme craniocérébral modéré ou grave
TVA	Tétraplégique ventilo-assisté
VARMU	Victime d’amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d’urgence
VBG	Victime de brûlures graves
VGQ	Vérificateur général du Québec
VPSA	Vice-présidence aux services aux accidentés

GLOSSAIRE

Les termes du glossaire font référence en grande partie aux données se trouvant sur le site Web des FECST [FECST, 2011].

Blessé médullaire (BM)

Personne victime d'un traumatisme à la moelle épinière qui entraîne des modifications sur le plan de la sensibilité et de la motricité. La perte de la mobilité et de la sensibilité peut atteindre les membres inférieurs (paraplégie); lorsqu'elle atteint les quatre membres, on parle de tétraplégie ou de quadriplégie.

Blessé orthopédique grave (BOG)³

Personnes ayant subi un ou des traumatismes graves à la colonne vertébrale ou à d'autres parties du système musculosquelettique, tel que le bassin et les membres supérieurs ou inférieurs, et qui nécessite une réadaptation spécialisée.

Centres 911

Guichets uniques qui permettent d'alerter les systèmes d'urgence.

Centre d'expertise pour des clientèles spécifiques en traumatologie²

Établissements offrant des services experts aux victimes de blessures médullaires et de brûlures graves ainsi qu'aux personnes nécessitant une réimplantation microchirurgicale d'urgence. Ces établissements remplissent leur mandat dans le contexte d'un consortium d'établissements constituant le centre d'expertise.

Centre primaire de traumatologie²

Établissement situé à un temps de parcours de plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire offrant des services de chirurgie générale et d'anesthésie.

Centre secondaire de traumatologie²

Établissement offrant des services de chirurgie générale, d'orthopédie, de soins intensifs polyvalents et de réadaptation précoce. Certains centres secondaires régionaux, par leur implication dans un consortium d'établissements, sont responsables des services surspécialisés en neurotraumatologie offerts dans la région qu'ils desservent.

Centre tertiaire de traumatologie²

Établissement offrant des soins spécialisés et surspécialisés en traumatologie, des services de neurochirurgie, des soins intensifs spécialisés et des services interdisciplinaires de réadaptation précoce. Ces établissements remplissent certains de leurs mandats dans le contexte d'un consortium d'établissements ou de centres d'expertise.

³ Continuum de services en traumatologie

Consortium d'établissements²

Élément fondamental du continuum de services offerts aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG). Ces consortiums assurent la coordination entre les établissements et les organisations qui interviennent au sein des grands ensembles de services, soit celui de la santé physique et celui de la réadaptation et du soutien à l'intégration. L'ensemble des acteurs d'un consortium est responsable, solidairement et conjointement, de l'offre de services offerts à cette clientèle, de la mise en place du continuum et de la coordination des services.

Chronodépendance

Principe démontrant que la survie en traumatologie est dépendante du temps réel. Les chances de survie sont amoindries pour une personne victime d'un choc hypovolémique au-delà de 60 minutes. Ce principe a donné naissance à celui du « Golden hour ».

Impact (phase)

Ensemble de mesures actives et passives de protection mises en œuvre au moment de l'accident et qui a pour objectif de réduire le nombre et la gravité des traumatismes au moment d'un accident.

Postimpact (phase)

Ensemble des événements d'une chaîne linéaire, depuis l'appel au secours jusqu'à la réinsertion sociale des victimes de traumatisme, permettant la coordination des services préhospitaliers, hospitaliers et posthospitaliers

Préimpact (phase)

Ensemble de mesures visant à prévenir les accidents et qui a pour objectif de réduire les accidents.

Service de stabilisation médicale²

Établissement situé à un temps de parcours de plus de 30 minutes d'un centre de traumatologie. Il assure la stabilisation médicale de l'état des victimes en moins de 10 minutes et fournit une escorte aux traumatisés à risque.

Traumatisme craniocérébral léger (TCCL)²

Le traumatisme craniocérébral léger (TCCL), survient lorsque la tête est frappée ou secouée violemment. Le TCCL est une désorganisation temporaire du fonctionnement du cerveau. Il se caractérise par au moins une des conditions suivantes : une brève perte de conscience; aucun souvenir des événements entourant l'accident; une période de somnolence, de désorientation ou de confusion suivant l'accident.

Traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)²

Le traumatisme craniocérébral peut survenir lorsque la tête est frappée ou secouée violemment lors d'un accident de voiture, d'une chute ou d'un acte de violence. Le TCCMG se caractérise par une contusion au cerveau, un hématome, une hémorragie, un œdème cérébral ou une atteinte axonale diffuse et un score Glasgow de 3 à 12.

Tétraplégique ventilo-assisté (TVA)²

Blessé présentant une atteinte médullaire cervicale (région du cou) et dont les difficultés respiratoires nécessitent l'assistance d'un ventilateur mécanique.

Victime d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU)²

Personne ayant subi une amputation, complète ou partielle, nécessitant la dévascularisation :

- d'un pouce;
- d'un seul doigt;
- de plusieurs doigts;
- de la main;
- du poignet ou de l'avant-bras;
- du coude ou à proximité du coude;
- de toute partie réimplantable (oreille, nez, etc.).

Victime de brûlures graves (VBG)²

Personne victime de brûlures au 2^e ou au 3^e degré sur plus de 10 % de la surface corporelle chez un adulte de plus de 50 ans, de brûlures au 2^e ou au 3^e degré sur plus de 20 % de la surface corporelle chez un adulte de 16 à 50 ans ou de brûlures au 3^e degré sur plus de 5 % de la surface corporelle ou encore de brûlures au 2^e ou au 3^e degré au visage, aux mains, aux pieds, aux organes génitaux, au périnée ou aux articulations majeures.

INTRODUCTION

Dès 1986, un état des lieux des services offerts en traumatologie, réalisé par la RAAQ (devenue la SAAQ en 1990), mettait en évidence la nécessité de garantir l'accessibilité, la continuité ainsi que la qualité des soins offerts aux personnes victimes d'un traumatisme. Au début des années 90, le gouvernement du Québec a priorisé la prise en charge des traumatisés et incité une réflexion sur l'intégration des services en traumatologie.

En 1991, un modèle d'organisation de services intégrés à l'intention des personnes victimes d'un traumatisme, le CST, a été implanté au Québec, lancé en partie par la création du partenariat entre le MSSS et la SAAQ. Ce programme permet à toute personne victime d'un traumatisme, au Québec, de bénéficier d'une prise en charge adéquate par les services préhospitaliers d'urgence (SPU) et son transfert en direction du centre le plus approprié à son état. De 1992 à 2002, ce modèle d'organisation a contribué à faire diminuer le taux de mortalité des personnes victimes de traumatismes majeurs de 52,0 % à 8,6 % au Québec.

À partir de 2006, la SAAQ se désengage progressivement du CST et depuis 2008, l'AETMIS, devenue l'INESSS en 2011, a repris l'ensemble des activités des FECST. L'Institut a reçu du MSSS le mandat d'assurer la gestion et la poursuite du programme d'amélioration continue de la qualité du CST, en plus de soutenir les orientations ministérielles du programme de traumatologie et d'y participer.

Le CST est riche de 20 années d'existence, teintées de collaboration et de partenariat interorganisationnel, de pressions environnementales normatives ou coercitives, de jeux d'acteurs dont la préoccupation commune est de mettre le patient au centre du processus en vue d'une prise en charge efficiente en fonction de l'état de ce patient.

C'est dans ce contexte, au milieu de l'année 2010, que l'AETMIS a demandé la rédaction de l'historique du CST ainsi que la détermination des facteurs ayant contribué à ce succès dans un contexte de changement organisationnel. La synthèse, la rédaction de l'historique du programme ainsi que la détermination des facteurs facilitants permettra de conserver une mémoire organisationnelle du programme, de reconnaître les efforts entrepris par un nombre important d'organisations et d'acteurs dans la structuration et la réussite du CST et de déterminer les facteurs ou les mécanismes nécessaires à la réflexion et au développement d'un réseau intégré.

1 MÉTHODOLOGIE

Le présent rapport revêt en grande partie un aspect narratif. Il a été structuré et enrichi à l'aide de données recueillies par diverses sources. Plusieurs entrevues ont été réalisées avec l'ancien président du groupe conseil en traumatologie pour le volet santé physique, avec un des médecins-conseil pour le volet « santé physique » et avec la coordonnatrice responsable du groupe conseil en traumatologie pour le volet « réadaptation et soutien à l'intégration ». Des données ont également été recueillies au moyen de l'analyse de divers documents diffusés par les principales organisations, parties prenantes à la conception et au développement du CST, dont la RAAQ puis la SAAQ, le MSSS et l'AETMIS. Une revue sommaire de la littérature en rapport avec la théorie du changement a été effectuée, principalement à l'aide de la base de données MEDLINE ainsi que de certaines données repérées dans la littérature grise.

Plusieurs entrevues ont été faites entre 2010 et 2011 avec différents membres des deux groupes conseils en traumatologie. L'une des entrevues a été réalisée en août 2010 avec l'ancien président du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » qui a été en fonction de 1991 à 2006, sous la forme d'une entrevue semi-dirigée. Une grille a été élaborée et validée afin de recueillir principalement des données ayant un lien avec la phase antérieure à l'implantation du CST, particulièrement en ce qui concerne les recherches entreprises par la RAAQ et la SAAQ avant 1992, ainsi qu'avec la création du partenariat et le début de l'implantation du CST. Lors de cette rencontre, plusieurs documents internes, qui n'avaient pas été diffusés, de la RAAQ et de la SAAQ, de la Direction des politiques et des programmes de la vice-présidence à la planification ont été remis.

En 2010 et 2011, d'autres entrevues se sont tenues avec un des médecins-conseil du volet « santé physique » et avec la coordonnatrice du volet « réadaptation et soutien à l'intégration ».

À des fins de validation du contenu, les différents chapitres ont été soumis, régulièrement durant l'année 2011, à ce même médecin-conseil et à la coordonnatrice du volet « réadaptation et soutien à l'intégration ».

Limites relatives à l'accessibilité publique des documents

Les chapitres portant sur les caractéristiques du CST et sur l'historique du programme de traumatologie ont été structurés en partie à l'aide des documents remis par l'ancien président du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique », avec l'autorisation d'y faire référence. Ces documents, principalement de type administratif et stratégique, n'ont pas été publiés. L'annexe 1 du présent document présente la synthèse, sous forme de tableau, des documents remis lors de cette rencontre. L'annexe 2 dresse la liste des documents remis par l'unité de traumatologie de l'AETMIS lors d'entrevues par l'un des médecins conseils du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » et par la coordonnatrice du groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration ». Dans un souci de gestion documentaire, toutes les notes, les rapports et les mémoires ont été numérisés et archivés par l'unité de traumatologie de l'INESSS, où ils sont conservés.

2 PRÉSENTATION DES CARACTÉRISTIQUES DU CONTINUUM DE SERVICES EN TRAUMATOLOGIE

Le présent chapitre exposera tout d'abord les principes directeurs et les objectifs du programme du continuum de services en traumatologie (CST). L'architecture du CST, les mécanismes de concertation et le processus de désignation des établissements seront décrits par la suite. En conclusion de ce chapitre, les structures et les outils qui ont favorisé l'amélioration continue de la qualité du programme seront abordés.

2.1 Principes directeurs

Le CST est un modèle d'organisation de soins et de services en traumatologie, implanté au Québec au début des années 90 [FECST, 2011]. Il s'agit d'un programme interdisciplinaire basé sur la complémentarité des ressources et la collaboration⁴. Le MSSS et la RAAQ ont élaboré le programme en s'inspirant des données probantes et des consensus internationaux en traumatologie, adaptés au contexte du Québec [ASSS Capitale-Nationale, 2009; RAAQ, 1986].

Les principes directeurs retenus sont le principe de « chronodépendance », celui de l'inversion du fardeau de la preuve, de la régionalisation de l'offre de services et en adoptant un modèle d'organisation systémique et intégré [ASSS Capitale-Nationale, 2009; ASSS Montréal, 2006; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986].

Le principe de chronodépendance en traumatologie, élaboré par Cowley [1979], a mis en évidence l'importance d'agir rapidement. Il a été démontré qu'une intervention tardive de plus de 60 minutes réduit gravement les chances de survie des personnes victimes de traumatismes. Cela a donné naissance au concept de l'heure critique, (*golden hour*) reconnu et adopté dans la majorité des pays occidentaux [Cassidy, 2004; RAAQ, 1986; Boyd et Cowley, 1983].

Le concept d'inversion du fardeau de la preuve tente de mettre en évidence le fait que le système de santé doit être en mesure de garantir une prise en charge efficiente du patient. L'élaboration de protocoles de prises en charge doit permettre de vérifier l'existence ou non d'une blessure traumatique. Il n'est pas du devoir du traumatisé de faire la preuve qu'il a besoin du réseau de traumatologie, mais plutôt celui du système de prouver que le blessé ne requiert pas l'expertise du réseau [ASSS Capitale-Nationale, 2009].

Le concept de régionalisation permet d'implanter une organisation de services basée sur la complémentarité des ressources (humaines, matérielles, structurelles, etc.) par la désignation d'établissements « experts » pour recevoir les personnes victimes de traumatismes selon des critères définis et reconnus [West et Trunkey, 1979].

⁴ Collaboration gouvernementale, paragouvernementale, universitaire et communautaire.

La littérature a mis en évidence l'importance d'adopter une approche systémique et intégrée en vue de prendre en charge de façon optimale les victimes de traumatisme [Cassidy, 2004; RAAQ, 1986; Trunkey, 1983]. Les travaux de Trunkey [1983] ont souligné la nécessité d'élaborer un modèle d'organisation des services de traumatologie qui passe par la prévention, par exemple l'approche systémique, par les soins, par exemple l'heure critique, l'accessibilité et la continuité, ainsi que par la recherche. Ces travaux ont été déterminants dans l'amélioration de la prise en charge des victimes de traumatisme. Au cours des années 70, Haddon a conçu un modèle permettant un traitement systématique global et dynamique des transports routiers⁵, selon une triade épidémiologique liée à des trois principaux facteurs (humain, véhicules et équipements, environnement) qui interviennent dans chacune des trois phases que sont l'avant l'impact, l'impact et le postimpact. Haddon a développé une matrice qui résume ceci [Haddon et Baker, 1981; Haddon, 1968].

Figure 1 La matrice de Haddon

FACTEURS				
PHASES		HUMAIN	VÉHICULES ET ÉQUIPEMENTS	ENVIRONNEMENT
PRÉIMPACT (AVANT L'ACCIDENT)	Prévention des accidents	▪ Information ▪ Attitudes ▪ Diminution des facultés	▪ Aptitude à rouler ▪ Éclairage ▪ Freins ▪ Maniement ▪ Gestion de la vitesse	▪ Aménagement routier ▪ Limites de vitesse ▪ Aménagements piétons
IMPACT (ACCIDENT)	Prévention des traumatismes en cas d'accident	▪ Utilisation de moyens de contention ▪ Diminution des facultés	▪ Ceintures ▪ Autres dispositifs de sécurité ▪ Conception de protection en cas d'accident	▪ Accotements résistants
POSTIMPACT (APRÈS L'ACCIDENT)	Maintien en vie	▪ Notions de secourisme ▪ Accès à des médecins	▪ Facilité d'accès ▪ Risque de feu	▪ Équipement de secours ▪ Congestion

Tirée du « Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation » [OMS, 2004].

2.2 Objectifs du programme

Le CST est un réseau intégré de services offrant aux victimes de traumatisme tous les services personnalisés nécessaires, selon la complexité et la gravité de leur état. Les objectifs principaux du CST sont l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité [ASSS Capitale-Nationale, 2009; ASSS Montréal, 2006; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986] :

⁵ Allant du pré-impact, à l'impact et jusqu'au post-impact.

- **Accessibilité** : le réseau doit offrir une prise en charge globale, sans délai, par le système de santé à toute victime d'un traumatisme grave ou potentiellement grave. Cela sous-entend une intégration des services allant des services préhospitaliers d'urgence (SPU) aux services posthospitaliers, en passant par les services hospitaliers.
- **Efficacité** : une condition incontournable en traumatologie est la compression des délais afin d'assurer les meilleures chances de survie aux victimes. À l'échelle internationale, plusieurs outils ont été élaborés en vue de faciliter le triage lors de la phase de SPU. Des procédures et des protocoles ont été élaborés afin de permettre une meilleure organisation et une meilleure coordination des actions et des ressources
- **Qualité** : toutes les actions comprises dans la chaîne d'interventions de la phase du postimpact sont définies par des procédures et des protocoles partagés et reconnus par tous les acteurs du réseau. De plus, les comités locaux jouent un rôle capital dans l'amélioration continue de la qualité, par exemple par la mise en place d'une revue de cas concernant certains dossiers. Des mécanismes de concertation entre les différents échelons (locaux, régionaux, nationaux) ont été implantés afin de permettre une cohésion dans l'atteinte des objectifs.
- **Continuité** : le CST doit permettre à tout patient, quelles que soient la gravité et la complexité de son traumatisme et sa situation géographique d'avoir accès à des soins spécialisés ou surspécialisés. À cette fin, des corridors de services bidirectionnels et des ententes administratives ont été mis en place afin de faciliter le transfert des patients et l'abolition du droit de refus des établissements.

2.3 Architecture du programme

Le CST couvre les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire et tertiaire). Il est constitué de 14 maillons coordonnés, allant de la prévention des accidents jusqu'à la réintégration des victimes dans leur milieu de vie, en passant par leur transport et le traitement médical. Un document visuel a été conçu afin de donner une image globale du continuum⁶. L'efficacité du système est basée sur la rapidité d'intervention et sur l'intégration des différents services. L'architecture du CST comprend la prévention primaire, secondaire et tertiaire. [FÉCST, 2011; MSSS, 1990; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986].

La prévention primaire (phase de préimpact) concerne les actions menées auprès de l'ensemble de la population et visant à prévenir les accidents, par exemple les campagnes de sensibilisation.

La prévention secondaire (phase d'impact) regroupe toutes les mesures de protection destinées aux personnes victimes d'un accident afin de réduire la gravité des blessures, par exemple l'élaboration et l'implantation de nouvelles mesures législatives.

La prévention tertiaire (phase de postimpact) doit permettre la réduction de la mortalité et de la morbidité associées aux conséquences d'un traumatisme. La prévention tertiaire se caractérise comme une chaîne linéaire d'événements, depuis l'appel au secours jusqu'à la réinsertion sociale des victimes de traumatisme, en coordonnant les services préhospitaliers, hospitaliers et posthospitaliers [FÉCST, 2011; MSSS, 1990; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986].

⁶ Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST). *Continuum de services en traumatologie* [dépliant informatif], accessible à l'adresse suivante : <http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/cst.pdf>.

Les **services préhospitaliers** incluent l'ensemble des acteurs du système. Les services du 911 et les centres de communication santé reçoivent les appels servant à signaler l'événement. Les policiers, les pompiers et leurs unités de désincarcération de même que les premiers répondants sont chargés de stabiliser l'état des victimes et de sécuriser l'environnement jusqu'à l'arrivée des services ambulanciers, selon une approche rapide et standardisée. Les services ambulanciers dirigent les blessés vers les centres de traumatologie désignés afin d'offrir les soins les plus adéquats aux victimes de traumatisme [FÉCST, 2011; MSSS, 1990; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986].

Les **services hospitaliers** sont offerts par des centres hospitaliers désignés en fonction de leurs ressources, de leurs expertises particulières et de leur emplacement géographique. Les centres de traumatologie sont classés selon cinq niveaux de services.

- Les services de stabilisation médicale se trouvent en région éloignée et isolée. Ils assurent des soins de stabilisation respiratoire uniquement et le séjour ne doit pas excéder 10 minutes. Ces centres doivent fournir une escorte médicale, s'il y a lieu.
- Les centres primaires sont situés à plus de 30 minutes de temps de parcours d'un centre de traumatologie secondaire ou tertiaire. Ils dispensent des services de chirurgie générale et d'anesthésie jour et nuit. Ils permettent une stabilisation chirurgicale ou hémorragique avant un éventuel transfert. Ils assurent aussi une escorte médicale, s'il y a lieu.
- Les centres secondaires offrent des services de chirurgie générale, des services d'orthopédie, des soins intensifs polyvalents et des services de réadaptation précoce. Il s'agit de centres de référence signataires d'ententes de services avec les centres primaires et les services de stabilisation médicale.
- Les centres secondaires régionaux dispensent les mêmes services que les centres secondaires. Ils offrent des soins et des services neurochirurgicaux et de neurotraumatologie. Ils sont désignés « centres régionaux de référence en neurotraumatologie ». De plus, les centres secondaires sont dotés d'une équipe interdisciplinaire de réadaptation précoce et ils participent au programme de suivi externe destiné aux neurotraumatisés.
- Les centres tertiaires sont des centres universitaires de référence prodiguant des soins spécialisés et surspécialisés en traumatologie, en neurochirurgie et en soins intensifs spécialisés. Ils dispensent aussi des services interdisciplinaires de réadaptation précoce et possèdent une structure d'enseignement et de recherche en traumatologie et en neurotraumatologie. Des mécanismes de consultation avec les établissements signataires des ententes de services ont été conçus, de même que des mécanismes de formation à leur intention. La population qu'ils desservent dépasse 1,5 million de personnes et ils doivent admettre environ 200 patients dont l'indice de gravité du traumatisme ou IGT (en anglais *Injury Severity Score* ou ISS) dépasse 15. Chaque chirurgien traumatologue devrait participer à la prise en charge de 35 patients (IGT > 15) par année. Certains centres tertiaires ont une vocation exclusivement pédiatrique (clientèle de moins de 16 ans). Les centres pédiatriques de niveau tertiaire en traumatologie reçoivent les transferts pédiatriques de toute la province. Ils se caractérisent au Québec par une très faible masse critique de traumatisés [FÉCST, 2011; MSSS, 1990; Lapointe, 1988; RAAQ, 1986].

Les **services posthospitaliers** comprennent les services de réadaptation spécialisés, de soutien à l'intégration et des services de maintien dans le milieu de vie. La structure de fonctionnement en réadaptation est basée sur la clientèle. Les services de réadaptation sont offerts aux blessés médullaires (BM), dont les tétraplégiques ventilo-assistés (TVA), aux traumatisés craniocérébraux

modérés ou graves (TCCMG), aux traumatisés crâniocérébraux légers (TCCL), aux victimes de brûlures graves (VBG), aux victimes d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU) et à celles qui présentent des blessures orthopédiques graves (BOG). Afin de renforcer l'architecture existante du volet « santé physique », des centres d'expertise et des consortiums d'établissements (régionaux et interrégionaux) ont été mis sur pied.

- Un centre d'expertise (CE) constitue la structure organisationnelle de base qui a été implantée par le MSSS et élaborée par les deux groupes conseil en traumatologie (volet « santé physique » et volet « réadaptation et soutien à l'intégration »). Cette structure a été mise en place afin d'offrir des services surspécialisés efficaces. Elle favorise l'accessibilité et la continuité des services aux BM, aux VBG et aux VARMU dans un contexte de faible volume de ces clientèles et de concentration de l'expertise. Un centre d'expertise se compose d'un centre tertiaire de traumatologie, ou l'équivalent, et d'au moins un établissement de réadaptation qui offre des services surspécialisés à une clientèle régionale et suprarégionale. Le centre d'expertise a le mandat de mettre au point des formations en traumatologie visant une clientèle particulière et d'apporter du soutien aux établissements en amont et en aval de son intervention. Les établissements d'un centre d'expertise endossent une responsabilité et une obligation redditionnelle conjointe et réciproque [FÉCST, 2011].
- Le consortium d'établissements est devenu une composante essentielle à une prise en charge efficace des personnes victimes d'un traumatisme crâniocérébral modéré ou grave (TCCMG). Cette structure organisationnelle a été en partie conçue et mise en œuvre par les membres et la coordinatrice du groupe conseil en traumatologie pour le volet « réadaptation et soutien à l'intégration », en collaboration avec les membres du groupe conseil en traumatologie pour le volet « santé physique ». Le principal mandat d'un consortium est de faciliter la coordination entre les établissements de santé physique et les établissements ou les organisations qui travaillent en réadaptation et en soutien à l'intégration. Les établissements ou les organisations qui composent un consortium sont collectivement responsables de l'offre et de l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle atteinte d'un TCCMG. On trouve des consortiums régionaux⁷ et des consortiums interrégionaux⁸. Les tableaux 1 et 2 présentent une brève synthèse des consortiums et des unités organisationnelles à la grandeur de la province. L'annexe 3 décrit les régions qui composent le réseau [FÉCST, 2011].

⁷ Régions autonomes en matière de neurotraumatologie.

⁸ Desservant toutes les autres régions.

Tableau 1 Synthèse, par région, des consortiums régionaux d'établissements desservant la clientèle TCCMG chez les adultes, les enfants et les adolescents [FECST, 2011]

RÉGIONS	CONSORTIUM RÉGIONAL ADULTES	CONSORTIUM RÉGIONAL ENFANTS ET ADOLESCENTS	CONSORTIUM INTERRÉGIONAL ADULTES	CONSORTIUM INTERRÉGIONAL ENFANTS ET ADOLESCENTS
02	1			
03	1	1		
04	1			
05	1			
06	1			
07	1			
16	1			
03-01			1	1
03-09			1	1
03-11			1	1
03-12			1	1
06-08			1	
06-13			1	
06-14			1	
06-15			1	
06-04-08-13-14-15-16				1
TOTAUX	7	1	8	5

Tableau 2 Synthèse, par région, du nombre de centres d'expertise et de centres hospitaliers primaires, secondaires, tertiaires (adultes, enfants et adolescents) et d'établissements de réadaptation désignés [FECST, 2011]

RÉGIONS	STABILISATION MÉDICALE	PRIMAIRE	SECONDAIRE	SECONDAIRE RÉGIONALE	TERTIAIRE	TERTIAIRE PÉDIATRIQUE	ÉTABLISSEMENTS DE RÉADAPTATION	CENTRES D'EXPERTISE
01	2	4	2				1	
02		1	2	1			1	
03	1	2			1		1	1 VBG 1 BM
04		1	2	1			1	
05		1		1			1	
06			2		2	2	4 (adultes) 1 (enfants adolescent)	1 VGB 1 VARMU 1 BM 1 TVA
07		2		1			1	
08	1	4	1				1	
09	3	1	1				1	
10	2	1					0	
11	2	5					1	
12		2	2				1	
14	1		2				1	
15		2	2				1	
16		2	5				1	
Totaux	12	28	21	4	3	2	18	5

2.4 Soutien à la performance et à la qualité du programme

Des structures et des outils ont été élaborés en vue de soutenir l'amélioration continue de la qualité des services et la performance du programme. Il est question ici du Programme national de recherche en traumatologie (PNRT), du Registre des traumatismes du Québec (RTQ) et de la création du FECST.

La recherche en traumatologie : il s'agit du programme national de recherche en traumatologie (PNRT) et du consortium pour le développement de la recherche en traumatologie.

Avant 1997, la recherche en traumatologie était principalement financée par la SAAQ et l'on dénombrait peu de chercheurs au Québec. À partir des années 2000, le PNRT, financé par le MSSS et la SAAQ, a été mis sur pied [MSSS, 2011]. À partir de 2008, une autre structure a été adoptée en vue de développer la recherche en traumatologie. Le partenariat ainsi formé, de sept organisations⁹ a pris le nom de Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie [MSSS, 2011].

Le PNRT était un centre de recherche virtuel ayant pour principal objectif de mobiliser les chercheurs du réseau des soins aigus en traumatologie du Québec [FECST, 2011]. Le PNRT a permis d'améliorer la qualité et l'efficacité des services offerts aux traumatisés par la recherche et le transfert des connaissances entre chercheurs, cliniciens et administrateurs. Il a favorisé la coordination des chercheurs interétablissements, en augmentant le nombre de chercheurs autonomes (ex. : soutien à la formation de jeunes chercheurs), en fournissant une infrastructure minimale aux centres tertiaires afin de collaborer aux efforts de recherche du réseau, en promouvant la collaboration interdisciplinaire entre les chercheurs¹⁰ provenant du milieu de la réadaptation et en facilitant les coopérations internationales [FECST, 2011].

Les centres tertiaires ont assumé le leadership de la recherche en traumatologie dans l'ensemble de la province. Chacun des centres tertiaires s'était engagé à élaborer un programme de recherche en traumatologie en complément de son programme clinique, en soutenant l'enseignement de la traumatologie à tous les échelons. Les directeurs de recherche de chaque centre tertiaire ont priorisé cet axe de développement. Les centres tertiaires ont été appuyés par les quatre facultés de médecine du Québec. Les équipes de recherche de chacun des centres regroupent des chercheurs de différentes disciplines et des cliniciens impliqués dans les programmes de traumatologie de chaque établissement [FECST, 2011; MSSS, 2011].

Le PNRT comprenait trois axes prioritaires de recherche, à savoir :

- La **recherche évaluative**, dont l'objectif principal était de mesurer la performance de la prise en charge des personnes victimes d'un traumatisme majeur. Cet axe regroupe un ensemble de préoccupations telles que l'évaluation de la politique et du protocole de triage des patients traumatisés, l'évaluation des processus décisionnels de transferts interhospitaliers et les effets de la régionalisation des soins en traumatologie.
- La **recherche clinique**, qui a permis le soutien de plusieurs projets autour de l'évaluation de l'efficacité des protocoles cliniques et de la prévention des complications après le traumatisme.

⁹ Dont le MSSS, la SAAQ, le FRQS, l'AQESSS, l'IRSST, le REPAR FRSQ et l'AERDPQ.

¹⁰ L'Institut de réadaptation Gingras Lindsay de Montréal (IRGLM) et l'Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

- La **recherche épidémiologique**, qui a appuyé l'étude des événements ayant un effet sur la pertinence des interventions et sur l'aptitude du système de santé à assurer la prise en charge des victimes de traumatisme.

Le Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie est un partenariat quinquennal (2008-2013) de plusieurs organisations¹¹, caractérisé par quatre volets ainsi que des bourses de carrière et d'étude. Le premier volet doit permettre d'acquérir de nouvelles connaissances et d'en assurer le transfert. Le deuxième volet doit faciliter la soumission de demandes de fonds auprès d'autres organismes subventionneurs. Le troisième volet doit favoriser l'application des connaissances à la pratique et à la prise de décisions. Enfin, le quatrième volet favorise la synthèse des connaissances par la rédaction de revues systématiques ou de méta-analyses.

Le consortium a pour principaux objectifs :

- d'encourager la collaboration entre les chercheurs, les cliniciens et les décideurs (cliniques, administratifs et politiques);
- de favoriser l'acquisition des connaissances, le recrutement de chercheurs et la formation d'étudiants;
- de faciliter le transfert des connaissances;
- d'améliorer la qualité des services.

Le Registre des traumatismes du Québec¹² (RTQ)

Lors de l'implantation du CST, il était nécessaire pour le MSSS de se doter d'un système d'information permettant d'analyser la performance ainsi que de promouvoir l'amélioration continue de la qualité de ce réseau. Le Registre des traumatismes du Québec est issu de la collaboration entre le MSSS et un chercheur du département d'épidémiologie de l'Université de McGill, puis s'est développé ensuite avec la SAAQ¹³. Ce registre a permis de dresser un portrait des victimes de traumatismes [MSSS, 2007].

Le suivi longitudinal des traumatisés dans le réseau de traumatologie est possible, permettant ainsi d'évaluer la performance du réseau, de faciliter l'amélioration continue de la qualité des soins et des services, mais aussi de faire une comparaison interétablissements, interprovinces et interpays [MSSS, 2007].

Tous les centres hospitaliers désignés ont l'obligation de saisir certaines données¹⁴. Ces données sont ensuite transmises et stockées dans une base de données centrale, dont la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) est responsable à la fois de l'exploitation et du stockage. Ces données sont de nature sociodémographique, médicale et paramédicale et concernent des diagnostics, des actes chirurgicaux, des évaluations radiologiques et neurologiques et les indices de gravité du traumatisme (IGT). Néanmoins, il n'est pas possible de suivre l'épisode de soins, ni de désigner les professionnels impliqués, ni de chiffrer les ressources utilisées. Le système regroupe aussi toute l'information utile et pertinente sur les personnes victimes de traumatismes concernant les différents partenaires du réseau, tels que les centres hospitaliers, les ASSS ou le Ministère. L'analyse des données contenues dans le RTQ, par via les activités du

¹¹ Idem note 8.

¹² Depuis juin 2010, l'acronyme RTQ a été remplacé par SIRTQ (du système d'information du Registre des traumatismes Québec).

¹³ La SAAQ a participé au financement d'une partie du SIRTQ.

¹⁴ Conditionnelle au maintien de leur désignation.

comité local de traumatologie, permet aussi aux centres hospitaliers de détecter plus rapidement certains problèmes cliniques et fonctionnels et d'apporter les correctifs nécessaires dans les meilleurs délais [MSSS, 2007].

Les Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST)

L'élaboration du projet informatique virtuel a pour objectif principal de suivre la performance de l'ensemble des partenaires de tous les maillons constituant le CST, soit environ 800 partenaires [FECST, 2011]. Une des phases de ce projet prévoit la production des statistiques et l'élaboration des indicateurs de performance. Le modèle s'est inspiré de celui de Donabedian [1996; 1987; 1980; 1976] et permettra, à moyen et à long terme, d'évaluer les ressources, les structures, les processus et les résultats et d'analyser les dynamiques existantes entre les divers indicateurs (voir l'annexe 1).

Les grandes fonctions de ce projet informatique s'articulent autour d'un volet informationnel et d'un volet transactionnel. Le volet informationnel a pour objet la diffusion de l'information auprès de la population et des parties prenantes en traumatologie partout dans le monde. Le volet transactionnel a pour objet de faciliter l'accès et la diffusion des données du réseau auprès de l'ensemble des partenaires. Les coordonnées des partenaires, les corridors de transfert, les documents de référence (guides, grilles, notes, etc.), le programme de traumatologie et le recueil des procédures, les indicateurs de performance et les résultats des évaluations de même que les plans d'action figurent dans le volet transactionnel [FECST, 2011].

Dans l'avenir, le FECST deviendra indispensable aux membres des deux groupes conseil en traumatologie pour faciliter le suivi des dossiers, la planification de leur travail et la mise à jour, sur le site Web, des informations relatives aux partenaires. Il soutiendra également de plus en plus l'activité de transfert des connaissances.

2.5 Mécanismes de concertation

Le CST s'est doté de plusieurs mécanismes de concertation et de communication afin d'assurer une intégration verticale et horizontale efficiente du système [MSSS, 2001a]. Les structures mises en place ont permis de définir les principales orientations du programme de traumatologie afin d'en favoriser la mise en œuvre à tous les échelons du système de santé (national, régional, local), de soutenir la vision d'un programme intégré en traumatologie centré sur les besoins des diverses clientèles, de coordonner les actions entre les partenaires du réseau, d'accroître et d'approfondir les connaissances cliniques et, enfin, de promouvoir une culture de performance et d'amélioration continue de la qualité des services et des soins [MSSS, 2001a]. De plus, par le type de mécanismes de concertation privilégiés, les activités de transfert de connaissances ont toujours été omniprésentes. Ces mécanismes sont flexibles et permettent une adaptation optimale en adéquation avec l'évolution des besoins de la clientèle victime de traumatismes. La constitution des comités et des groupes assure le plus souvent possible une représentation interdisciplinaire. Les concertations sont entreprises en partie par des groupes de travail existants ou, le cas échéant, par d'autres structures. Ces groupes peuvent être permanents, répondant au fonctionnement, à la régulation ou au développement en continu du système, par exemple par les groupes conseil en traumatologie, ou ils peuvent être temporaires, en remplissant des mandats relatifs à des besoins particuliers, par exemple l'implantation d'un outil tel que le RTQ. [MSSS, 2001a]. Le tableau 3 présente la synthèse de l'historique et les mandats des différents mécanismes de concertation mis en œuvre afin de soutenir le réseau.

Tableau 3 Historique des mécanismes de concertation en traumatologie [MSSS, 2001a] (voir l'annexe 2)

CRÉATION	NOM	PALIER	MANDAT PRINCIPAL
1990	Comité de concertation ministériel en traumatologie	National	Guider la démarche d'élaboration des continuums de services. Assurer l'amélioration continue de la qualité des services (inactif à ce jour).
1991	Groupe conseil en traumatologie (volet « santé physique »)	National	Assurer la conformité de la performance des centres désignés en santé physique. Évaluation périodique des établissements de ce secteur.
1991	Comités régionaux de traumatologie	Régional	Assurer la promotion du développement et l'élaboration du programme régional de traumatologie. Veiller à l'amélioration continue du programme à l'échelon régional. Évaluer les besoins en ressources régionales et assurer l'arrimage avec les différents comités locaux de leur territoire.
1991	Comités locaux de traumatologie	Local	Assurer la promotion et le développement du programme à l'échelon local, assurer l'arrimage avec le comité régional en traumatologie et promouvoir la qualité au sein de l'établissement.
1992	Comité provincial de traumatologie	National	Assurer un suivi de l'évolution du CST à l'échelon national et régional (inactif à ce jour).
1992	Comité des centres tertiaires	National	Promouvoir le développement du réseau hospitalier sur le plan clinique. Assurer un leadership scientifique.
1993	Groupe de suivi ministériel en traumatologie	National	Élaborer les orientations stratégiques du réseau (inactif à ce jour).
À PARTIR DE 1997 2004 ET 2010	Comités stratégiques et opérationnels des centres d'expertise (BM, VBG et VARMU)	Régional	Assurer le suivi de l'évolution des différents centres d'expertise (BM, VBG et VARMU), tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, avec l'ensemble des partenaires concernés.
1998	Comité directeur du RTQ	National	Assurer la concordance du registre avec les besoins du réseau. Promouvoir l'amélioration continue du RTQ.
1998	Comité des utilisateurs du RTQ	National	Favoriser les échanges entre les utilisateurs des différents échelons. Promouvoir l'utilisation des données. Aider à rendre l'outil opérationnel.
1999	Groupe conseil en traumatologie (volet « réadaptation et soutien à l'intégration »)	National	Assurer la conformité de la performance des centres désignés en réadaptation et soutien à l'intégration. Évaluation périodique des établissements de ce secteur.
2002	Comités stratégiques et opérationnels des consortiums régionaux ou interrégionaux pour les TCCMG	Régional	Assurer un suivi de l'évolution des consortiums régionaux et interrégionaux pour les TCCMG, tant sur le plan stratégique que sur le plan opérationnel, avec l'ensemble des partenaires concernés.

CRÉATION	NOM	PALIER	MANDAT PRINCIPAL
2006-2008	Comité stratégique des FECST	National	Contrôler et suivre l'implantation des orientations retenues. Coordonner les travaux du comité opérationnel.
2006-2008	Comité opérationnel des FECST	National	Implanter le processus de suivi de la performance. Élaborer, valider et diffuser les indicateurs de performance de l'ensemble du réseau par le site Web.
2008	Comité MSSS et INESSS	National	Assurer le suivi du réseau et partager l'information entre le MSSS et l'INESSS.

2.6 Processus de désignation des centres hospitaliers et des établissements de réadaptation

La description du processus de désignation s'est faite à l'aide des données recueillies lors des différentes entrevues avec des membres du CST, dont la coordonnatrice du groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration », l'un des médecins conseils et de l'ancien président du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique ».

La désignation des centres hospitaliers et des établissements de réadaptation est accordée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, faisant suite aux recommandations des groupes conseil en traumatologie (volet « santé physique » ou volet « réadaptation et soutien à l'intégration ») au regard des critères retenus par le MSSS et en accord avec les défis et les objectifs des plans directeurs de chaque ASSS¹⁵. Le ministre peut rejeter, modifier ou retarder la désignation de certains établissements. La désignation a une durée limitée et fait l'objet d'une réévaluation périodique. Les évaluations sont réalisées par des équipes d'évaluateurs indépendants, mandatés par le MSSS selon les recommandations du groupe conseil concerné.

La démarche de désignation est encadrée par un processus d'évaluation, soutenu par l'élaboration de grilles d'évaluation et par des audits externes. Ce processus permet d'émettre un jugement objectif, fondé sur l'expertise et correspondant à des critères précis et pertinents, connus et reconnus de tous. Les grilles d'évaluation ont été élaborées en fonction des besoins spécifiques des différentes clientèles, tant celles du volet « santé physique » que celles du volet « réadaptation et soutien à l'intégration », adaptées au contexte du Québec, approuvées par les pairs et mises à jour régulièrement. Un exemple de grille d'évaluation est illustré à l'annexe 4.

Les indicateurs et les critères de ces grilles d'évaluation sont issus de normes consensuelles, extraites des travaux du American College of Surgeons devenus la source des modèles conceptuels et opérationnels de la plupart des systèmes de traumatologie occidentaux (versions de 1990, 1993, 1999 et 2006 du document initial) complétés par ceux du American College of Emergency Physicians et de la Trauma Association of Canada [ACS, 2006; VGQ, 2005].

L'établissement volontaire rédige et soumet un dossier de candidature à l'ASSS de son territoire en indiquant la catégorie dans laquelle il souhaite obtenir sa désignation. L'ASSS examine chaque dossier et planifie une visite d'évaluation par une équipe d'experts externes en traumatologie. Les représentants de l'ASSS y sont présents à titre d'observateurs. Le processus d'évaluation est

¹⁵ Lors de l'adoption du projet de loi 25, en 2004, la désignation « Agence de santé et de services sociaux » a remplacé celle de « Régie régionale de santé et services sociaux ». Dans le présent document, seule la nouvelle désignation, dont l'acronyme est ASSS, est utilisée.

amorcé soit par une demande acheminée au MSSS issue d'une ASSS, soit dans le cadre du calendrier régulier de suivi d'une région.

Concernant l'évaluation des établissements impliqués en santé physique, le mandat de recruter les experts, de constituer les équipes, d'organiser les visites, de présider les rencontres et de produire les rapports était confié par le MSSS à la SAAQ, par l'entremise du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique ». Concernant l'évaluation des établissements de réadaptation, cette fonction est assumée par le MSSS, par l'entremise du groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration », accompagné d'experts du réseau de la santé et des services sociaux.

Les experts visiteurs qui procèdent aux visites d'évaluation sont des membres, permanents et occasionnels, des deux groupes conseil. Les membres occasionnels sont recrutés en raison de leur expertise spécifique en traumatologie ou en réadaptation. Ils proviennent d'organisations diverses, par exemple le MSSS, la SAAQ, des ASSS, des centres de traumatologie et des établissements de réadaptation, ou du réseau de la santé et des services sociaux. Ils peuvent être médecins généralistes ou spécialistes, infirmières, administrateurs ou professionnels du secteur de la réadaptation ou en évaluation de programmes.

Jusqu'à l'implantation du site Web des FECST, le processus d'évaluation consistait en des visites d'évaluation des établissements, des consortiums et des centres d'expertise. Dans certains cas, des visites préalables étaient effectuées afin de préciser les objectifs et les besoins particuliers, par exemple l'organisation de la logistique. Ces visites informelles devenaient des moments propices pour sensibiliser les membres de l'équipe locale de traumatologie. Simultanément, le répondant de chaque ASSS faisait parvenir aux établissements concernés les informations clés, telles que les objectifs de la visite, un exemplaire de la grille d'évaluation, la liste des recommandations de la visite antérieure, le cas échéant, la liste des documents à fournir, la composition de l'équipe d'évaluation, la durée de la visite et les coûts afférents.

Le déroulement de la visite comportait cinq phases, à savoir la rencontre plénière, la visite des structures et des services, la rencontre à huis clos, le rapport verbal et le rapport écrit.

- *La rencontre plénière* nécessitait la présence de nombreux acteurs impliqués dans le programme de traumatologie de l'établissement concerné. Leur présence à la rencontre plénière était obligatoire. Cette dernière consistait en l'évaluation de l'organisation en fonction des grilles du volet « santé physique » ou du volet « réadaptation et soutien à l'intégration », selon l'établissement visité.
- *La visite des structures et des services* : les experts visiteurs effectuaient le parcours emprunté par une personne victime d'un traumatisme afin d'en évaluer le processus.
- *La rencontre à huis clos* : lorsque la visite de l'établissement était finie, le groupe d'experts visiteurs se réunissait à huis clos afin de rassembler les commentaires et les observations de chacun. Les recommandations étaient ensuite formulées en vue de la désignation.
- *Le rapport verbal* : ce rapport faisait suite à la rencontre à huis clos. Le groupe d'experts apportait les conclusions de la visite en faisant part verbalement de ses recommandations aux autorités de l'établissement.
- *Le rapport écrit* : le groupe conseil en traumatologie rédigeait un rapport à partir des recommandations, si nécessaire, et le transmettait à l'ASSS ainsi qu'au MSSS. Par la suite, une recommandation finale était acheminée au ministre de la Santé et des Services sociaux.

Depuis 2004, en ce qui concerne le volet « santé physique », les visites des experts visiteurs dans les centres hospitaliers ont diminué, faisant progressivement place aux activités des FECST. Les établissements diffusent les documents¹⁶ sur le site qui sont par la suite analysés et évalués. Dans certains cas, une visite peut être organisée à des fins de vérification. En ce qui concerne le volet « réadaptation et soutien à l'intégration », les dernières visites ont eu lieu en 2010. Comme dans le cas du volet « santé physique », l'objectif visé est de faire diminuer progressivement les visites par des groupes d'experts externes, faisant ainsi place aux activités des FECST.

Le cycle de vie du processus de désignation des établissements est variable dans le temps comme on le constate dans le tableau 4 ci-après.

Tableau 4 Synthèse des cycles de vie du processus de désignation des établissements en santé physique et en réadaptation

ÉTABLISSEMENTS		1 ^{ER} CYCLE	2 ^E CYCLE	3 ^E CYCLE	4 ^E CYCLE
Établissements en santé physique		1991-1995	1995-2000	2000-2004	2004-2011
Centres expertises	▪ VBG	2004-2010	2010-en cours		
	▪ BM	1997-2001	2001-2009	2009-en cours	
Établissements de réadaptation pour les TCCMG		1999-2006	2006-2009	2009-en cours	

¹⁶ Dont le programme local de traumatologie, les procès-verbaux des rencontres des différents comités et les ententes de transferts signées entre les établissements et l'ASSS.

3 HISTORIQUE DU PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE AU QUÉBEC

Comme il est mentionné dans la méthodologie, une grande partie du présent chapitre a été élaborée grâce à une entrevue avec l'ancien président du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » et à l'accès à des documents internes de la RAAQ, puis de la SAAQ. D'autres entrevues ont également été réalisées avec l'un des médecins conseils du volet « santé physique » et avec la coordonnatrice du volet « réadaptation et soutien à l'intégration ». L'annexe 1 présente le résumé des notes, des rapports et des mémoires remis lors de cette entrevue avec l'ancien président du groupe conseil et l'annexe 2 fait référence à deux documents majeurs réalisés lors de la reprise des activités par l'AETMIS.

Le CST a été élaboré à l'initiative de deux principaux acteurs, soit le MSSS et la SAAQ, lesquels ont décidé d'associer leurs expertises, leurs ressources et leur savoir-faire en formant un partenariat en vue de développer le réseau de traumatologie au Québec. Cette partie du rapport permettra au lecteur de comprendre l'origine de cette collaboration, d'abord par un bref rappel de la mission de la SAAQ et de son engagement concernant la prise en charge des personnes victimes d'un traumatisme, suivi de l'analyse de la construction de ce partenariat et de la chronologie d'implantation du CST exposant les différents volets de la phase du postimpact, qui vont des SPU à la réadaptation et au soutien à l'intégration, en passant par les services hospitaliers. Cette partie se terminera par une brève description des fonctions d'évaluation du CST.

3.1 Mission et engagement de la SAAQ

En 1978, le régime public d'assurance automobile a été implanté au Québec afin de prendre en charge l'indemnisation des victimes québécoises d'accidents de la route, les indemnisations de décès et le rapatriement des accidentés québécois à l'étranger par la création de la Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ). À partir de juin 1990, la RAAQ devient la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) [SAAQ, 2011].

La SAAQ est une société d'État qui relève du ministère des Transports du Québec (MTQ). Elle a pour mission de protéger et d'assurer la personne contre les risques liés à l'usage de la route. En tant que fiduciaire du Fonds d'assurance automobile du Québec, elle indemnise toutes les personnes victimes d'un accident de la route et facilite leur processus de réadaptation. Elle contribue à la promotion de la sécurité routière et à la prévention et elle établit et perçoit les primes d'assurance. En tant que société d'État, elle mène des activités de gestion du réseau routier (ex. : permis de conduire et immatriculation des véhicules), de surveillance et de contrôle du transport routier des biens et des personnes. Le modèle d'organisation de la SAAQ est unique et innovateur du fait qu'elle agit, d'une part, à titre de fiduciaire du Fonds d'assurance automobile, en réalisant des activités de façon autonome et financée par les contributions d'assurance sans rapport avec les budgets du gouvernement, et, d'autre part, à titre d'organisation paragouvernementale, en menant des actions financées par des crédits gouvernementaux [SAAQ, 2011].

Depuis sa création, la SAAQ a pour objectif de participer à la réduction des risques liés à l'usage de la route. Elle est intervenue efficacement au fil du temps et par divers moyens d'action, par la prévention des accidents (prévention primaire et secondaire) et par l'indemnisation des dommages consécutifs à ces derniers. Depuis 1987, elle signe des ententes de services avec différents établissements de réadaptation et centres de neurotraumatologie afin d'améliorer la prise en charge des victimes d'accidents de la route.

Au milieu des années 80, une réflexion sur une organisation des services et des soins plus efficaces dans la phase du postimpact s'est amorcée à la RAAQ [Commission d'enquête, 1988; RAAQ, 1986]. Cette dernière était consciente du fait que l'amélioration du bilan routier (ex. : réduction de la mortalité et de la morbidité) devait passer par une meilleure prise en charge des victimes des accidents de la route. Afin de parvenir à ce résultat, il était nécessaire d'élaborer un système intégré en traumatologie, nécessitant l'engagement de nombreux autres acteurs.

La RAAQ a tout d'abord entrepris une période de travaux de recherche au Québec et à l'étranger afin, de recueillir des données factuelles et de déterminer les meilleures pratiques utilisées un peu partout dans le monde. Ces données lui ont été utiles pour élaborer un plan directeur à proposer au MSSS concernant l'implantation d'un réseau intégré de traumatologie. Ces données lui ont également permis de construire un solide argumentaire en vue de sensibiliser les partenaires des différents secteurs à la nécessité de réorganiser collectivement et de coordonner davantage les services dans la phase du postimpact.

3.1.1 Travaux de recherche de la RAAQ sur le postimpact

À partir de 1978, la RAAQ porte un intérêt particulier aux coûts liés aux accidents routiers qui sont supportés par ses services, par l'indemnisation des personnes victimes de traumatismes. Elle tient aussi des rapports statistiques du parc des véhicules routiers au Québec [Bisson, 1987].

En 1984, elle participe au financement d'une étude dont les résultats préconisent une approche globale de soins et de services offerts aux victimes de traumatismes craniocérébraux.

En décembre 1986, la Direction des services médicaux et de la réadaptation de la RAAQ publie un état des lieux de la traumatologie au Québec [RAAQ, 1986]. Ce rapport a permis de définir la problématique générale de la traumatologie. À partir de cette époque, la RAAQ a priorisé le dossier du postimpact par l'intermédiaire de la Vice-présidence aux services aux accidentés (VPSA). La VPSA a contribué à la sensibilisation du comité de direction. Ce moment a été déterminant; il a favorisé une réflexion afin de définir la séquence d'événements constituant la traumatologie. Ensuite, cette publication a amorcé, au sein de l'organisation, la création d'une structure, à savoir le Comité de traumatologie, qui a été rapidement l'investigatrice de plusieurs projets de recherche (voir l'annexe 1).

De 1987 à 1988, la RAAQ a entrepris diverses recherches, au Québec et ailleurs dans le monde, en vue d'établir le portrait d'ensemble des services d'urgence au Québec. On dénombre ainsi sur cette période plusieurs projets de recherche.

L'une des recherches concerne les coordonnées spatiotemporelles et les circonstances des interventions sur les lieux d'accidents. Cette recherche est composée de deux volets. Une enquête sur les circonstances des interventions postimpact a été réalisée afin de préciser quelles sont les actes posés par les différents acteurs (citoyens, policiers, ambulanciers, médecins, coroners, etc.) et les moyens disponibles pour les former ou les informer afin d'améliorer leurs démarches.

Une autre recherche s'est intéressée aux coordonnées spatiotemporelles des interventions lors d'un accident jusqu'à l'arrivée au centre hospitalier afin de diminuer les délais et d'adapter les moyens existants. Les données ont été recueillies tant auprès des policiers et des ambulanciers qu'auprès des médecins légistes et des coroners.

En novembre 1987, la RAAQ a délégué en Europe une mission composée du directeur de la programmation et des opérations centrales, du directeur des services médicaux et de la réadaptation ainsi que de certains consultants en traumatologie. L'objectif de cette mission a été de mieux connaître l'organisation et le fonctionnement de certains maillons du secteur préhospitalier. À cette fin, la mission de la RAAQ a été d'assister à un congrès international en traumatologie, tenu en Espagne. Cette rencontre a facilité les contacts de la RAAQ avec des acteurs clés en traumatologie dans le monde. Au cours de la même année, la mission a visité le Trauma Center de Baltimore aux États-Unis.

En mars 1988, un projet de recherche a eu pour objet de détailler les expériences québécoises et étrangères sur la sensibilisation et la formation des premiers intervenants [Lapointe, 1988]. Une autre enquête auprès de responsables d'hôpitaux et de médecins omnipraticiens a permis de dresser le portrait de la qualité des infrastructures et du niveau de formation du personnel en traumatologie dans les services des urgences.

En avril 1988, une étude réalisée à l'étranger et au Québec a eu pour sujet l'organisation et le fonctionnement des centres de traumatologie et d'un système de traumatologie. En avril 1988, une étude a permis d'établir le cheminement des blessés dans les services de santé. Cette étude avait pour objectif de décrire l'impact de l'intervention sur les lieux de l'accident et de dégager les avantages d'une régionalisation de l'offre de services.

En mai 1988, une synthèse des rapports de recherche sur le transport ambulancier a été réalisée (voir l'annexe 1). Les résultats de cette synthèse ont été rapprochés des orientations sur la réorganisation du transport ambulancier élaborées par le Conseil des ministres de l'époque, mettant en évidence l'importance d'adopter une approche globale en vue d'améliorer les SPU. La question du transport ambulancier ne pouvait être envisagée seule.

En mars 1989, en réaction à l'adoption du projet de loi 34 sur le financement du transport ambulancier, la RAAQ a rédigé une étude interne sur la faisabilité d'implanter son propre système des soins préhospitaliers au Québec (voir l'annexe 1).

Les données recueillies grâce aux études effectuées par la SAAQ au Québec ont permis de révéler plusieurs faiblesses [Lapointe, 1988] dans la prise en charge des personnes victimes d'un traumatisme, dont :

- la longueur excessive des délais d'intervention en région (zones rurales et éloignées);
- la faiblesse de la formation des ambulanciers;
- l'absence de protocoles d'intervention sur les lieux d'accidents;
- l'absence de programmes de mises à jour régulières des connaissances concernant les interventions médicales d'urgence;
- les difficultés à signaler les urgences et à appeler du secours en région.

Les recherches et les études entreprises par la RAAQ durant quatre années, ainsi que les missions à l'étranger, lui ont permis de prendre position face à la problématique du postimpact et d'élaborer une architecture de réseau intégré en rapport avec le contexte québécois.

3.1.2 Sensibilisation à la problématique

En juillet 1988, la Direction des politiques et programmes de la RAAQ a rédigé un plan d'action afin de donner suite aux études réalisées depuis une année. Elle a recommandé une tournée d'information et de consultation auprès des partenaires éventuels du secteur. L'objectif était, dans un premier temps, de rendre publiques les données recueillies et d'ouvrir un débat sur l'organisation du postimpact et, dans un deuxième temps, d'entreprendre la création d'un groupe de travail interministériel. Ce groupe a eu pour mandat d'élaborer une planification stratégique afin de faciliter l'implantation d'un système intégré de services médicaux d'urgence (voir l'annexe 1)

Du mois d'août au mois d'octobre 1988, un dossier sur la problématique synthétisant l'ensemble des données factuelles sur le Québec¹⁷ a été rédigé ainsi qu'un plan de communication visant à diffuser ce dossier.

D'octobre à décembre 1988, des rencontres ont été organisées entre la RAAQ et des représentants de chaque groupe, organisation et association¹⁸ directement liés par les activités du postimpact. Les objectifs de ces rencontres étaient multiples. Tout d'abord, elles ont permis de rendre les résultats des travaux de recherches accessibles au public, mais elles ont également favorisé le partage de la vision développée par la RAAQ, en insistant sur la nécessité pour le Québec de se doter d'un système intégré en traumatologie. La RAAQ en a profité pour communiquer, à ce large public, son intérêt pour la question du postimpact et la priorité qu'elle lui accorde. Cela a été un moment privilégié pour sonder l'intérêt de ces partenaires éventuels à participer à un groupe interministériel concernant les SPU.

De janvier à février 1989, la RAAQ a élaboré un mémoire, qu'elle a déposé au Conseil des ministres par l'entremise du ministre des Transports du Québec, qui suggérait la formation d'un groupe de travail. En mai 1989, le groupe de travail a été créé. Le mandat du groupe a été de dresser un plan d'action visant l'implantation d'un système intégré de services en traumatologie, d'en évaluer les coûts et les sources de financement, de définir les rôles de chacune des parties prenantes et d'en estimer les résultats.

3.2 Création de partenariat entre le MSSS et la SAAQ

Au début des années 90, la traumatologie a été définie comme une priorité de santé publique par le MSSS. Dans le cadre de la Politique de la santé et du bien-être [MSSS, 1992], le Ministère s'est engagé à élaborer des actions afin d'améliorer la situation, en fixant deux objectifs à réaliser de 1992 à 2002, à savoir une réduction de 20 % de la mortalité et de la morbidité consécutives aux traumatismes (objectif 10) ainsi qu'une diminution des circonstances qui conduisent à un handicap causant des incapacités aux personnes (objectif 19). Le MSSS était également conscient du fait que l'atteinte de ces objectifs était sous-jacente à une réorganisation majeure des services offerts aux personnes victimes de traumatisme. À cette fin, le MSSS devait se doter d'une expertise et des compétences dans la réingénierie de ce processus. Il se trouvait aussi dans l'obligation de trouver des ressources pour financer une partie de la réforme des SPU, particulièrement le transport ambulancier (voir l'annexe 1).

¹⁷ Délais d'intervention, décès évitables, équipement des hôpitaux, formation des médecins

¹⁸ Dont le MSSS, le MTQ, la SQ, les ambulanciers, la FMOQ, la FMSQ, Québec trauma, l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ) et le Collège des médecins du Québec

De son côté, la SAAQ a toujours eu pour mission la réduction des risques émanant de l'usage de la route. Afin de remplir cette mission, elle a entrepris diverses actions (prévention des accidents, indemnisation des dommages corporels, etc.) visant à réduire le nombre des traumatismes au sein de la population du Québec. La SAAQ a investi durant plusieurs années dans la prévention primaire et secondaire et a indemnisé nombre de personnes victimes de traumatisme. Malgré tous ces efforts et les actions entreprises à l'époque, il était impossible de prévenir tous les traumatismes; cela fait référence à la notion d'*incompressibilité*, qui fait qu'un nombre inévitable de traumatismes majeurs dépendent d'autres variables que la prévention primaire ou secondaire [Lapointe, 1988]. Durant plus de cinq ans, la SAAQ s'est penchée sur la question du postimpact [Lapointe, 1988; RAAQ, 1986]. Par ses recherches, elle était convaincue que l'implantation d'un programme intégré en traumatologie était nécessaire et impérieuse afin de faire diminuer la mortalité et la morbidité consécutives aux traumatismes. Mais pour cela, il fallait entreprendre une collaboration avec plusieurs partenaires influents dans ce secteur, dont le ministère de la Santé et des Services sociaux.

De 1989 à 1991, le MSSS et la SAAQ ont travaillé ensemble à valider l'architecture et la réingénierie du programme de traumatologie du Québec concernant le volet « santé physique ». Le contenu du plan directeur décrivait en détail le processus de catégorisation des centres de traumatologie, le rôle et les responsabilités de chaque partenaire, l'organisation des audits externes et l'élaboration des grilles d'évaluation, la régionalisation et l'élaboration d'un programme d'assurance qualité.

À partir de 1992, le MSSS a confié à la SAAQ quatre mandats touchant majoritairement la santé physique. La SAAQ a effectué, durant plus de 20 ans, des visites d'évaluation auprès des établissements par l'entremise du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique ». Par extension, la SAAQ a également été responsable du recrutement des experts visiteurs et de la formation des équipes, de l'organisation et de la gestion des visites.

Concernant le volet « réadaptation et soutien à l'intégration », à partir de 1999, le MSSS s'est penché sur la problématique de la continuité et de l'accessibilité des soins et des services offerts à certaines clientèles, dont les victimes d'un TCCMG. À cette fin, le Ministère a constitué et mandaté le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » et a confié à la coordonnatrice la tâche de constituer un groupe d'experts et de travailler à la mise en œuvre et à l'implantation des futurs consortiums de services auprès des victimes de TCCMG [FECST, 2011]. Le groupe conseil en traumatologie et la coordonnatrice se sont attachés à valider et à traduire les grilles d'évaluation produites par le groupe de travail ministériel afin de les rendre opérationnelles, à sensibiliser et à informer les établissements sur les attentes en matière d'offre de soins et de services offerts aux différentes clientèles. Le groupe a reçu le mandat de procéder aux visites d'évaluation des établissements de réadaptation et des centres de neurotraumatologie, de concert avec le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » et de formuler les recommandations relatives à leur désignation. Le même cheminement a été fait concernant les clientèles BM, TVA et VBG.

Finalement, de 2004 à 2006, la SAAQ a reçu le mandat particulier d'élaborer l'architecture et les Fonctions évaluatives pour l'ensemble du continuum de services en traumatologie (FECST). La SAAQ devait aussi implanter un programme d'amélioration continue de la qualité visant l'ensemble des composantes du réseau. Au courant de l'année 2007, la SAAQ a annoncé au MSSS son désengagement du programme, particulièrement en ce qui a trait à la gouvernance du volet « santé physique » du programme et au leadership médical en traumatologie¹⁹ [FECST, 2011].

À partir de 2008, l'AETMIS a repris l'ensemble des activités des FECST. Le MSSS a confié à l'AETMIS le mandat de la gestion et de la poursuite de la mise en œuvre du programme d'amélioration continue de la qualité ainsi amorcée initialement par la SAAQ. L'AETMIS a été aussi responsable de soutenir les orientations ministérielles du programme de traumatologie et d'y participer. À partir de janvier 2011, l'INESSS, le nouvel Institut national d'excellence en santé et en services sociaux, composé de l'AETMIS et du Conseil du médicament, reprend la totalité des activités du programme et des responsabilités qui s'y rattachent.

3.3 Chronologie de l'implantation du CST

La présente section passe en revue les principaux moments de l'implantation des trois systèmes de soins (préhospitalier, hospitalier, posthospitalier), à commencer par une description de ces systèmes, pour finir par la mise en place des FECST.

3.3.1 Système préhospitalier

En janvier 1987, le MSSS a confié à un groupe de travail le mandat de faire une étude sur le transport ambulancier et de recommander un modèle d'organisation de SPU [MSSS, 1990]. L'absence d'un système préhospitalier au Québec a été le principal constat fait par le groupe de travail.

En mai 1987, le MSSS a confié au groupe SECOR le mandat d'élaborer les grandes orientations d'un système préhospitalier d'urgence [Secor inc., 1987]. Ce groupe a préconisé l'implantation d'une centrale de communication à numéro unique et le développement de la formation offerte aux techniciens ambulanciers et aux premiers intervenants, par exemple les pompiers, les policiers et les citoyens.

En mars 1988, la Corporation d'Urgences-santé a été créée. Depuis cette date, elle coordonne l'ensemble des SPU dans l'Île de Montréal et dans le secteur de Laval. La Corporation d'Urgences-santé est un modèle de services préhospitaliers intégrés et opérationnels. Elle exerce le rôle d'une ASSS et celui d'une société de transport ambulancier [Comité national, 2000].

Au début des années 90, le MSSS a introduit un nouveau concept de services au Québec, celui des SPU. Le développement de ce concept devait permettre de mieux organiser les interventions ayant lieu depuis l'accident jusqu'à la prise en charge hospitalière de la victime. La tentative de réforme a déclenché une période de négociations entre les syndicats des techniciens ambulanciers, les propriétaires d'ambulances et le MSSS. Les revendications concernaient principalement l'amélioration des conditions de travail [MSSS, 1990].

¹⁹ Informations recueillies lors d'une entrevue réalisée avec la coordonnatrice du groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » et du coprésident du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique », en juin 2011.

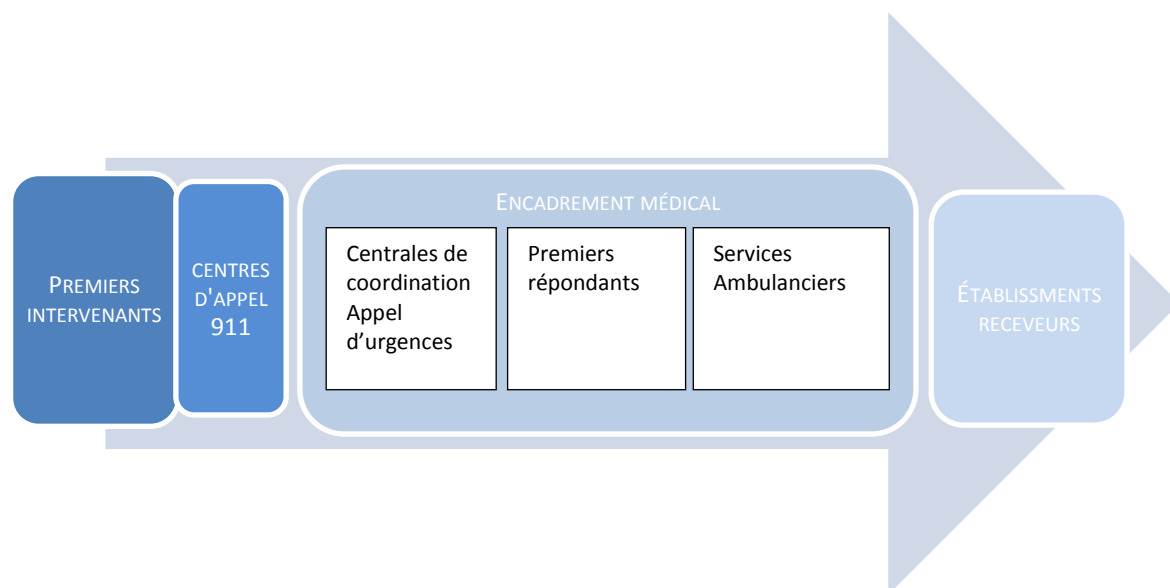
À la fin de décembre 1988, des menaces de rupture de service du transport ambulancier ont conduit à l'adoption d'un décret ministériel (Projet de loi 34) imposant à la RAAQ d'alors de financer une partie du cout total du transport ambulancier [Comité national, 2000].

En mai 1989, le MSSS a confié à un autre comité de travail ministériel le mandat de formuler des recommandations sur l'implantation d'un véritable système intégré préhospitalier d'urgence.

En 1990, à la suite de la tragédie survenue à l'École Polytechnique de Montréal, un autre groupe de travail a été constitué [Groupe de travail De Coster, 1991]. Les membres de ce groupe ont rédigé un rapport qui soulignait les nombreuses carences du système préhospitalier en matière d'accessibilité, de continuité de services, de gestion et d'organisation du transport ambulancier ainsi que la faible communication entre les différents acteurs, dont les ambulanciers et les centres hospitaliers [Groupe de travail De Coster, 1991].

En 1992, le MSSS a de nouveau entrepris l'introduction du concept de SPU en constituant un nouveau comité de travail. Ce dernier a rédigé un rapport qui met en évidence le manque de ressources et de planification, le problème d'accessibilité, les délais d'intervention trop longs ainsi que l'inexistence d'un plan d'amélioration continue de la qualité [Comité consultatif, 1992]. Le rapport décrit également les grandes orientations proposées par le comité consultatif afin d'adopter un SPU pour le Québec en privilégiant l'implantation de chaque maillon de la chaine d'interventions. L'adoption de la chaine d'interventions devait permettre une réponse rapide en situations d'urgence. La chaine d'interventions s'appuyait sur deux grands principes, soit l'universalité et la complémentarité, et visait quatre objectifs, à savoir l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité. Les ASSS et la Corporation Urgences-santé ont été chargées d'organiser et de coordonner les SPU dans leur territoire respectif [Comité national, 2000]. Le développement et l'intégration de chaque maillon de cette chaine ont été soutenus par le MSSS, lequel a produit des guides destinés aux ASSS afin d'en faciliter l'implantation.

Figure 2 La chaine d'interventions préhospitalières



Au début des années 90, sur les lieux d'un accident, les premiers soins étaient dispensés, selon l'importance des blessures et l'état des patients, par des médecins ayant une formation spécifique en services d'urgence ou en soins avancés en réanimation (SAR), assistés d'une équipe de deux techniciens ambulanciers ayant reçu une formation en soins de base en réanimation (SBR) affectée au territoire desservi par la Corporation d'Urgences-santé. Ailleurs au Québec, les ambulanciers seuls, formés selon les principes de SBR, prodiguaient les soins aux victimes de traumatisme. Dans tous les cas de traumatisme majeur, un médecin devait être présent, mais dans la réalité, cette présence faisait défaut [Lieberman *et al.*, 2004]. Plusieurs études ont démontré que le fait de recevoir des soins spécifiques et avancés sur les lieux de l'accident au-delà de 60 minutes pouvait lourdement compromettre la vie de ces patients [Sampalis *et al.*, 1993; 1992]. Une autre étude a mis en évidence le manque de standardisation et l'inexistence de protocoles et de procédures de soins de la phase préhospitalière.

En 1993, selon les observations faites lors de ces différentes études, des guides cliniques ont été rédigés et diffusés en vue de réduire le temps d'intervention au cours de cette phase. Une réduction moyenne d'environ 10 minutes a pu être observée, de 1992 à 1997 [Sampalis *et al.*, 1999].

En mars 1999, le Vérificateur général du Québec a produit un rapport destiné à l'Assemblée nationale concernant la gestion des SPU. De nombreuses faiblesses ont encore une fois été mises en évidence, tant sur le plan de la gouvernance (ex. : rôle, responsabilités et pouvoirs des ASSS) et de l'utilisation efficiente des ressources (ex. : encadrement médical, ressources ambulancières, etc.) que sur le plan du processus organisationnel global dans les régions (ex. : déploiement des éléments de la chaîne d'interventions préhospitalières). En octobre 1999, le MSSS a confié à un comité national le mandat de réviser les SPU [Comité national, 2000]. En décembre 2000, un rapport faisant suite aux constats et aux recommandations du Vérificateur général du Québec et aux travaux d'études de ce comité a été rédigé. Ce rapport énonce une série de recommandations et d'actions ayant pour objectif l'implantation, sur l'ensemble du territoire du Québec, d'un système intégré de services prenant ses fondements dans la chaîne d'interventions préhospitalières énoncée dans le rapport intitulé *Les services préhospitaliers d'urgence au Québec : chaque minute compte!* [Comité consultatif, 1992].

Ces différents travaux de recherches et les observations qui en découlent confortent l'idée selon laquelle la prise en charge médicale par les médecins ne devait pas s'effectuer en temps réel auprès des traumatisés. Dans ce sens-là, en 2000, des procédures ont été mises en place afin de limiter la présence médicale sur les lieux d'accidents, tout d'abord de façon officieuse pour ensuite se transformer en procédures officielles à partir de 2002 dans le territoire de Montréal et de Laval [Lieberman *et al.*, 2004].

3.3.2 Volet « santé physique »

Le volet « santé physique » regroupe tous les services offerts par les structures hospitalières et les organismes de santé, allant des services de stabilisation médicale aux centres tertiaires. La première phase d'implantation du CST s'est faite par ce volet. Actuellement, trois cycles d'évaluation ont été complétés (de 1992 à 2004) et un autre cycle est en cours au moyen de la version informatisée par Internet des FECST [FECST, 2011]. En 1991, le MSSS a confié à la SAAQ le mandat de créer le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique ». La présidence de ce groupe a été confiée à la SAAQ. Les différents cycles sont repris plus en détail ci-après.

Premier cycle d'évaluation (1991-1995) : première désignation des centres hospitaliers

En 1991, le premier cycle d'évaluation a permis de désigner et de catégoriser, selon quatre types de services, les établissements intéressés par la traumatologie qui souhaitaient jouer un rôle dans le futur réseau de traumatologie du Québec. Ce processus de désignation était nécessaire pour faciliter l'accessibilité aux soins, la concentration de l'expertise et le soutien concernant la complémentarité des services et des ressources et, par la suite, pour favoriser la régionalisation du système. Les établissements ont été invités à poser volontairement leur candidature, et 147 établissements ont répondu à l'appel. Ils ont constitué un dossier²⁰ et l'ont soumis à l'ASSS en précisant la catégorie de centre de traumatologie qu'ils souhaitaient se voir attribuer. Ensuite, les ASSS ont proposé les candidatures de centres de traumatologie par type de services. Durant la même période, les ASSS étaient responsables d'élaborer le programme régional de traumatologie de leur territoire; 97 établissements ont ainsi été retenus.

De septembre 1990 à décembre 1992, les établissements volontaires ont été visités, à la grandeur de la province, par le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique ». Dès le début de l'implantation, le MSSS a souhaité se munir d'un système d'information efficace afin d'être en mesure d'évaluer la performance et la qualité des services du réseau.

En janvier 1993, un premier devis visant l'élaboration d'un système a été rédigé par le Ministère [MSSS, 2007]. La conception et la mise en œuvre du système d'information ont été confiées à une équipe de recherche du département d'épidémiologie de l'Université McGill. Cette équipe a été retenue pour son expertise reconnue en traumatologie; le système proposé par cette équipe répondait davantage aux besoins particuliers et spécifiques du contexte québécois. La collaboration entre l'équipe de McGill et le MSSS s'est étendue par la suite afin d'inclure la SAAQ, qui a contribué à financer une partie du développement du système [MSSS, 2007].

Cette période a été propice à la création de liens de coopération, par exemple entre les médecins des services des urgences (liens parfois déjà existants) des différents établissements évalués. Cela a été un premier pas vers les futures ententes de transferts hospitaliers (ex. : corridors de service). De même, le groupe et son président ont contribué largement à communiquer et à traduire la vision du nouveau programme de traumatologie, à sensibiliser et à soutenir les équipes et les établissements en étant omniprésents sur le terrain. Cette première étape a donné le coup d'envoi au réseautage des salles des urgences au Québec, en créant de multiples corridors d'ententes de services entre elles et les régions limitrophes²¹.

Deuxième cycle d'évaluation (1995-2000) : pertinence des désignations des centres hospitaliers

Ce deuxième cycle d'évaluation a confirmé la pertinence du maintien des désignations accordées lors du premier cycle, en fonction des données des dernières années. Mais, en réalité, ce cycle d'évaluation résultait des volumes réels de la clientèle, de la géographie, de la démographie, de la performance et de la chronologie. Le réseau s'est ainsi restructuré. Cette évaluation a eu pour objectif de vérifier que les centres désignés avaient la masse critique suffisante pour conserver

²⁰ Comprenant la liste des ressources relatives aux soins et aux services des victimes de traumatisme de même qu'une description de l'organisation clinique concernant les victimes de traumatisme ainsi que les protocoles de soins et les protocoles de transfert des traumatisés vers les centres de réadaptation.

²¹ Informations recueillies en septembre lors de l'entrevue avec l'ancien président du groupe d'experts-conseils du volet « santé physique » de 1991-2006.

l'expertise et la pratique afin d'offrir des soins et des services de qualité, assurant ainsi une performance optimale du réseau²². Cela a pu être possible grâce à l'adoption du nouveau système d'information, à savoir le Registre des traumatismes du Québec [RTQ], lequel a permis la collecte de données plus fiables [MSSS, 2007]. La grille d'évaluation a été mise à jour selon les données probantes les plus récentes et validées par un comité d'experts et par le comité provincial de traumatologie. Des 97 établissements désignés lors du premier cycle, 83 établissements ont conservé leur désignation. Les centres universitaires ont été assimilés aux centres tertiaires et les centres secondaires régionaux ont été créés.

De 1992 à 1998, une équipe de recherche du département d'épidémiologie de l'Université McGill a mesuré la performance et la qualité des soins et des services du réseau [Sampalis *et al.*, 1999]. Cette étude a mis en lumière l'efficacité du CST en démontrant une baisse importante du taux de mortalité chez les blessés graves enregistrés dans le RTQ (de 52 % à 18 %). De nouveau, durant cette période, le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » et son président ont mis l'accent sur la mobilisation et la sensibilisation du milieu en étant omniprésents sur le terrain²³. Les ASSS, quant à elles, agissaient à l'échelle régionale afin de créer une dynamique entre les différents établissements, notamment par l'entremise du comité régional de traumatologie, afin de permettre une meilleure offre de soins et de services en traumatologie dans leur région respective.

L'omniprésence du groupe d'experts et de son président a contribué en partie à établir, de manière non officielle, les bases d'un réseautage des salles des urgences, ce qui a facilité ensuite la création de liens en vue d'établir les ententes de services interétablissements²⁴.

Troisième cycle d'évaluation (2000-2004) : évaluation de la performance globale des centres hospitaliers

Les résultats très encourageants des recherches de l'équipe de l'Université de McGill ont conforté l'utilité du programme. Le MSSS a confié un autre mandat d'évaluation à la SAAQ couvrant la période 1999-2004 [FECST, 2011]. Avant d'entamer ce troisième cycle, les grilles d'évaluation ont été mises à jour selon les dernières données probantes en traumatologie et validées par les pairs. Ce troisième mandat a consisté à consolider le réseau de centres de traumatologie par le développement d'une culture de performance et d'amélioration continue de la qualité [FECST, 2011]. Des protocoles et des processus ont été élaborés et diffusés afin de favoriser la performance.

Ce troisième cycle a permis de porter une attention particulière à l'élaboration du programme local de traumatologie exigé de chaque établissement. Le programme devait regrouper l'ensemble des actions (ex. : formation, engagement de différents services et mécanismes d'évaluation de la qualité) et des structures (ex. : comité local de traumatologie et sous-comité local de traumatologie), y compris les relations de collaboration et de coordination (ex. : ententes de transferts, participation au comité régional de traumatologie et formation auprès de partenaires) en rapport avec les activités de traumatologie.

Des indicateurs de performance et un programme d'amélioration continue de la qualité ont été progressivement élaborés, de telle sorte qu'un programme d'amélioration continue de la qualité nationale est devenu la norme dans tout le réseau de traumatologie.

²² Voir la note précédente.

²³ Voir la note 22.

²⁴ Voir note 22.

Le troisième cycle a priorisé la perméabilité absolue des corridors de services en amont et en aval de chacun des maillons du CST. En 2000, le RTQ²⁵ a évolué progressivement vers un système d'information pour le MSSS [MSSS, 2007]. Avec l'adoption du règlement sur la transmission des renseignements²⁶, tous les centres hospitaliers désignés en traumatologie avaient l'obligation de transférer toute l'information concernant les personnes ayant été victimes de traumatisme majeur depuis avril 1998.

C'est aussi à cette époque que le MSSS a confié à la RAMQ le mandat de stocker et de gérer toutes les informations de cette base de données [MSSS, 2007]. Entre-temps, l'équipe de recherche du département d'épidémiologie de l'Université McGill a publié les résultats d'une deuxième étude ayant pour objet les impacts du CST sur le taux de mortalité des blessés graves inscrits dans le RTQ. Les résultats ont montré une réduction du taux de mortalité, qui est passé de 52 % en 1992 à 8,6 % en 2002 [Lieberman *et al.*, 2004]. À ce troisième cycle, le nombre d'établissements désignés du réseau est passé de 83 à 73.

Quatrième cycle d'évaluation (2004-2011) : élaboration et mise en œuvre d'un processus visant l'évaluation de la performance en temps réel et l'amélioration continue de la qualité

Le quatrième cycle est toujours en cours, accusant un peu de retard à la suite du désengagement de la SAAQ et en raison du délai nécessaire au transfert des activités à l'AETMIS. L'objectif visé pour le développement du volet transactionnel des FECST était de permettre l'implantation de tableaux de bord dans chaque établissement, de produire et de diffuser des statistiques et des indicateurs de performance à des fins d'amélioration continue de la qualité, mais aussi de permettre au groupe conseil de vérifier à distance les recommandations et de limiter les visites à des cas spécifiques. Actuellement, les centres hospitaliers déposent leurs documents obligatoires sur le site Web des FECST. Les documents à transmettre sont le programme local de traumatologie (description de l'organisation interne, lettres d'engagement, ententes relatives aux transferts), les données du RTQ et le recueil de toutes les procédures (service des urgences, imagerie médicale, laboratoire, bloc opératoire, soins intensifs, réadaptation et service de prise en charge rapide). Le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » analyse tous ces documents à des fins d'évaluation afin d'en vérifier la conformité avec les exigences du CST et de formuler des recommandations au MSSS concernant la désignation ou le maintien de la désignation. Les visites du groupe d'experts sont possibles en cas de doute, mais restent exceptionnelles [FECST, 2011]. L'élaboration des indicateurs de performance et de tableaux de bord est bien amorcée; il reste à définir le processus de diffusion des données.

3.3.3 Volet « réadaptation et soutien à l'intégration »

En 1999, le MSSS a créé le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » en vue d'évaluer la performance des établissements de réadaptation et de participer au développement du domaine d'intervention posthospitalier, comme dans le cas du volet « santé physique ».

²⁵ Élaboré à la base par l'entremise d'un projet de recherche.

²⁶ Règlement sur la transmission de renseignements concernant les usagers victimes de traumatismes majeurs.

Des comités d'experts ont ainsi été formés. Ils ont élaboré des grilles d'évaluation spécifiques de la réadaptation, tant précoce que spécialisée, inspirées des grilles des centres hospitaliers. Afin de combler les disparités régionales et d'assurer une prise en charge adéquate de certaines clientèles et une continuité de services, les consortiums d'établissements (régionaux et interrégionaux) pouvant offrir des soins et des services aux clientèles TCCMG et des centres d'expertise ont été créés [ASSS, 2009]. Dans la présente section, on trouve la chronologie des événements qui ont conduit à l'implantation et au développement de la phase des services posthospitaliers, qui commence par les clientèles desservies par les centres d'expertise. Suivront l'évolution des services offerts à la clientèle TCCMG et le développement de soins et de services destinés à la clientèle TCCL et à la clientèle BOG.

3.3.3.1 Centres d'expertise²⁷

Les centres d'expertise offrent des services aux victimes de blessures médullaires (BM), de brûlures graves (VBG) et de traumatismes par amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU).

3.3.3.1.1 Clientèle des victimes de blessures médullaires (BM), dont les tétraplégiques ventilo-assistés (TVA)

Dès 1994, le MSSS et la SAAQ ont pris conscience du fait qu'il était important d'apporter à la clientèle BM une prise en charge globale et une continuité des soins basés sur les besoins cliniques. Cette problématique était réelle et confirmée par les données de la SAAQ, lesquelles ont été confirmées par l'Association des paraplégiques du Québec.

En 1995, les meilleures pratiques ont pu être déterminées grâce à une recension des écrits et des visites dans plusieurs centres de réadaptation aux États-Unis. En 1996, un comité consultatif (groupe de travail ministériel) a permis d'élaborer un guide d'implantation de centre d'expertise afin de mettre en œuvre un projet de continuum de services destinés à cette clientèle adulte [MSSS, 1996].

En 1997, le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique », soutenu par des professionnels, experts en réadaptation, a reçu du MSSS le mandat d'élaborer une grille d'évaluation. Les premières visites d'évaluation des centres d'expertise ont été organisées. Faisant suite à ces visites, deux centres d'expertise ont été désignés par le ministre, l'un dans l'ouest de la province (Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et Institut de réadaptation Gingras-Lindsay de Montréal, Centre de réadaptation Lucie-Bruneau) et l'autre dans l'est (Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (CHA) – Hôpital de l'Enfant-Jésus, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRDQP)).

En 2001-2002, le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a procédé au deuxième cycle d'évaluation. À cette fin, une nouvelle grille d'évaluation, destinée davantage aux centres d'expertise, a été élaborée par la coordonnatrice du groupe et certains de ses membres, intégrant tous les aspects de la structure, de l'infrastructure, du fonctionnement et des ressources humaines. Les mandats des centres existants ont été reconduits à la suite de certains travaux attendus.

²⁷ Le lecteur trouvera une description plus en détail des centres d'expertise dans le point 1.3 *Architecture du programme* du présent document.

En 2005-2006, le même groupe a élaboré une grille d'évaluation relative à la clientèle BM TVA afin d'effectuer une première visite du centre d'expertise de la clientèle BM de l'ouest de la province qui desservait ce type de clientèle dans le cadre d'un projet pilote. Le centre d'expertise de a reçu le nouveau mandat national de desservir la clientèle des BM TVA.

Depuis 2009, un troisième cycle d'évaluation est en préparation. La grille d'évaluation doit être adaptée aux nouvelles exigences des FECST. Depuis la reprise des activités par l'AETMIS et à la suite de la demande de sa direction scientifique, une révision des données probantes a été entreprise afin de mieux déterminer les besoins de la clientèle BM traumatique et non traumatique et de l'accessibilité aux soins et aux services offerts à tous les types de clientèle BM [FECST 2011]. Cette révision est toujours en cours à l'INESSS. (Voir l'annexe 2.)

3.3.3.1.2 Clientèle des victimes de brûlures graves (VBG)

Depuis les années 80, on trouve au Québec une organisation de services visant la prise en charge médicale des VBG. Deux centres de grands brûlés étaient désignés, l'un à Montréal et l'autre à Québec. À partir de 2000, aux États-Unis, des changements dans l'organisation des services offerts à cette clientèle se sont opérés.

Le MSSS et la SAAQ sont sensibilisés par le fait d'apporter une meilleure prise en charge pour cette clientèle. Ils constatent aussi une faiblesse quant à la continuité de services offerts au Québec aux VBG qui en sont au stade de la réadaptation. Des normes de pratique et des orientations visant l'organisation des services offerts aux VBG ont été établies grâce à une revue de la littérature [NBCR, 2001] et à des visites dans des centres d'expertise en Amérique du Nord (voir l'annexe 2).

De 2001 à 2002, un groupe de travail ministériel, interdisciplinaire, composé de différents représentants des principales organisations concernées par ce problème, a mis en œuvre un projet concernant l'élaboration d'un programme national de services destinés aux VBG [MSSS, 2004].

En 2003, à la suite des travaux du comité consultatif, un groupe conseil en traumatologie composé d'experts du volet « santé physique » et du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a élaboré et validé la grille d'évaluation concernant les VBG [ACS, 2006 ; MSSS, 2003 ; NBCR, 2001]. De 2004 à 2005, un premier cycle d'évaluation a été complété, ce qui a permis au ministre de la Santé et des Services sociaux de désigner deux centres d'expertises composés d'un centre hospitalier de niveau tertiaire et d'un établissement de réadaptation, l'un dans l'ouest de la province (CHUM – Hôtel Dieu de Montréal et Hôpital de réadaptation Villa Medica, en collaboration avec l'association des usagers « Entraide Grands Brûlés » et l'autre dans l'est de la province (CHA – Hôpital de l'Enfant-Jésus et Institut de réadaptation en déficience physique de Québec (IRD PQ)), en collaboration avec l'Association des grands brûlés F.L.A.M.²⁸.

En 2010, un deuxième cycle d'évaluation a été amorcé. Dans la perspective des prochaines visites d'évaluation selon les exigences des FECST, le groupe conseil a élaboré et validé le modèle d'évaluation (voir l'annexe 2) composé du programme de traumatologie (ententes de transferts interétablissements, lettres d'engagement, organisation interne) et du recueil des procédures

²⁸ Organisme soutenant les victimes de brûlures graves (VBG) et leurs proches durant le séjour à l'hôpital et au cours de la période de réinsertion sociale.

F.L.A.M. : Site Web : <http://www.assdesgrandsbrulesflam.ca> -
Organisme de soutien

(bloc opératoire, imagerie médicale, laboratoire, unité de soins, urgences). Les mandats des centres existants ont tous été reconduits.

3.3.3.1.3 Clientèle victime d'amputation nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence (VARMU)

Dès 2002, le MSSS relève un problème d'accessibilité et de continuité des services dispensés à la clientèle VARMU. Ce constat faisait suite à une étude réalisée au Québec [Lapointe, 1988; RAAQ, 1986] et aux remarques de l'Association des spécialistes en chirurgie plastique et esthétique du Québec (ASCPEQ). En 2003, une revue de la littérature a été réalisée par l'Association. Une résidente en chirurgie plastique a effectué une étude portant sur la réimplantation du membre supérieur, ce qui a permis de recenser les indications, les résultats, les soins postopératoires et les protocoles de réhabilitation existants.

En 2004, un comité consultatif s'est penché sur la problématique liée à la prise en charge de la clientèle VARMU en vue de définir des lignes directrices visant une organisation qui puisse répondre aux besoins de cette clientèle [MSSS, 2004].

En 2007, le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » reçoit du MSSS le mandat de produire une grille d'évaluation concernant le premier cycle d'évaluation. De 2008 à 2010, le transfert des activités générales d'évaluation du CST vers l'INESSS a occasionné des délais qui ont retardé la première évaluation relative à cette clientèle. La visite s'est tenue en décembre 2010 et le centre d'expertise a été désigné à ce moment-là [FECST, 2011].

3.3.3.2 Consortiums d'établissements

Les consortiums d'établissements²⁹ (régionaux ou interrégionaux) sont des unités organisationnelles qui ont été mises sur pied, dans les régions et entre les régions, afin de répondre aux besoins spécifiques de la clientèle ayant un traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG) [VGQ, 2005; MSSS, 1999] (voir l'annexe 2).

3.3.3.2.1 Clientèle victime de traumatisme craniocérébral modéré ou grave (TCCMG)

Premier cycle d'évaluation (1999-2006) : désignation des établissements de réadaptation et des centres de neurotraumatologie et création des consortiums d'établissements.

En 1997, une étude sur l'offre de services de réadaptation a mis en évidence une disparité³⁰ dans l'accessibilité et la continuité des services offerts à la clientèle victime d'un TCCMG. Afin de réduire le taux de mortalité et de morbidité, une approche intégrée en traumatologie était nécessaire. Les principaux partenaires, la SAAQ et le MSSS, sont sensibilisés à ce problème et à la nécessité d'un changement dans la prise en charge de la clientèle TCCMG. Néanmoins, avant de s'engager, la SAAQ et le MSSS soulignent un besoin additionnel de données probantes.

À partir de 1998, le MSSS demande à une équipe de recherche d'étudier les besoins et les services qui seraient nécessaires pour desservir cette clientèle [Gervais et Dubé, 1999]. Simultanément, la SAAQ entreprend une revue de littérature en rapport avec cette problématique. Grâce à ces différents travaux de recherche, deux cadres de références cliniques

²⁹ Le lecteur trouvera des informations complémentaires au point 1.3 *Architecture du programme* du présent document.

³⁰ Remarque : dû en partie aux ententes avec les tiers payeurs.

ont été rédigés, l'un concernant la clientèle adulte et l'autre concernant la clientèle pédiatrique, afin de définir les besoins de la clientèle TCCMG et les services à lui offrir [Bourque, 2001; Gadoury, 2001].

En juillet 1999, faisant suite à ces travaux, un groupe de travail ministériel, formé de représentants de la Fédération de la réadaptation en déficience physique du Québec, de l'Association des hôpitaux du Québec, de la SAAQ ainsi que de la Conférence des régies régionales de la Santé et des Services sociaux, a mis en œuvre un projet de continuum de services à l'intention des personnes victimes d'un TCCMG. Une attention particulière a été apportée afin de garantir une meilleure intégration des maillons de ce continuum de services en traumatologie. Ce projet a été ensuite validé par un groupe d'experts du milieu, représenté par des centres de neurotraumatologie, les associations d'usagers et des établissements de réadaptation. Toujours en 1999, le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a été créé. En étant omniprésents sur le terrain, le groupe et la coordonnatrice ont participé largement à mobiliser tous les acteurs et à traduire la vision du continuum de services en traumatologie, à sensibiliser et à soutenir les équipes et les établissements faisant partie des consortiums. Afin de rendre « opérationnels » les travaux du comité consultatifs, ce nouveau groupe conseil a reçu le mandat d'élaborer une grille d'évaluation inspirée d'une part de la grille utilisée par le groupe du volet « santé physique », enrichie d'autre part par une autre grille ayant trait à l'étape de la réadaptation spécialisée [MSSS, 2001b].

De 1999 à 2006, le groupe conseil a procédé à un premier cycle d'évaluation en deux étapes. La première étape a eu lieu de 1999 à 2002. Tout d'abord, les établissements ont été évalués de façon individuelle, d'une part les centres hospitaliers en neurotraumatologie et d'autre part, les établissements de réadaptation. Le ministre a alors désigné 10 centres hospitaliers et 17 établissements de réadaptation.

En 2001, un groupe de travail ministériel a établi des paramètres d'organisation afin de répondre aux problèmes soulevés lors de la première évaluation d'établissements. Un autre groupe de travail ministériel s'est également penché sur les besoins de la clientèle « enfants et adolescents » et sur les services à offrir à cette clientèle afin de produire des paramètres d'organisation spécifiques. D'autres travaux de recherche réalisés par la SAAQ ont permis d'enrichir les premiers travaux du comité consultatif de 1999 [Bourque, 2001; Gadoury, 2001].

En 2002, l'évaluation a porté sur les centres qui désiraient offrir des services à la clientèle « enfants et adolescents ». La deuxième étape s'est ainsi déroulée de 2002 à 2006 et a nécessité l'élaboration d'une nouvelle grille répondant aux exigences du MSSS en matière d'ancrage entre les partenaires, soit les centres hospitaliers de neurotraumatologie et les centres de réadaptation.

De 2002 à 2004, le groupe conseil du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a effectué une visite d'évaluation en vue d'implanter les consortiums d'établissements.

En 2006, ce même groupe a effectué une visite d'évaluation des consortiums régionaux et interrégionaux à l'intention des enfants et des adolescents dans l'ouest de la province. En parallèle de cette évaluation, les consortiums régionaux et interrégionaux ont dû déposer les résultats de leur action régionale.

Deuxième cycle d'évaluation (2006-2009) : consolidation des consortiums d'établissements

De 2006 à 2009, le deuxième cycle d'évaluation a été entrepris en vue de consolider les consortiums d'établissements. Avant les visites, la coordonnatrice et certains membres du groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » ont contribué à l'élaboration d'une nouvelle grille d'évaluation propre aux besoins et aux exigences des consortiums d'établissements. À la fin de ce deuxième cycle, 21 consortiums régionaux et interrégionaux ont été désignés par le ministre de la Santé et des Services sociaux.

Troisième cycle d'évaluation (en cours depuis 2009) : Préparation et mise en œuvre afin de répondre aux exigences des FECST

Un troisième cycle d'évaluation, en rapport avec les exigences et les besoins des FECST, est en préparation. Les grilles d'évaluation vont être remodelées de manière à s'y conformer.

3.3.3.2.2 Autres clientèles

Clientèle ayant un traumatisme craniocérébral léger (TCCL)

En 2001, faisant suite à l'analyse de certaines de ses données de facturation, la SAAQ constate des écarts par rapport à ce qui est énoncé dans la littérature. Au début de 2002, un comité MSSS-SAAQ a procédé à de nouvelles analyses; le comité admet la nécessité d'approfondir ces données par une revue de la littérature récente. Durant deux années, soit de 2002 à 2004, la revue de littérature a permis de relever des normes fondées sur des données probantes issues principalement d'un groupe de travail de l'OMS sur les TCCL appelé le Task Force on Mild Traumatic Brain Injury, [MSSS, 2005], lesquelles ont tout d'abord été analysées par la SAAQ (voir l'annexe 2).

En 2003, un comité consultatif ministériel a été créé.

De 2003 à 2005, le comité consultatif ministériel a soutenu les travaux d'élaboration des orientations ministérielles 2005-2010 visant l'organisation des services offerts aux clientèles ayant un TCCL, tant sur le plan de l'élaboration que sur le plan de la consolidation de l'offre de services, en collaboration avec des représentants du MSSS et de la SAAQ [MSSS, 2005]. Le comité a demandé à un groupe de médecins-conseils en neurotraumatologie et de représentants d'associations médicales, dont l'AMUQ, de valider les paramètres cliniques. Faisant suite à ces divers travaux et recherches, le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a reçu du MSSS le mandat d'élaborer une grille d'évaluation [MSSS, 2005].

En 2006, les ASSS ont dû produire un plan d'implantation des orientations ministérielles relatives au TCCL. De 2009-2012, un modèle d'organisation de services destinés à la clientèle TCCL doit être implanté, conjointement par les ASSS et les établissements du territoire de desserte.

En 2010, on dénombre 5 régions sur 18, soit les régions 01, 02, 04, 12 et 14, qui ont rédigé un plan, dont 3 l'ont implanté. L'AETMIS a analysé et recommandé les plans régionaux d'organisation de services et le MSSS a accepté les recommandations de l'AETMIS en vue des implantations. L'évaluation des résultats d'implantation par l'INESSS est prévue en 2012 (voir l'annexe 2).

Clientèle ayant des blessures orthopédiques graves (BOG)

À partir de 2003, la SAAQ a constaté des retards dans la prise en charge des victimes de BOG. La SAAQ a alors étendu ses ententes entre les centres de neurotraumatologie et les établissements de réadaptation. La difficulté de définir cette clientèle a également freiné la mise en œuvre d'une meilleure prise en charge de ces victimes. On ne trouve dans la littérature aucune donnée probante concernant les BOG qui puisse permettre d'établir des normes de pratique.

Jusqu'en 2006, l'une des priorités du MSSS a été de définir précisément le type de clientèle, ce qui a été tenté au moyen d'un projet d'élaboration d'orientations ministérielles visant un continuum de services offerts à la clientèle âgée victime d'une fracture de la hanche. Cet exercice a été peu concluant. Jusqu'à présent, la priorité et la nécessité ont été de constituer une équipe de recherche intéressée par cette question afin de réviser les données probantes et d'élaborer des guides de pratiques. (Voir l'annexe 2.)

3.3.4 Fonctions Évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST)

En décembre 2003, la SAAQ a reçu du MSSS le mandat d'élaborer un projet de gestion centralisée d'évaluation visant l'ensemble du CST. En 2004, la SAAQ a accepté ce mandat. L'objectif du projet, sous la responsabilité des deux groupes conseil en traumatologie (volet « santé physique » et volet « réadaptation et soutien à l'intégration »), devait permettre la mise sur pied d'un projet informatique sur Internet permettant de suivre en temps réel la performance de l'ensemble des partenaires de tous les maillons du CST, soit 800 partenaires, et de créer une dynamique entre ces partenaires.

Au printemps 2004, la SAAQ a progressivement élaboré l'architecture et l'ingénierie des fonctions évaluatives. La stratégie mise en œuvre tendait à faciliter l'efficacité et l'efficience dans les meilleurs délais [FECST, 2011].

La première phase prévoyait le dépôt de la programmation et du recueil des procédures de chaque établissement. La deuxième phase proposait la production des statistiques et des indicateurs de performance de la phase hospitalière. La phase de prévention (primaire et secondaire) n'était pas considérée comme une priorité à prime abord. Néanmoins, à moyen terme, la diffusion des statistiques était prévue afin de permettre de présenter l'évolution de l'impact et des causes des traumatismes.

Les grandes fonctions de ce projet informatique devaient s'articuler autour d'un volet informationnel et d'un volet transactionnel. Le volet informationnel devait avoir pour objectif la diffusion de l'information auprès de la population et des parties prenantes en traumatologie. Le volet transactionnel devait, quant à lui, faciliter l'accès et la diffusion des données du réseau auprès de l'ensemble des partenaires du réseau. Ainsi, les coordonnées des partenaires, les corridors de transfert, les documents de référence (guides, grilles d'évaluation, modèles, notes, etc.), le programme de traumatologie et le recueil des procédures, les indicateurs de performance, les résultats des évaluations et les plans d'action devaient figurer dans le volet transactionnel (FECST, 2011).

La mise en ligne du volet informationnel a été effectuée en décembre 2005 et celle du volet transactionnel, en février 2006. Les deux volets de cette plateforme virtuelle s'avèrent d'ailleurs un excellent outil de transfert des connaissances.

Au cours de 2006, la SAAQ s'est désengagée de la mise en œuvre des FECST et progressivement des autres activités³¹ du CST. Comme le MSSS ne souhaitait pas non plus s'investir seul dans l'élaboration et l'implantation de cette plateforme virtuelle, il a également remis en question la poursuite des activités du CST dans ce nouveau contexte. La reprise officielle des différentes activités s'est concrétisée seulement en 2008 grâce à l'AETMIS, devenue l'INESSS en 2011 [FECST, 2011].

Actuellement, en ce qui a trait au volet transactionnel, seuls les documents et les données concernant les hôpitaux et les ASSS sont accessibles. Tous les documents qui réfèrent aux obligations du CST sont présents (modèles, grilles, guides, programme de traumatologie local, recueil des procédures, etc.) et chaque établissement (hôpital ou agence) peut les télécharger à sa guise. Une mention affichée à côté du nom de chaque établissement indique la conformité de cet établissement aux exigences du programme, à savoir que l'établissement a fait parvenir l'ensemble des documents exigés et que ceux-ci ont été validés et sont donc accessibles à l'ensemble des partenaires. Dans le cas contraire, il est mentionné simplement que l'établissement s'est en partie conformé ou ne s'est pas conformé aux exigences du programme, donc l'accès à un document n'est pas possible dans le cas où le document ne satisfait pas aux exigences du groupe conseil concerné [FECST, 2011].

³¹ Processus d'évaluation des centres hospitaliers par le groupe d'experts-conseils en traumatologie du volet « santé physique ».

4 FACTEURS FACILITANT L'IMPLANTATION DU CST

Le chapitre 5 abordera tout d'abord les aspects théoriques de la gestion du changement par une brève synthèse de la littérature. Ensuite, les facteurs qui ont facilité l'implantation du CST seront énumérés et analysés. En conclusion, ces facteurs seront rapprochés des différents modèles de gestion du changement énoncés dans la littérature.

4.1 Rappels théoriques de la gestion du changement

Le changement se définit comme la transformation d'un système de valeurs, l'évolution des perceptions des acteurs, des structures et des pratiques dans un contexte et un champ organisationnel précis [Denis, 2002]. La notion de changement est floue, vaste et complexe selon les approches, les modèles ou les théories. Elle regroupe toute une diversité d'actions plus ou moins complexes empêchant la détermination d'une position officielle [Champagne, 2002]. La littérature souligne également la difficulté d'implanter le changement dans les organisations [Champagne, 2002].

Le processus de changement peut être émergent, non programmé. Il peut être spontané et passif ou, au contraire, être voulu, ce qui sous-entend l'élaboration de stratégies [Greenhalgh *et al.*, 2004].

Le changement peut être radical ou convergent. Le changement radical représente une transformation fondamentale en rapport avec les orientations initiales de l'organisation. Cette transformation bouleverse simultanément les pratiques, les structures, l'activité et le sentiment qu'ont les acteurs de leur rôle dans l'organisation. Le changement convergent se définit selon des étapes itératives qui favorisent les ajustements dans les structures, en accord avec les archétypes ordinairement employés [Denis, 2002]. Cela se rapporte à la dynamique de la structuration sociale [Bourdieu et Wacquant, 1992; Giddens, 1984; Bourdieu, 1980].

La littérature fait également une distinction entre le changement évolutif et le changement révolutionnaire, marqué principalement par le rythme auxquels les changements sont exécutés [Greenhalgh *et al.*, 2004; Denis, 2002; Hinings et Greenwood, 1996; Tushman et Romanelli, 1985; Miller *et al.*, 1984].

Le changement peut être introduit par différents mécanismes et stratégies [Denis, 2002], soit des mécanismes autoritaires, par exemple de la direction vers la base, des pressions coercitives, par exemple par une loi, ou des stratégies participatives, par exemple solliciter l'engagement.

Le changement dans les organisations passe par plusieurs étapes. Le nombre d'étapes et la terminologie employée varient selon les auteurs. Lewin [1975; 1952] a élaboré un modèle qui est devenu fondamental dans la gestion du changement [Bareil, 2004].

Lewin [1975; 1952] a souligné l'importance d'analyser le changement comme un processus évolutif et dynamique défini selon trois phases, à savoir la décristallisation (abandon des comportements), le déplacement (initiation au nouveau mode de fonctionnement) et la cristallisation (adoption du nouveau mode organisationnel). D'autres auteurs indiquent les cinq phases suivantes : la conception, la dissémination, l'adoption, l'implantation et enfin la pérennisation [Oldenburg et Parcel, 2002]. Enfin, certains autres pensent que le processus de

changement peut passer par les trois phases suivantes : la phase de décision (regroupant l'initiation, la diffusion et l'adoption), la phase d'implantation (y compris l'actualisation et l'adoption) et la phase d'abandon, avec ou sans remplacement [Champagne, 2002].

Plusieurs facteurs influençant l'adoption du changement ont été relevés dans la littérature. Ils varient grandement [Deschesnes *et al.*, 2008]. Les facteurs cités le plus souvent [Fajans *et al.*, 2006; Greenberg, 2006; Anderson *et al.*, 2004; Fleuren *et al.*, 2004; Greenhalgh *et al.*, 2004; Oldenburg et Parcel, 2002; Pankratz *et al.*, 2002; Wejnert, 2002 ; Dobbins *et al.*, 2001] font référence :

- aux caractéristiques de l'innovation (ex. : les mécanismes d'introduction, le type et le rythme du changement);
- aux caractéristiques des utilisateurs (ex. : le type d'engagement);
- à la gouvernance (ex. : les différents types de leadership);
- aux caractéristiques organisationnelles (ex. : les mécanismes de communication, es structures de soutien);
- aux facteurs liés à l'environnement.

La gestion du changement peut suivre une dizaine de modèles différents [Champagne, 2002].

Le modèle de planification rationnelle s'inspire de l'organisation scientifique du travail. La réussite de l'implantation du changement est attribuable à la qualité et au suivi de la planification, dès la conception du projet jusqu'à sa mise en œuvre, et ce, en respectant les différentes procédures retenues. La gestion de projet est souvent utilisée par les organisations qui ont retenu ce modèle [Rouleau, 2007; Mintzberg, 2004; Champagne, 2002; Demers, 1999].

Le modèle du développement organisationnel attribue la réussite de l'implantation du changement à l'élaboration de procédures structurelles dans l'organisation, telles que la promotion des valeurs participatives et la recherche de consensus, des aspects qui contribuent à l'amélioration des conditions de travail et du climat organisationnel [Burke, 2008; Champagne, 2002; Abrahamson, 1991].

Le modèle théorique psychologique priorise les actions permettant de vaincre les résistances des acteurs ou des organisations au changement. Par exemple, des stratégies de communication et de soutien peuvent être mises en place et destinées aux différentes parties prenantes durant la phase d'implantation [Argyris et Schön, 2002; Champagne, 2002; Argyris, 1999; Mescon *et al.*, 1988; Argyris *et al.*, 1985].

Le modèle structurel souligne l'importance d'implanter des structures de coordination pertinente soutenue par différents types de ressources (ex. : humaines, financières, logistiques, informationnelles) afin de rendre opérationnelle la mise en place du changement [Hatch, 2000; Demers, 1999; Lawrence et Lorsch, 1967]. Une importance particulière est accordée aux facteurs contextuels facilitant ou non l'implantation du processus de changement [Champagne, 2002].

Le modèle politique fait ressortir l'importance de prendre en compte les jeux de pouvoir. L'une des priorités de cette perspective est de déterminer les intérêts individuels de certaines parties prenantes influentes pour faciliter l'implantation du changement [Rouleau, 2007; Champagne, 2002; Guilhon, 1998].

Le modèle de la gestion stratégique fait référence à la personnalité de certains dirigeants qui parviennent à transformer la culture, la stratégie et la structure d'une organisation dans un contexte de crise ou de précarité [Demers, 1999].

Selon le modèle environnemental, les facteurs qui influencent la réussite de l'implantation se trouvent dans l'environnement externe de l'organisation [Demers, 1999]. Cette perspective regroupe la théorie écologique [Baum, 1996] et la théorie organisationnelle [Powell et DiMaggio, 1991; 1983]. Les changements sont influencés soit par des normes organisationnelles, soit par l'immobilisme de l'organisation [Rouleau, 2007].

Le modèle de l'apprentissage organisationnel souligne le fait que le changement aboutira si l'on réussit à mettre de l'avant le processus d'apprentissage collectif, basé sur l'expérimentation, l'essai et l'erreur [Demers, 1999; Cohen et Levinthal, 1990].

L'approche de la complexité prend sa source au sein des théories du chaos et de la complexité [Waldrop, 1992; Gleick 1987]. Les organisations, jugées complexes et évolutives, trouvent un certain équilibre entre l'ordre et le désordre. Selon cette perspective, la communication et la participation influencent et stimulent l'apprentissage pour se conformer à l'isomorphisme.

Le modèle gurus met en évidence les compétences et l'expertise des leaders pour gérer le processus de changement. Cette théorie met de l'avant la normalité, l'inévitabilité du changement. Elle fait appel à plusieurs modèles de gestion de changement qu'elle juxtapose [Champagne 2002].

La littérature souligne également la nécessité de prendre en compte le contexte local. Il est important d'accorder une attention particulière aux interactions des acteurs et tout particulièrement des parties prenantes ayant un rapport avec le changement. La réussite du processus d'implantation d'un changement ne se limite pas à la seule utilisation de techniques de communication efficaces [Greenhalgh *et al.*, 2004].

La nature du processus d'apprentissage et la présence d'un leadership collectif seraient des conditions importantes de la réussite de l'implantation du changement; elles-mêmes seraient influencées par des facteurs liés à la structure et à l'environnement [Champagne, 2002].

Le leadership collectif fait référence à l'engagement de nombreux acteurs devant garantir la représentation du secteur clinique et administratif dans le rôle de leader. Un leadership collectif devient efficace quand il permet de rassembler un grand nombre d'expertises et de sources de légitimité, tant administratives que cliniques, nécessaires à la réussite de l'implantation du changement [Denis, 2002]. Le principal défi menaçant l'efficacité de ce type de leadership réside en partie dans la rivalité des acteurs qui désirent accroître leur pouvoir d'influence [Denis, 2002]. L'engagement des acteurs serait un facteur d'influence important pour l'apprentissage [Champagne, 2002]. Les ressources matérielles, humaines et cognitives sont à prendre en considération, car elles facilitent également la réussite de l'implantation du changement [Hage, 1999; Van de Ven *et al.*, 1999].

4.2 Détermination des facteurs

La rédaction de l'historique du CST nous a permis, en partie, de recenser les facteurs facilitant la mise en œuvre du CST au Québec. Ces facteurs sont principalement liés à l'environnement, aux caractéristiques de l'innovation, à certains aspects de gouvernance et font référence à l'élaboration d'outils.

4.2.1 Facteurs liés à l'environnement

À la fin des années 80, la tentative de réforme du secteur préhospitalier a déclenché une période de tensions entre les syndicats des techniciens ambulanciers, les propriétaires d'ambulances et le MSSS. Les revendications concernaient principalement l'amélioration des conditions de travail [MSSS, 1990].

En décembre 1988, les techniciens et les propriétaires d'ambulance ont lancé un ultimatum au MSSS en menaçant de suspendre les services durant la période des fêtes de fin d'année. Les négociations ont conduit à l'adoption du projet de loi 34, imposant une partie du financement du coût total du transport ambulancier à la SAAQ [Comité national, 2000]. Ce projet de loi a été l'un des leviers importants qui a mené à la création du partenariat entre le MSSS et la SAAQ. La SAAQ a participé au financement, conditionnellement à une réorganisation des services de la phase du postimpact.

En novembre 1989, le décès du champion olympique de natation, Victor Davis³² a également mis en évidence le fait que les services apportés aux polytraumatisés majeurs étaient inefficients au Québec. Ce fait divers a été largement médiatisé et a permis de sensibiliser l'opinion publique à cette problématique, ce qui a entraîné la création de groupes de pression au sein de la population.

En décembre 1989, la tragédie de l'École polytechnique de Montréal³³, médiatisée au-delà de la province, a fait ressortir clairement un problème d'organisation et de coordination des services de traumatologie. Cet événement a été à l'origine de la création d'un comité consultatif et de la rédaction d'un rapport d'experts destiné aux pouvoirs publics [Groupe de travail De Coster, 1991]. Ce rapport a permis d'informer la population, les professionnels de la santé et le MSSS sur l'ampleur du problème.

La fin des années 80 a été difficile pour les organisations du réseau de la santé et des services sociaux, le gouvernement ayant entrepris plusieurs réformes. En 1985, une Commission d'enquête sur la santé et les services sociaux, la Commission Rochon, a été créée en vue d'examiner les différentes options au financement du système de santé. L'un des objectifs poursuivis était la rationalisation des ressources des services hospitaliers de courte durée [Jetté, 2008; Commission d'enquête, 1988]. Les hôpitaux de plus petite taille ont vu leur mission se transformer et subir les premières coupures budgétaires. C'est aussi à cette époque que la notion de virage ambulatoire a commencé à s'imposer. La mise en place du virage ambulatoire devait permettre d'écourter et d'éviter les séjours en milieu hospitalier au profit de services plus près des milieux de vie³⁴ [Commission d'enquête, 1988]. De même, durant cette période, le MSSS a incité le personnel infirmier à des départs à la retraite anticipés qui ont entraîné une réduction parfois importante des ressources humaines dans certains centres.

On peut supposer que les centres hospitaliers des régions semi-urbaines aient pu se sentir menacés et que leur engagement dans le réseau de traumatologie ait pu avoir été motivé en réaction à ces pressions. Ils avaient peut-être l'impression que l'intégration au sein du CST pouvait permettre d'assurer une certaine légitimité à la poursuite des activités de chirurgie, afin de préserver les services d'urgence (ex. : emplacement stratégique), mais également de

³² Informations recueillies sur le site Web de Natation Canada, accessible à l'adresse suivante : <https://www.swimming.ca/VictorDavisbioFR>.

³³ Informations recueillies sur le site Web des Archives de Radio-Canada, accessible à l'adresse suivante : http://archives.radio-canada.ca/societe/criminalite_justice/dossiers/382/.

³⁴ Centres locaux de services communautaires (CLSC) ou à domicile.

maintenir leur niveau d'expertise, par exemple en limitant la fuite de personnel qualifié, tels que les chirurgiens, les anesthésistes et les urgentologues.

On peut également supposer que la désignation pouvait permettre d'obtenir des ressources financières additionnelles, par exemple pour moderniser des plateaux techniques ayant trait à la prise en charge de victimes de traumatisme majeur (équipement de radiologique, laboratoire d'analyses, etc.).

Au début des années 90, le MSSS s'était fixé deux objectifs pour enrayer la mortalité et la morbidité dues aux traumatismes [MSSS, 1992]. Grâce aux orientations du MSSS, l'organisation des soins et des services en traumatologie est devenue une priorité de santé publique pour la province de Québec et les différents acteurs du système ont été incités à suivre ces nouvelles directives. Les différentes pressions environnementales, citées ci-dessus, ont eu pour impact de sensibiliser et d'informer la population, mais aussi de mobiliser les professionnels de la santé et les instances politiques et de les sensibiliser à la problématique de réorganisation des services destinés aux personnes victimes d'un traumatisme.

4.2.2 caractéristiques de l'innovation

4.2.2.1 Moment opportun

L'un des facteurs contribuant à la réussite du programme est le moment choisi pour implanter ce programme. À la fin des années 80, comme il a déjà été précisé, plusieurs événements ont marqué plus ou moins tragiquement la province de Québec. Simultanément, le système de santé a été marqué par de nombreuses tentatives de réforme. De 1984 à 1988, la RAAQ a entrepris des travaux de recherche sur la question du postimpact et délégué plusieurs de ses cadres et consultants à l'étranger. Cela lui a permis, au fil du temps, de développer le concept de réseau intégré en traumatologie adapté au contexte du Québec.

Au début des années 90, le MSSS s'était engagé à réduire la mortalité et la morbidité due aux traumatismes grâce à la Politique de la santé et du bien-être [MSSS, 1992]. Il n'avait pas encore repensé la réorganisation des services de traumatologie. La SAAQ, quant à elle, était en mesure de soumettre un plan directeur, documenté par les recherches entreprises depuis quatre ans, visant une réorganisation de services en traumatologie au Québec.

Le moment était venu d'agir, et ce, pour deux raisons. D'une part, le problème de la prise en charge des victimes de traumatisme avait nettement été médiatisé auprès de la population. D'autre part, deux acteurs influents s'étaient engagés à amorcer le changement. Le MSSS a priorisé la question du post-impact en fixant deux objectifs nationaux visant à améliorer les bilans liés aux traumatismes. La SAAQ s'était impliquée depuis plus de quatre années dans des recherches sur la question du postimpact ainsi que dans la prévention primaire et secondaire.

4.2.2.2 Crédibilité de la source

Aux États-Unis, dès 1966, les traumatismes ont été considérés comme un problème de santé publique à l'échelle nationale. Ces premiers constats ont été soulignés dans une publication du Conseil national de la recherche de l'Académie nationale des sciences intitulé *Accidental death et disability: The neglected disease of modern society* [NRC, 1966]. De plus, divers acteurs intervenant dans le système de santé aux États-Unis ont pris conscience du fait que les traumatismes urbains et routiers faisaient plus de morts que les guerres.

De 1970 et 1980, toujours à l'initiative des États-Unis, des consensus internationaux sont établis, dont le concept de chronodépendance [Cowley, 1979; Cowley et Scanlan, 1979; Cowley, 1977] et celui de la régionalisation [West *et al.*, 1979]. En 1976, l'American College of Surgeons a publié un bulletin³⁵ qui est devenu le point de référence de la plupart de pays occidentaux pour l'élaboration de modèles conceptuels et opérationnels.

La réorganisation du programme s'est inspirée des recherches en traumatologie en vue d'appliquer le concept de réseau intégré de services, en particulier pour construire les grilles d'évaluation et concevoir le processus de désignation des établissements. Le MSSS et la SAAQ ont pris soin d'étudier et de comprendre l'environnement où devait s'opérer l'implantation afin de l'adapter adéquatement au contexte et aux caractéristiques du Québec (géographie, démographie médicale, aspects climatiques, urbanisation, etc.).

Le processus de désignation des établissements a pris forme au moyen d'audits externes, effectués par des équipes d'experts visiteurs issues en grande partie du réseau de la santé, à l'aide des grilles d'évaluation. Le type d'évaluation adopté, soit le type formatif, a permis l'apprentissage des bonnes pratiques et l'amélioration continue de l'offre de services. Relativement à l'implantation du programme, la SAAQ avait acquis une importante crédibilité, due en partie aux quatre ans de recherches et de sensibilisation auprès des différents acteurs du secteur.

Depuis 1992, la SAAQ, par l'entremise du groupe -conseil du volet « santé physique », a acquis une crédibilité certaine auprès des instances gouvernementales et des établissements du réseau. Le MSSS lui a confié, sur une période de plus de vingt ans, quatre mandats d'évaluation dont l'ensemble des recommandations a été appliquée dans leur intégralité.

4.2.2.3 Planification du programme et évaluation des effets du programme

La planification a consisté tout d'abord à cerner le problème dans son contexte. En 1986, la direction des services médicaux et de réadaptation de la RAAQ a publié un état de lieux de la traumatologie au Québec; ainsi, la problématique générale a pu être définie [RAAQ, 1986]. Les différentes recherches de la SAAQ ont permis de déterminer les priorités relatives à l'élaboration d'un programme de traumatologie au Québec. La direction de la planification de la SAAQ³⁶ a élaboré, en partie avec le MSSS, un plan directeur visant à implanter une réorganisation des services en traumatologie.

La première phase de l'implantation du CST passait par l'évaluation et la désignation des centres hospitaliers. Par la suite, le programme a été structuré de manière à favoriser la régionalisation des services en traumatologie dans l'ensemble de la province.

La planification du CST a été caractérisée par une certaine flexibilité en prenant soin de respecter le mieux possible les cycles organisationnels de chaque établissement. La SAAQ et le MSSS ont privilégié le développement et le maintien des dynamiques existantes, la mobilisation et l'écoute des acteurs du terrain. La planification a permis d'élaborer les grandes lignes directrices en fixant, par exemple, les objectifs à atteindre et le déroulement des actions. La stratégie adoptée a permis de rester proactif et d'envisager des modifications dans le cas où les trajectoires élaborées en théorie ne correspondaient pas aux réalités du terrain. Par exemple, le premier

³⁵ Ce document, intitulé *Optimal hospital resources for care of the seriously injured*, a subi plusieurs mises à jour au fil du temps, soit en 1990, 1993, 2000 et 2006.

³⁶ Le lecteur peut se référer au point 2.2 *Développement du partenariat* du présent document.

cycle d'évaluation a désigné un nombre donné d'établissements, selon le volume de cas traités. À cette même période, le RTQ n'était pas encore implanté; les données manquaient de fiabilité et avaient été surévaluées, faussant ainsi les premières désignations. Faisant suite à ces constats, une nouvelle tournée de visites des établissements désignés lors du premier cycle s'est déroulée, de 1995 à 1998, à l'aide du RTQ.

De novembre 2004 à septembre 2005, le Vérificateur général du Québec a entrepris une évaluation du continuum de services offerts aux personnes victimes d'un TCCMG dans les régions de la Capitale-Nationale et du Bas-Saint-Laurent. L'objectif était de démontrer que le continuum de services répondait à plusieurs critères d'évaluation, dont l'accessibilité, la continuité et le leadership, comme dans le cas du volet « santé physique ». Les conclusions de l'évaluation ont été très positives. Le Vérificateur général du Québec a cité ce continuum à titre de source d'inspiration pour l'organisation de services d'autres secteurs de santé [VGQ, 2005].

En 2006, l'Institut national d'administration publique a décerné au CST un prix d'excellence pour l'ensemble des travaux et des résultats du réseau de traumatologie.

La planification des actions a soutenu la pérennisation du programme. Elle a facilité la détermination des cibles et le bien-fondé du programme.

Les différentes évaluations ont permis d'améliorer la performance du CST au fil du temps, en accord avec les nouvelles données connues. Elles ont permis un apprentissage actif. Les différentes étapes de son évolution ont mis en évidence l'efficacité du programme et ont eu un impact important sur la motivation et l'intérêt des différents partenaires du réseau. On peut également supposer que les résultats positifs de ces évaluations ont favorisé la reconnaissance du programme par les pouvoirs publics.

4.2.2.4 Rythme du changement : la stratégie des « petits pas »

[]. La transformation de la culture professionnelle et organisationnelle nécessite du temps afin de pouvoir adapter les attitudes et les comportements des différents acteurs aux nouveaux modèles d'organisation [Fleury *et al.*, 2006 ; Greenhalgh *et al.*, 2004]. Le renforcement d'une culture de coopération entre les professionnels et les organisations impose des efforts de sensibilisation et de persuasion des partenaires éventuels en vue d'une meilleure compréhension de leur rôle et pour faciliter le partage de la vision et des valeurs du projet [Shortell *et al.*, 1995]. Lors de l'implantation du réseau de traumatologie, le facteur « temps » s'est avéré une condition importante de l'évolution de la culture professionnelle et organisationnelle. Le rythme d'implantation du CST s'est étalé sur plus d'une quinzaine d'années. La stratégie adoptée a été la stratégie « des petits pas ». Il s'agit d'un mode de gestion qui favorise l'adoption graduelle de l'amélioration en faisant appel régulièrement à tous les acteurs [Couillard, 2008].

Ce lent processus a favorisé une période d'apprentissage et de partage qui a permis l'évolution des comportements dans la pratique quotidienne, jusqu'à ce que les nouvelles pratiques deviennent courantes chez les professionnels et les médecins. Le travail en équipe, interdisciplinaire a été progressivement reconnu comme la façon la mieux appropriée d'offrir des services aux personnes victimes de traumatisme. Cela a permis de procéder à l'inventaire des ressources du réseau, d'en déterminer les forces et les faiblesses et d'apprécier les complémentarités des établissements entre eux.

Ce temps d'apprentissage a favorisé une plus grande mobilisation et une plus grande adhésion des acteurs, qui ont pu adopter progressivement les nouvelles pratiques. Ce temps a été propice,

pour eux et pour leurs organisations, à donner un sens au changement. Le temps a également favorisé le développement d'un climat de confiance, non seulement entre les différents partenaires, mais aussi entre les différentes organisations du réseau. Ces acteurs ont d'abord entamé un processus moins officiel de relations de coopération qui ont mené, avec le temps, à des liens officiels de collaboration établis et coordonnés, par exemple des ententes de transfert et la création des consortiums d'établissements. L'implantation du CST s'est faite progressivement, par étapes, à partir de l'échelle locale (désignation des établissements), pour se ramifier ensuite à l'échelle régionale (consortiums régionaux visant des clientèles spécifiques) et à l'échelle provinciale (consortiums interrégionaux, centres d'expertise).

4.2.2.5 Mécanisme d'introduction : sollicitation d'établissements volontaire à l'échelle locale

L'implantation du CST s'est faite d'une manière non coercitive, d'abord à l'échelle locale. Les établissements ont été sollicités et bon nombre ont volontairement choisi de faire partie du réseau de traumatologie. Sans la première phase d'évaluation, il était important pour le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » de prendre en compte la motivation et l'engagement des établissements. Cela a eu pour effet de créer une réelle dynamique et une meilleure mobilisation des acteurs. Les établissements, quel que soit leur statut administratif (universitaire, petit hôpital) ou géographique (urbain ou rural), avaient la possibilité et l'opportunité de jouer un rôle dans le futur réseau de traumatologie. En procédant ainsi, les différents acteurs sont devenus de réelles parties prenantes au projet. La première phase du programme, de 1991 à 1998, a été nécessaire et incontournable pour motiver les différents acteurs du réseau à s'engager dans la création du futur réseau.

Au début de l'implantation, le groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique » et son président ont beaucoup insisté pour conserver et mettre de l'avant les dynamiques existantes dans les établissements, dont le travail coopératif entre les médecins de certaines salles des urgences pour transférer les patients qui nécessitent des services plus adéquats. Avant la mise en place des corridors de services, le groupe d'experts a utilisé cette initiative émanant du terrain afin de susciter le processus de collaboration déjà existant. Les visites préalables et les visites d'évaluation ont été des moments importants pour communiquer avec les différents acteurs des organisations. Au début des années 2000, lors de la mise sur pied des consortiums d'établissements visant les personnes victimes d'un TCCMG, les établissements de santé physique et les établissements de réadaptation ont d'abord été évalués individuellement. Avant d'officialiser les ententes entre les établissements, le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » a laissé l'initiative et l'autonomie aux organisations de créer elles-mêmes des liens de coopération. Ces bases de travail collaboratif ont été évaluées, dans un deuxième temps, comme un potentiel favorable dans la perspective de désigner les établissements faisant partie d'un consortium.

La littérature en lien avec la gestion de la qualité et l'implantation de processus d'agrément souligne aussi l'importance d'offrir une autonomie et de la créativité aux organisations pour permettre aux acteurs locaux de s'adapter plus aisément au changement, de s'approprier les nouvelles pratiques et favoriser de nouvelles dynamiques entre eux en accord avec les contraintes locales [Touati, 2009 ; Touati et Pomey, 2009].

4.2.3 Leadership et gouvernance

4.2.3.1 Développement de la vision pour la traumatologie au Québec

L'idée d'implanter au Québec un programme intégré de traumatologie a germé en partie grâce à un médecin anesthésiste-réanimateur, directeur de programme et professeur agrégé du département d'anesthésie et de réanimation de l'Université de Sherbrooke, devenu tout d'abord consultant en traumatologie à la SAAQ, puis président du groupe -conseil de traumatologie du volet « santé physique » pendant une quinzaine d'années. Cette idée s'est développée en partie grâce à son expertise et à sa pratique médicale, enrichie par la suite de son expérience universitaire. Lors de ses activités de médecin anesthésiste-réanimateur, il a été confronté aux faiblesses du système relatives à la prise en charge des personnes victimes de traumatismes dus aux accidents de la route. En tant que directeur de programme, il a pris conscience de certains points faibles de la formation des urgentologues. De plus, ce médecin avait une facilité à créer des contacts interpersonnels et s'était construit un important réseau social et professionnel. Par la suite, il a été recruté à titre de consultant à la SAAQ et il a travaillé en équipe pendant près de quatre années sur diverses recherches et études en vue de finaliser le concept de programme intégré de traumatologie au Québec.

Ce concept a, dans un premier temps, été adopté et validé par le conseil d'administration de la SAAQ. Ensuite, des périodes d'information et de sensibilisation ont permis d'atteindre un plus grand nombre d'acteurs influents, prioritairement le MSSS, en vue de faire aboutir ce projet. Par la suite, durant deux années, le MSSS et la SAAQ ont travaillé conjointement à l'élaboration et à la validation d'un plan directeur, amorçant par la suite la mise sur pied du CST.

4.2.3.2 Rôles et responsabilités

Les rôles et les responsabilités de chaque partenaire ont été bien définis dès le début. Chacun savait ce qu'il devait faire et connaissait également le rôle et les responsabilités des autres, en amont et en aval de son intervention. Cela a permis de développer un climat de confiance entre les partenaires et d'amorcer, au fil du temps, le processus de travail collaboratif entre les différentes disciplines.

4.2.3.3 Leadership

Dès le début de son implantation, le CST a bénéficié d'un leadership administratif et clinique, déployé de façon partagée et collective. Ce leadership a été et demeure présent aux différents échelons de l'organisation de soins (national, régional, local). Dès 1991, le MSSS, la SAAQ et les différentes ASSS exercent un leadership organisationnel en participant à la planification, à l'organisation, au suivi et à l'évaluation des services. Les différents centres de traumatologie bénéficient quant à eux d'un leadership clinique et scientifique, mais aussi organisationnel. Ils participent à l'élaboration et à la diffusion des protocoles et des procédures concernant les interventions spécifiques, selon leur désignation³⁷. Toutes ces organisations contribuent à la promotion de l'amélioration continue de la qualité. Les ASSS assurent un leadership régional en traumatologie, nécessaire à la mise en œuvre des grandes orientations du MSSS en matière de traumatologie. Chaque ASSS rédige un plan directeur d'offre de services en traumatologie dans sa région, en accord avec ses propres ressources et les orientations nationales. Chacune joue un

³⁷ Selon qu'ils soient des centres tertiaires, secondaires, régionaux, primaires, etc.

rôle primordial dans l'organisation des services de son territoire [VGQ, 2005]. Elles participent activement à certains comités ou groupes de concertation régionale ou interrégionale.

Les centres tertiaires exercent un leadership clinique et scientifique à l'échelle provinciale et régionale, ainsi que locale, en faisant la promotion de la recherche en traumatologie. Ils élaborent des programmes de recherche (ex. : recherche fondamentale, épidémiologie, recherche clinique et évaluative) et contribuent aussi à la promotion et à la standardisation des protocoles et des procédures de soins. Ils soutiennent l'implantation des pratiques cliniques innovantes dans tous les établissements de leur territoire qui font partie du réseau.

Le réseau est soutenu par des « champions » venant des différents secteurs d'intervention. Ce type de leadership a mobilisé l'engagement des acteurs dans le projet et facilité la construction et le partage d'une vision commune [VGQ, 2005]. L'implantation du programme ainsi que sa diffusion ont été facilitées par l'existence de réseaux d'influence qui ont permis d'établir des liens d'échanges avec d'autres acteurs à l'intérieur d'un même réseau social. La présence de ces champions a permis d'assurer un leadership clinique partagé. Par exemple, l'Hôpital de l'Enfant-Jésus, désigné centre tertiaire, a dès le début fait preuve de leadership. À l'interne, de nombreuses actions ont été entreprises à tous les échelons de l'organisation afin que tout le personnel, tant médical qu'administratif, s'implique dans le projet. À l'externe, ce centre hospitalier a apporté son soutien et son expertise à d'autres établissements afin de créer des lieux de partage et de mobilisation de connaissances.

Des initiatives locales sont nées grâce au dynamisme de ces établissements (ex. : organisation du colloque annuel de traumatologie). Ils ont créé des lieux de partage et de mobilisation de connaissances chez les acteurs du réseau. En ce qui concerne la réadaptation, l'IRDPD est aussi devenu, au fil du temps, un partenaire privilégié qui a contribué au leadership de ce secteur en partageant son expertise, ses connaissances et ses pratiques. Il a élaboré, par exemple, des protocoles et des programmes destinés aux autres centres de réadaptation. Cette collaboration interorganisationnelle a favorisé le processus de diffusion. La présence de ces champions a été indispensable pour favoriser l'adoption et la promotion de nouvelles normes et pratiques en matière de prise en charge des victimes de traumatisme, en interagissant avec les autres acteurs du terrain.

Les groupes conseils en traumatologie (volet « santé physique » et volet « réadaptation et soutien à l'intégration »), ainsi que leurs responsables respectifs, ont joué un rôle important de traducteurs et « d'ambassadeurs » afin d'expliquer et de faire connaître les grandes orientations nationales en matière de traumatologie et de la vision à moyen et long terme du CST. Les chefs des deux groupes ont consacré beaucoup de leur temps à sensibiliser les différents acteurs et organisations au problème de prise en charge des personnes victimes de traumatisme de même qu'à la nécessité d'adopter une approche systémique et intégrée et de travailler en équipe interdisciplinaire. Par exemple, le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » et sa coordonnatrice ont participé à l'application des paramètres d'organisation définis par les différents groupes de travail ministériels dans une grille d'évaluation.

4.2.3.4 Partenariat MSSS-SAAQ

Le partenariat entre le MSSS et la SAAQ s'est officialisé peu à peu. Le MSSS et la SAAQ ont élaboré et validé un plan directeur visant à implanter un système intégré de services en traumatologie. La SAAQ a entrepris plusieurs recherches³⁸, plusieurs visites à l'étranger et a recensé les besoins et les ressources du système de santé du Québec en matière de traumatologie concernant le volet « postimpact ».

Le partenariat a permis tout d'abord un apport de ressources humaines, tant sur le plan de l'expertise et des compétences des membres de chaque structure que sur le plan des ressources complémentaires dans les différents comités ou groupes de travail. Le partenariat a dégagé des ressources financières afin de participer à l'élaboration de certains outils, dont le RTQ. La SAAQ a contribué financièrement à ce projet. Le développement du partenariat a permis aux deux organisations de mettre en commun leurs différents réseaux d'influence, lesquels ont pu contribuer positivement au processus de changement.

Le partenariat a amorcé une gouvernance partagée du CST. Les rôles et les responsabilités des deux partenaires ont été bien définis et délimités afin d'éviter les chevauchements d'action et les incertitudes. Au début de l'implantation du programme, la SAAQ, par l'entremise du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique », était responsable d'effectuer les évaluations d'établissements et de sélectionner les experts visiteurs en plus de soutenir les établissements dans la démarche d'implantation du programme. Le MSSS était principalement responsable de désigner les établissements suivant les recommandations du groupe. On peut supposer que les établissements ont ainsi pu mieux réagir et s'engager plus rapidement, car l'instance qui les évaluait ne dépendait pas directement du MSSS, ce qui a pu rehausser le degré de confiance des établissements et ainsi les inciter à adopter l'innovation. Le partenariat, ayant des structures différentes de celles du MSSS et de la SAAQ, a pu également être bénéfique à l'évolution du CST concernant les services de réadaptation. L'ajustement mutuel des deux partenaires et le travail collaboratif régulier a fait en sorte qu'ils sont allés au-delà de leur propre intérêt en fixant des objectifs communs, en faveur de l'amélioration continue du programme.

4.2.3.5 Élaboration de mécanismes de concertation aux différents échelons du système de santé

Le processus de gestion du changement nécessite de mettre en place des mécanismes de concertation favorisant le partage d'information entre les différents partenaires. La constitution du CST a mobilisé un nombre important d'acteurs, à tous les échelons du système de santé (local, régional, national). Dès l'implantation du CST, il était important pour le MSSS de mettre en place des mécanismes de concertation afin de créer des lieux d'échanges, mais également des lieux d'apprentissages interdisciplinaires favorisant la collaboration et le travail en équipe à l'échelle locale.

Dès 1991, plusieurs comités et groupes ont été constitués aux différents échelons du système de santé (local, régional et national), de façon permanente ou provisoire. La mise en place de ces mécanismes a facilité la communication et les échanges de même que la collaboration et la coordination entre les différents acteurs engagés dans l'offre de services en traumatologie. Les différentes structures implantées à l'échelle nationale, régionale et locale ont permis de soutenir le processus de gestion du changement en vue d'élaborer et d'implanter une approche globale

³⁸ Voir le 2.1.1 Travaux de recherches de la SAAQ sur le postimpact du présent document.

et intégrée de prise en charge des victimes de traumatisme. Certaines de ces structures ont largement contribué à faciliter la construction d'une vision partagée et à long terme du réseau intégré de traumatologie. Ces structures ont stabilisé, maintenu et soutenu le fonctionnement du programme.

4.2.4 outils et structure de soutien

4.2.4.1 Mécanismes de coordination

Afin de faciliter la coordination des services entre les centres hospitaliers, des ententes officielles de transfert ont été conclues entre les différents partenaires. Les ententes sont signées par les établissements en amont et en aval des interventions; elles sont également validées par l'ASSS du territoire concerné. Ces ententes de transfert ont favorisé la collaboration des partenaires. Des structures organisationnelles, par exemple des consortiums d'établissements, ont également été mises en place afin d'assurer la continuité des services offerts à des clientèles spécifiques. Ces structures ont permis de faciliter le travail de collaboration interdisciplinaire et interrégionale.

4.2.4.2 Système de gestion des données

L'élaboration du RTQ a permis une gestion plus efficiente des données. Cet outil a facilité le suivi des victimes de traumatisme dans le réseau et a permis d'entreprendre l'évaluation de la performance du réseau, ce qui a contribué à l'amélioration continue de la qualité des soins et des services.

4.3 Synthèse

L'adoption du CST a nécessité une réorganisation des services en traumatologie. Le changement a été planifié et programmé en accord avec les connaissances scientifiques. Le rythme du changement a été évolutif, lent et plutôt convergent. L'introduction du changement s'est faite de façon non coercitive et amorcée par la base. Ainsi, quatre modèles théoriques ont soutenu le changement. Le modèle de planification rationnelle a permis d'organiser le changement, de la définition du problème jusqu'à l'évaluation des résultats du programme. Le modèle théorique psychologique s'est traduit par l'élaboration des différents mécanismes de concertation mis en place afin de surmonter les résistances au changement des acteurs. Le modèle structurel s'est traduit par l'élaboration d'outils et de structures de coordination afin de rendre le changement opérationnel (ex. : les ententes de transferts et les consortiums d'établissement). Enfin, le modèle politique s'est traduit par la prise en compte des différents jeux de pouvoir entre les parties prenantes et le développement d'un leadership collectif visant à optimiser les différents réseaux d'influence.

5 CONCLUSION

La conclusion du présent rapport comporte deux parties. La première traite plus particulièrement des enseignements tirés de l'implantation du programme intégré de traumatologie du Québec et la seconde amorce la réflexion sur l'évolution actuelle du programme.

5.1 Enseignements

La rédaction de l'historique et la détermination des facteurs de réussite ont permis de dégager deux principaux enseignements. D'une part, la stratégie adoptée a contribué à mieux disposer les acteurs concernés au changement et, d'autre part, elle leur a permis d'y adhérer plus facilement.

Le premier enseignement fait référence à **des aspects de gouvernance** et plus particulièrement à l'importance de développer un leadership collectif et partagé. Ce leadership collectif a favorisé les dispositions au changement d'une multitude d'acteurs et a facilité la diffusion de l'innovation auprès d'un plus grand nombre de parties prenantes.

La prise en charge d'une personne victime d'un traumatisme nécessite l'intervention d'un nombre important d'acteurs d'horizons divers, ce qui implique souvent un travail en interdépendance, dépassant les frontières des organisations et des disciplines. Le partage du leadership a permis une distribution plus équilibrée de l'influence selon les compétences, les expertises, le degré de crédibilité déjà acquis ou en devenir.

Ainsi, plusieurs types de leadership ayant facilité l'implantation du programme ont été relevés, à savoir un leadership administratif et transactionnel, assuré principalement par le MSSS et les ASSS, et un leadership transformationnel, assuré par les groupes conseil en traumatologie et leurs chefs (rôles de « traducteurs et ambassadeurs »). Un leadership clinique, garanti par les comités tertiaires, les centres tertiaires, les comités locaux de traumatologie (transfert de connaissances et formation), a également été relevé.

Le développement d'un leadership collectif au sein du CST a facilité la mobilisation, l'engagement et l'expression des acteurs de différentes disciplines (personnel médical, administratif, de gestion) et secteurs (santé, transport, sécurité publique) relativement au projet. Cela a conduit au partage d'une vision commune, à moyen et à long terme, ainsi qu'au développement d'une culture de responsabilisation plutôt qu'une culture d'obligation. Cependant, la mise en place de ce type de leadership n'est pas sans embûches et nécessite de relever certains défis. La littérature souligne la difficulté de gérer les rivalités des acteurs dans le partage du leadership [Denis, 2002].

Dans le cas du CST, le leadership collectif a pu se développer grâce à la présence de plusieurs mécanismes et facteurs, énumérés ci-après :

- **Définition des rôles et des responsabilités** : dès le début de l'implantation, les différents acteurs et les différentes organisations ont eu des rôles et des responsabilités bien définis. Cette segmentation a permis de faire émerger des leaders dans les divers secteurs et disciplines. Il s'est opéré ainsi un partage, une complémentarité et un respect de l'influence en fonction des compétences, des expertises et de la légitimité des actions de chacun.

- **Établissement du partenariat** : le partenariat entre le MSSS et la SAAQ a permis le partage d'un leadership administratif entre deux structures ayant des missions et des intérêts quelque peu différents. L'établissement du partenariat a permis aux deux organisations de mettre en commun leurs différents réseaux d'influence afin d'atteindre diverses parties prenantes et d'éventuels leaders. Il a également permis des ajustements mutuels et la mise en œuvre d'un travail collaboratif régulier visant l'atteinte d'objectifs communs.
- **Leadership transformationnel** : un leadership de type transformationnel était tout d'abord assumé par le président du groupe conseil en traumatologie du volet « santé physique », dont la formation initiale est médecin anesthésiste. Ce leader charismatique, reconnu et respecté pour ses compétences et son expertise, a joué un rôle prépondérant dans la motivation et l'engagement de tous les types d'acteurs, des médecins et des organisations. À leur tour, ces acteurs ont été reconnus comme des leaders, vecteurs du changement (ex. : « champions »). Le groupe conseil en traumatologie du volet « réadaptation et soutien à l'intégration » et la coordonnatrice ont également joué un rôle prépondérant.
- **Mécanisme de concertation à tous les échelons du système de santé** : les mécanismes de concertation ont favorisé l'échange interdisciplinaire. La communication entre les différents partenaires et les différents ordres de gouvernance a pu être ainsi assurée. Ces lieux d'échanges ont été importants pour sensibiliser, solliciter, engager, mobiliser et peut-être aussi repérer les leaders éventuels des différentes organisations pouvant jouer un rôle dans le processus de changement.
- **Planification** : la planification du programme, tant sur le plan de la définition du problème, que sur le plan de l'élaboration du plan directeur et du processus de désignation des établissements a toujours été en accord avec les connaissances scientifiques et le contexte local. Les différents partenaires, et tout particulièrement les médecins, ont eu confiance dans ce programme.

Le deuxième enseignement fait référence aux aspects **ayant un rapport avec le développement de la culture**. Certains mécanismes mis en place ont favorisé la mise en place d'un processus d'apprentissage individuel et collectif. Ce processus a permis de faciliter l'adhésion au changement grâce à une forte implication des partenaires du projet et par le développement d'un climat de confiance entre eux.

- **Mécanismes d'introduction du changement** : le changement a été introduit de façon non coercitive et amorcé en fonction des acteurs « de la base ». Les établissements, indifféremment de leur statut organisationnel (centre hospitalier universitaire, centre hospitalier, établissement de réadaptation) ou géographique (urbain ou rural), ont eu l'opportunité de jouer un rôle dans la création de leur futur réseau de traumatologie. Les différents acteurs sont devenus progressivement de réelles parties prenantes au projet.
- **Rôle « d'ambassadeur »** : la présence d'un leadership de type transformationnel, assuré par les groupes conseil en traumatologie et leurs chefs respectifs, a eu un impact significatif sur l'engagement des acteurs. Leur omniprésence sur le terrain a facilité la sensibilisation et la mobilisation des acteurs qui, par la suite, ont adhéré à cette nouvelle organisation et ont appuyé sa mise en œuvre.
- **Rôles et responsabilités** : les rôles et les responsabilités de chaque partenaire étaient connus, dès le début de l'implantation. De plus, chaque partenaire connaissait le rôle et les responsabilités des autres acteurs en amont et en aval de son intervention. Cela a permis de créer un climat de confiance et de faciliter progressivement l'implantation de la collaboration entre les différents acteurs.

- **Engagement de tous les acteurs** : l'engagement de tous les acteurs (médecins, gestionnaires, administrateurs, professionnels de la santé, etc.) dans l'établissement est une condition incontournable pour envisager une désignation dans le réseau.
- **Type d'évaluation (formatif)** : le processus de désignation des établissements s'est traduit par des audits externes, soutenu par des grilles d'évaluation issues des données probantes en médecine. Les audits ont été effectués par des équipes d'experts visiteurs, issues en grande partie du réseau de la santé. Les recommandations émises lors des visites aux établissements ont permis l'apprentissage des bonnes pratiques et l'amélioration continue de l'offre de services offerts aux victimes de traumatisme.
- **Participation des acteurs au développement** : les acteurs ont été sollicités pour l'élaboration et l'implantation du programme en participant aux différents comités ou groupes de travail. Au début de l'implantation, les groupes conseil ont favorisé la coopération déjà existante entre les établissements afin d'engager ces derniers à tisser par eux-mêmes des liens avant de conclure des ententes officielles entre eux, dans le cas des consortiums d'établissements.
- **Rythme du changement** : le rythme d'implantation du CST s'est étalé sur plus d'une quinzaine d'années. Ce lent processus a permis de favoriser une période d'apprentissage, de partage et d'échanges. Ce rythme lent a entraîné une évolution des comportements et des attitudes dans la pratique quotidienne jusqu'à l'adoption des nouvelles pratiques par les établissements. Cette première période a favorisé la coopération entre les différents acteurs.
- **Structure de soutien** : des structures de coordination, sous forme d'ententes de transfert ou de consortiums d'établissements, ont été élaborées et mises en place. Elles ont favorisé un climat de confiance entre les acteurs, puis elles ont facilité l'adoption du processus de collaboration entre des partenaires.

5.2 Constats et réflexions

Au cours de ses vingt ans d'existence, le CST s'est développé grâce à la mise à jour continuelle des connaissances, à la prise en compte du contexte, aux mécanismes de concertation et de communication mis en place et au soutien des deux groupes conseil auprès des établissements.

Depuis cinq ans, l'organisation du CST s'est transformée notamment avec :

- la fin du partenariat entre le MSSS et la SAAQ;
- la reprise des activités des deux groupes conseil par une seule et unique entité, à savoir l'INESSS;
- la mise en œuvre du projet de gestion centralisée de suivi de la performance de l'ensemble du programme.

Les quelques points suivants proposent une réflexion sur l'évolution actuelle du CST :

- Certains mécanismes de concertation se trouvant plus particulièrement à l'échelon national et relevant du MSSS ont disparu, dont le Comité de suivi ministériel en traumatologie et le Comité provincial en traumatologie. Les principaux mandats de ces instances étaient d'élaborer les orientations stratégiques du réseau de traumatologie et de s'assurer de l'amélioration continue de la qualité du programme. Leur disparition n'aura-t-elle pas une incidence sur la vision commune et sur la prise de décisions quant aux orientations du

programme à moyen et à long terme? Il serait peut-être intéressant de comprendre les raisons pour lesquelles ces mécanismes de concertation ont progressivement perdu de leur importance et de réfléchir sur la pertinence de réintroduire une structure active et quels seront les acteurs à mobiliser.

- Le programme national de recherche en traumatologie (PNRT) était un centre de recherche virtuel dont l'un des principaux objectifs était la mobilisation des chercheurs du réseau concernant le volet « santé physique » en traumatologie. Un rôle primordial du PNRT a été d'apporter des outils à l'évaluation des soins offerts aux victimes d'un traumatisme, et ce, grâce à la recherche et au transfert des connaissances (entre chercheurs, cliniciens et administrateurs). Il a également été essentiel à la collaboration des différents acteurs³⁹. Depuis peu, ce programme a été remplacé par le Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie, qui vient lui aussi à échéance sous peu. Au fil du temps, on a constaté que la recherche est importante pour l'évolution des connaissances en traumatologie et qu'elle a contribué à une meilleure prise en charge des patients par l'adoption de nouvelles pratiques et la formation de nouveaux praticiens. Le Consortium des partenaires pour la recherche en traumatologie devrait assurer une relève minimale, mais les inquiétudes face à la pérennité d'une activité structurée de recherche de qualité en traumatologie est présente.
- De plus, un financement sporadique de la recherche en traumatologie ne va-t-il pas avoir un impact plus ou moins important sur l'acquisition et le transfert des connaissances en général, pour la traumatologie et en particulier pour le CST.
- Avec le transfert des activités du programme de traumatologie, tout d'abord à l'AETMIS (décembre 2008) puis à l'INESSS (janvier 2011), les deux groupes conseils en traumatologie font désormais partie de l'INESSS. Le groupe du volet « santé physique » a été présidé jusqu'en 2008 par un membre de la SAAQ et celui du volet « réadaptation et soutien à l'intégration », par un membre du MSSS, lui aussi jusqu'en 2008. Ils étaient donc issus de deux structures différentes et ont été repris par l'AETMIS qui, depuis janvier 2011, est en processus de changement. Ainsi, au moins trois cultures différentes sont en présence et une autre en construction. Une « mosaïque » de cultures peut représenter un atout considérable pour une organisation. Elle favorise l'adoption de nouvelles pratiques et de façons de faire. Elle permet de créer des dynamiques entre les personnes, facilitant ainsi la collaboration. Néanmoins, cela nécessite du temps et l'aménagement de lieux d'échanges qui facilitent le partage et l'écoute nécessaires à l'instauration d'un climat de confiance propice à la construction d'une identité commune et partagée.
- À la suite de l'implantation des FECST, les deux groupes conseil en traumatologie ont eu à faire moins de visites et à avoir moins de contacts avec les acteurs du réseau. Les établissements déposent désormais tous leurs documents sur le site Web. Les experts analysent les documents afin d'évaluer leur degré de conformité aux exigences des critères du programme et des visites peuvent être envisagées en cas de doute. Ce nouveau mode de fonctionnement ne transforme-t-il pas de façon majeure la philosophie du programme, qui passe ainsi d'un modèle d'évaluation de type formatif basé sur l'apprentissage, la motivation et l'engagement des acteurs à un modèle plus sommatif, beaucoup plus centré sur les résultats et les effets du programme? L'engagement et la motivation des différents partenaires du réseau pourraient s'en ressentir à long terme.

³⁹ Voir le point 1.4 *Soutien à la performance et à la qualité du programme* du présent document.

- L'adoption de FECST a été motivée en partie par le rajout d'un mandat en évaluation (ex. : le volet préhospitalier) confié aux groupes conseil en traumatologie. Le passage aux FECST peut devenir « énergivore » en ressources humaines en particulier dans le domaine de la gestion administrative, par exemple dans les suivis et la relance auprès des partenaires en vue d'obtenir les documents, dans la coordination de toutes les activités. Les ressources actuelles pourront-elles répondre aux nouvelles exigences du programme sur le plan organisationnel?

ANNEXE 1

Tableaux de synthèse des documents de la RAAQ et de la SAAQ entre 1987 et 2006 non-accessible par le Web

DATE	ORGANISME ET DIRECTION	TITRE ET CARACTÉRISTIQUES
1987 (novembre)	RAAQ Direction des services médicaux et de la réadaptation	Rapport de la mission de la RAAQ sur l'état de la traumatologie en Europe et, spécifiquement en France « Participation de la RAAQ au congrès mondial de médecine d'urgence et la 5 ^{ème} conférence internationale de médecine de catastrophe ; Échanger des vues réciproques sur les objectifs fixés lors de contacts préalables ainsi que de déborder sur un ensemble de sujets d'intérêts commun reliés à la traumatologie avec des structures hospitalières et des organisations reliées à la traumatologie à Bordeaux, Grenoble et Créteil »
1988 (Février)	RAAQ Direction des services médicaux et de la réadaptation, Groupe de travail sur la traumatologie	Rapport d'étape « Informer le comité de direction des développements survenus dans le dossier de la traumatologie depuis le dernier rapport d'étape, préparé en juin 1987 ; les sujets abordés : l'état des projets de recherche, les missions à l'étranger de quelques membres du groupe de travail et l'implication d'autres intervenants dans le domaine du post-impact »
1988 (07 avril)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Note : La question des traumatismes dans le rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et de services sociaux (Commission Rochon) « attirer l'attention sur le fait que le réseau de la santé n'accorde pas au traitement et à la prévention des traumatismes une attention et une intervention proportionnelles à leur importance réelle ».
1988 (11 mai)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Synthèse des rapports de recherche. Informations relatives au transport ambulancier- « Faire la synthèse, concernant la question du transport ambulancier, des apports de recherches qui ont été déposés, à ce jour, au groupe de travail sur la traumatologie. ▪ Coordonnées spatio-temporelles et circonstances des accidents : (étude fait en régie par A. Bisson avec la collaboration de la direction des services médicaux. ▪ Relevé des expériences québécoises et étrangères de sensibilisation et d'éducation des premiers intervenants auprès des victimes de la route : étude réalisée par M.O'Neill du département de nursing de l'Université Laval. ▪ Étude sur le concept de traumatologie : son application au Québec : étude réalisée par le Dr P. Lapointe, anesthésiste à l'Hôtel Dieu de Québec. Le document fait également le lien entre les données ainsi recueillies et la décision récente du conseil des ministres (décision 88-37 du 2 mars 1988) concernant les orientations à privilégier en matière de transport ambulancier ».

DATE	ORGANISME ET DIRECTION	TITRE ET CARACTÉRISTIQUES
1988 (30 mai)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Note : Informations complémentaires concernant le transport aérien d'urgence pour les victimes d'accidents de la route. « Le document présente sommairement la situation du transport aérien d'urgence dans quelques pays occidentaux et dans la province de l'Ontario. Il contient aussi quelques données sur la rentabilité de ce type de transport ».
1988 (15 juillet)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Note : proposition d'action pour la RAAQ sur la question de la traumatologie au Québec. « Le document propose d'effectuer une tournée d'information et de consultation des principaux intervenants dans le secteur et de créer, par la suite, un groupe de travail interministériel qui aurait le mandat d'élaborer un plan d'action visant à doter le Québec d'un système intégré de services médicaux d'urgence »
1989 (28 février)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Mémoire : étude de faisabilité sur le système de soins pré-hospitaliers pour la RAAQ « Étudier la possibilité pour la régie d'instaurer son propre service de soins préhospitaliers et voir si cette hypothèse est en accord avec les courants de pensée nord-américains dans le domaine de la problématique des soins préhospitaliers »
1989 (14 mars)	RAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Mémoire : étude de faisabilité sur un système de soins préhospitaliers pour la RAAQ « le présent document veut à la lumière des expériences étrangères en soins pré-hospitaliers, pointer du doigt les lacunes de la situation créée par la réforme actuelle et proposer des solutions de rechange qui pourraient bonifier le système en utilisant les ressources existantes ».
1993 (12 janvier)	SAAQ Direction des politiques et des programmes – Vice-présidence à la planification	Mémoire : Les services préhospitaliers d'urgence au Québec « Le présent mémoire vise d'une part à informer le Comité de direction de l'évolution du dossier des services préhospitaliers d'urgence au Québec (intervention postimpact) et, d'autre part, à obtenir son aval quant à la stratégie à adopter dans ce dossier ».
1993 (18 juin)	Régie Régionale de Québec	Chaîne d'interventions du système préhospitalier d'urgence selon les délais et les intervalles – réponses
2006 (3 avril)	SAAQ	Sommaire exécutif : Projet FÉCST « Fonctions évaluatives du Continuum de Services en Traumatologie » la solution d'affaires retenue et la stratégie de mise en œuvre pour l'outil informatisé, déployée sur le WEB qui suit en temps réel, la mise en œuvre de l'ensemble des partenaires du CST, de cibler les partenaires en fonction d'agir là où c'est le plus rentable. pour les partenaires, la mise en œuvre avec ses pairs. »

ANNEXE 2

Tableau de synthèse des documents rédigés lors de la reprise par l'AETMIS non-disponible par le Web

ANNÉE	ORGANISME ET DIRECTION	TITRE ET CARACTÉRISTIQUES
2009	AETMIS Unité de traumatologie	Document de mise à jour des structures de concertation. « Dans le cadre du transfert des activités d'évaluation en traumatologie à l'AETMIS depuis le 1 décembre 2008, ce document présente les mécanismes mis en place en fonction de la modification dans les rôles et les responsabilités des acteurs impliquées dans l'évaluation en traumatologie ».
2009	AETMIS Unité de traumatologie	Document Etat des lieux du CST par clientèles et par régions (Présenté à l'Assemblée des membres de l'AETMIS – 27 novembre 2009) « Ce document s'inscrit dans le contexte d'une demande qui a été transmise à l'AETMIS qui fait référence aux besoins d'évaluation concernant les services de réadaptation spécialisée offerts dans le cadre du Programme québécois de traumatologie ».

ANNEXE 3

Description des régions du Québec⁴⁰

1.	Bas-Saint-Laurent
2.	Saguenay—Lac-Saint-Jean
3.	Capitale-Nationale
4.	Mauricie et Centre-du-Québec
5.	Estrie
6.	Montréal
7.	Outaouais
8.	Abitibi-Témiscamingue
9.	Côte-Nord
10.	Nord-du-Québec
11.	Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine
12.	Chaudière-Appalaches
13.	Laval
14.	Lanaudière
15.	Laurentides
16.	Montérégie
17.	Nunavik
18.	Terres-Cries-de-la-Baie-James

⁴⁰ Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Annuaire des agences de la santé et des services sociaux [site Web]. Disponible : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/organisa/AnnRRSSS.nsf/tous?OpenView>.

ANNEXE 4

Exemple de grille d'évaluation



**Section
Consortium**

Éléments à retrouver dans l'évaluation

Consortiums d'établissements offrant des services aux personnes ayant subi un traumatisme craniocérébral (TCC) modéré ou grave

Québec 

Consignes d'utilisation du formulaire

1. Avant de commencer à remplir le formulaire, sauvegardez-le sous le nom de votre consortium et de votre établissement.

Exemples consortium régional:

- ▶ Consortium-04-CHRTR.doc
- ▶ Consortium-04-InterVal.doc

Exemples consortium interrégional:

- ▶ Consortium-03-CHAUQ-IRDPQ-01-Interaction.doc
- ▶ Consortium-03-CHAUQ-IRDPQ-12-CRDP-Chaudiere-Appalaches.doc

2. Comment vous déplacer dans le formulaire ?

Pour passer d'un champ à l'autre, utilisez la touche de tabulation de votre clavier.

Attention :

Il est très important de ne pas utiliser le clic de la souris pour les déplacements, puisque dans les champs «case à cocher», le clic remplit le champ.

- ▶ Exemple : 

3. Comment utiliser les cases à cocher ?

Pour ☐arquer d'un X la case à cocher, appuyez sur la barre d'espacement de votre clavier **ou** faites un clic de souris.

4. Comment utiliser un champ texte ?

Les champs de texte sont limités à 225 caractères.

5. N'oubliez pas de sauvegarder régulièrement.

1. **ENGAGEMENT DES ÉTABLISSEMENTS ET DES AGENCES**

Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
	Absent	Partiellement présent	Présent	
1.1 Protocole d'entente signé par les établissements membres du consortium et par les agences régionales de la santé et des services sociaux	☐	☐	☐	
1.2 Appropriation de la démarche de partenariat : présence de collaboration entre les cliniciens des programmes, mise en œuvre des mécanismes de concertation	☐	☐	☐	

2. **MISE EN ŒUVRE DES RECOMMANDATIONS FAITES AU CONSORTIUM LORS DU DERNIER CYCLE D'ÉVALUATION DÉBUTÉ EN 2002**

<i>Pour répondre à cette section, veuillez retourner dans le rapport d'évaluation du consortium, écrire les recommandations tant au consortium qu'aux agences régionales et décrire le suivi effectué au regard de chacune d'entre elles.</i>				
Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
Mise en œuvre des recommandations	Absente	Partiellement présente	Présente	
Recommandation 1 :	☐	☐	☐	
Recommandation 2 :	☐	☐	☐	
Recommandation 3 :	☐	☐	☐	
Recommandation 4 :	☐	☐	☐	
Recommandation 5 :	☐	☐	☐	
Recommandation 6 :	☐	☐	☐	
Recommandation 7 :	☐	☐	☐	
Recommandation 8 :	☐	☐	☐	
Recommandation 9 :	☐	☐	☐	
Recommandation 10 :	☐	☐	☐	

3. CLIENTÈLE DESSERVIE PAR LES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU CONSORTIUM

<i>Pour répondre à cette section, veuillez nous remettre les données statistiques sous forme de tableaux pour les années 2004-2005, 2005-2006. Voir les exemples de tableaux en annexe 1. Cette section est utilisée à la fois pour juger de l'offre de service de l'établissement et de celle du consortium.</i>					
	Élément évalué	Autoévaluation			
	Offre de service				
3.1	Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme au cours des deux dernières années financières	Absence d'équité	Présence d'équité		Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
	▪ Selon les groupes d'âge (0-17 ans, 18-64 ans et 65 ans et +) et les niveaux de gravité (modéré, grave)	☐	☐		
	▪ Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐		
	▪ Selon le statut d'inscrits ou d'admis et les niveaux de gravité	☐	☐		
	▪ Selon les groupes d'âge et le statut d'inscrits ou d'admis	☐	☐		
	▪ Selon le statut d'inscrits ou d'admis et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐		
3.2	Moyenne des HPS ⁴¹ par client desservi au cours des deux dernières années financières	Absence d'équité	Présence d'équité		Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
	▪ Selon les groupes d'âge et les niveaux de gravité	☐	☐		
	▪ Selon les niveaux de gravité et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐		
	▪ Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐		

⁴¹ HPS : Heures de prestation de services.

3. CLIENTÈLE DESSERVIE PAR LES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU CONSORTIUM (suite)

<i>Pour répondre à cette section, veuillez nous remettre les données statistiques sous forme de tableaux pour les années 2004-2005, 2005-2006. Voir les exemples de tableaux en annexe 1. Cette section est utilisée à la fois pour juger de l'offre de service de l'établissement et de celle du consortium.</i>				
Élément évalué		Autoévaluation		
Offre de service				
3.3	Durée moyenne de séjour (en jours) des clients desservis au cours des deux dernières années financières	Absence d'équité	Présence d'équité	Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
	▪ Selon les groupes d'âge et le statut d'inscrits ou d'admis	☐	☐	
	▪ Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐	
	▪ Selon les niveaux de gravité et la présence ou non d'organismes payeurs	☐	☐	
3.4	Conformité dans l'offre de service	Absence de conformité	Conformité partielle	Présence de conformité
	▪ Selon le protocole d'entente et les mandats ministériels	☐	☐	☐

4. CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE DANS LES CORRIDORS DE SERVICES DU CONSORTIUM

Pour répondre à cette section, veuillez répondre en fonction de la conformité avec le protocole d'entente précédent et nous remettre les données statistiques pour les années 2004-2005, 2005-2006.					
Élément évalué		Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
Conformité du cheminement de la clientèle avec le protocole d'entente		Absence de conformité	Conformité partielle	Présence de conformité	
4.1	Identification des référents des nouveaux (2 ans ou moins) accidentés	☐	☐	☐	
4.2	Nombre de clients ayant cheminé dans les corridors de services tel qu'illustré dans le protocole intra ou interrégional	☐	☐	☐	
4.3	Délais moyens d'attente				Localisation des informations
	▪ Entre le CH et l'ERDP				
	▪ Entre l'ERDP desservant la clientèle sur le plan interrégional et l'ERDP régional				
4.4	Demandes de retour en CH (réadmission) d'un client en provenance d'un ERDP				Localisation des informations
	▪ Nombre de demandes acceptées				
	▪ Moyenne des délais d'attente (en jours)				
	▪ Nombre de demandes refusées				
	▪ Motifs des refus				

4. CHEMINEMENT DE LA CLIENTÈLE DANS LES CORRIDORS DE SERVICES DU CONSORTIUM (suite)

Pour répondre à cette section, veuillez répondre en fonction de la conformité avec le protocole d'entente précédent et nous remettre les données statistiques pour les années 2004-2005, 2005-2006.

Élément évalué		Autoévaluation			Localisation des informations
4.5	Conformité du cheminement de la clientèle avec le protocole d'entente				Localisation des informations
	Demandes de retour (réadmission) à l'ERDP desservant la clientèle sur le plan interrégional par un établissement du consortium				
	▪ Nombre de demandes acceptées				
	▪ Moyenne des délais d'attente (en jours)				
	▪ Nombre de demandes refusées				
4.6	Conformité dans le cheminement de la clientèle dans les corridors de services	Absence de conformité	Conformité partielle	Présence de conformité	Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
	▪ Selon le protocole d'entente et les mandats ministériels	☐	☐	☐	

5. MÉCANISMES DE CONTINUITÉ ET DE COLLABORATION DES ÉTABLISSEMENTS MEMBRES DU CONSORTIUM

Pour répondre à cette section, veuillez répondre en fonction de la conformité avec le protocole d'entente précédent.

Élément évalué		Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
		Absence de conformité	Conformité partielle	Présence de conformité	
5.1	Identification des intervenants qui assurent la liaison entre les programmes des établissements membres du consortium	☐	☐	☐	
5.2	Actualisation des critères harmonisés d'admission ou d'inscription et de congé pour chaque corridor	☐	☐	☐	
5.3	Actualisation des mécanismes de participation au PII pour les établissements de réadaptation	☐	☐	☐	
5.4	Actualisation des activités de partage des connaissances entre les établissements membres du consortium qui ont été réalisées au cours des trois dernières années	☐	☐	☐	

6. ACTIVITÉS DE GESTION DU CONSORTIUM

Pour répondre à cette section, veuillez répondre en fonction de la conformité avec le protocole d'entente précédent.

	Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
		Absence de conformité	Conformité partielle	Présence de conformité	
6.1	Mise en œuvre des activités de gestion				
	Actualisation des structures de concertation formelles	☐	☐	☐	Dépôt des comptes rendus des réunions
6.2	Présence d'activités d'évaluation réalisées dans le cadre de l'implantation des consortiums	☐	☐	☐	Description des activités

PLANS D'ACTION DU CONSORTIUM
7.

Pour répondre à cette section, veuillez déposer les plans d'action.

	Élément évalué	Localisation des informations
	Plans d'action	
7.1	Principales réalisations du plan d'action antérieur	Dépôt des principales réalisations
7.2	Plan d'action intra ou interrégional en fonction des nouvelles priorités du consortium pour les trois prochaines années	Dépôt du plan d'action triennal

1. MISE EN OEUVRE DES RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DES VISITES D'ÉVALUATION DES ÉTABLISSEMENTS 1999-2001

<i>Pour répondre à cette section, veuillez retourner dans le rapport d'évaluation de l'établissement, écrire les recommandations tant à l'établissement qu'à l'agence régionale et décrire le suivi effectué au regard de chacune d'entre elles.</i>				
Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
Mise en œuvre des recommandations	Absente	Partiellement présente	Présente	
Recommandation 1 :	☐	☐	☐	
Recommandation 2 :	☐	☐	☐	
Recommandation 3 :	☐	☐	☐	
Recommandation 4 :	☐	☐	☐	
Recommandation 5 :	☐	☐	☐	
Recommandation 6 :	☐	☐	☐	
Recommandation 7 :	☐	☐	☐	
Recommandation 8 :	☐	☐	☐	
Recommandation 9 :	☐	☐	☐	
Recommandation 10 :	☐	☐	☐	
Recommandation 11 :	☐	☐	☐	
Recommandation 12 :	☐	☐	☐	

2. MISE À JOUR DE LA PROGRAMMATION

2.1

<i>Pour répondre à cette section, veuillez nous indiquer les sections qui ont été développées ou ajustées.</i>	
Élément évalué	Mentionner les sections développées ou ajustées et expliquer brièvement les motifs de révision.
Mise à jour de la programmation	
Éléments de la programmation écrite ayant été développés ou ajustés depuis 1999-2001. Déposez les sections modifiées au besoin	

3. **ÉQUIPE DE RÉADAPATION**

Pour répondre à cette section, veuillez nous remettre les informations pour les deux dernières années financières. Seuls les ERDP doivent compléter le tableau en annexe 2.

	Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
		Absente	Partiellement présente	Présente	
3.1	Accueil et formation des nouveaux intervenants dans le domaine de la réadaptation des personnes ayant un TCC	☐	☐	☐	
3.2	Identification des priorités de formation au cours des deux dernières années	☐	☐	☐	
3.3	Présence de développement au plan des ressources humaines (ajout de disciplines ou augmentation d'ETC dans les disciplines)	☐	☐	☐	
3.4	Présence d'amélioration de l'expertise dans les disciplines (augmentation de la moyenne d'expérience, recrutement, etc.)	☐	☐	☐	
3.5	Couverture des besoins de la clientèle par l'ensemble des disciplines	☐	☐	☐	

4. **ACTIVITÉS D'ÉVALUATION**

	Élément évalué	Autoévaluation			Localisation des informations justifiant l'autoévaluation
		Absence de mesures	Mesures en cours	Présence de mesures	
4.1	Mesures de résultats en lien avec l'efficacité clinique	☐	☐	☐	Dépôt des résultats et du sommaire de leur analyse
4.2	Évaluation de la satisfaction des clients	☐	☐	☐	Dépôt des résultats
4.3	Évaluation de la satisfaction des partenaires	☐	☐	☐	Dépôt des résultats
4.4	Autres activités d'évaluation	☐	☐	☐	Dépôt des résultats

5. **PLANS D'ACTION**

Élément évalué	Localisation des informations
Plans d'action	
Principales réalisations du plan d'action antérieur du programme et une synthèse de leur suivi	Dépôt des principales réalisations
Plan d'action du programme en fonction des nouvelles priorités pour les trois prochaines années	Dépôt du plan d'action triennal

© Programme québécois de traumatologie – MSSS – SAAQ
Source : Marcotte, A-C et coll.

669

**Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme
au cours des deux dernières années financières.**

Tableau 1
Selon les groupes d'âge et les niveaux de gravité

2004-2005			
	Modéré	Grave	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Modéré	Grave	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme
au cours des deux dernières années financières.
(suite)**

Tableau 2
Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme
au cours des deux dernières années financières.
(suite)**

**Tableau 3
Selon le statut d'inscrits ou d'admis et les niveaux de gravité**

2004-2005			
	Modéré	Grave	Total
Inscrits			
Admis			
Total			

2005-2006			
	Modéré	Grave	Total
Inscrits			
Admis			
Total			

**Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme
au cours des deux dernières années financières.
(suite)**

**Tableau 4
Selon les groupes d'âge et le statut d'inscrits ou d'admis**

2004-2005			
	Inscrits	Admis	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Inscrits	Admis	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Nombre de clients auxquels chaque établissement a offert des services dans son programme
au cours des deux dernières années financières.
(suite)**

**Tableau 5
Selon le statut d'inscrits ou d'admis et la présence ou non d'organismes payeurs**

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Inscrits			
Admis			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Inscrits			
Admis			
Total			

Moyenne des HPS par client desservi au cours des deux dernières années financières

Tableau 6
Selon les groupes d'âge et les niveaux de gravité

2004-2005			
	Modéré	Grave	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Modéré	Grave	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Moyenne des HPS par client desservi au cours des deux dernières années financières
(suite)**

Tableau 7
Selon les niveaux de gravité et la présence ou non d'organismes payeurs

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Modéré			
Grave			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Modéré			
Grave			
Total			

**Moyenne des HPS par client desservi au cours des deux dernières années financières
(suite)**

Tableau 8
Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

Durée moyenne de séjour (en jours) des clients desservis au cours des deux dernières années financières

Tableau 9
Selon les groupes d'âge et le statut d'inscrits ou d'admis

2004-2005			
	Inscrits	Admis	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Inscrits	Admis	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Durée moyenne de séjour (en jours) des clients desservis au cours des deux dernières années financières
(suite)**

Tableau 10
Selon les groupes d'âge et la présence ou non d'organismes payeurs

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
0-17 ans			
18-64 ans			
65 ans et plus			
Total			

**Durée moyenne de séjour (en jours) des clients desservis au cours des deux dernières années financières
(suite)**

Tableau 11
Selon les niveaux de gravité et la présence ou non d'organismes payeurs

2004-2005			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Modéré			
Grave			
Total			

2005-2006			
	Agents payeurs présents	Agent payeur absent	Total
Modéré			
Grave			
Total			

ÉQUIPE DE RÉADAPTATION

Seuls les ERDP doivent compléter ce tableau

	Nombre d'ETC par discipline en date du 31 mars 2006	Moyenne d'années d'expérience dans le programme en date du 31 mars 2006	Moyenne d'années d'expérience dans la discipline en date du 31 mars 2006	Nombre de HPS consacrées à la clientèle TCC par la discipline / nombre total de HPS de la discipline (%) pour 2004-2005	Nombre de HPS consacrées à la clientèle TCC par la discipline / nombre total de HPS de la discipline (%) pour 2005-2006	Y a-t-il eu interruption ou diminution de services dans la discipline au cours des deux dernières années financières (oui/non)
Médecin				N/A	N/A	Oui ☐ Non ☐
Infirmiers				N/A	N/A	Oui ☐ Non ☐
Physiothérapeute						Oui ☐ Non ☐
Ergothérapeute						Oui ☐ Non ☐
Orthophoniste						Oui ☐ Non ☐
Neuropsychologue						Oui ☐ Non ☐
Psychologue						Oui ☐ Non ☐
Travailleur social						Oui ☐ Non ☐
Éducateur spécialisé						Oui ☐ Non ☐
Orthopédagogue (enfants)						Oui ☐ Non ☐
Éducateur physique (adolescents et adultes)						Oui ☐ Non ☐
Inhalothérapeute						Oui ☐ Non ☐
Audiologiste (enfants)						Oui ☐ Non ☐
Conseiller en orientation (adolescents et adultes)						Oui ☐ Non ☐
Diététiste						Oui ☐ Non ☐
Autres nommer :						Oui ☐ Non ☐

RÉFÉRENCES

- Abrahamson E. Managerial fads and fashions: The diffusion and rejection of innovations. *Academy of Management Review* 1991;16(3):586-612.
- Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale (ASSS Capitale-Nationale). Plan directeur régional en traumatologie de la Capitale-Nationale 2009-2012. Québec, Qc : ASSS Capitale-Nationale; 2009. Disponible à : http://www.rrsss03.gouv.qc.ca/pdf/Plandirecteurreg_traumatologie.pdf.
- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (ASSS Montréal). Plan directeur régional en traumatologie, 2006-2009. Montréal, Qc : ASSS Montréal; 2006. Disponible à : <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs64425>.
- American College of Surgeons (ACS). Resources for optimal care of the injured patient 2006. Chicago, IL : ACS, Committee on Trauma; 2006.
- Anderson N, De Dreu CK, Nijstad BA. The routinization of innovation research: A constructively critical review of the state-of-the-science. *J Organ Behav* 2004;25(2):147-73.
- Argyris C. On organizational learning. 2^e éd. Malden, MA : Blackwell; 1999.
- Argyris C et Schön DA. Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université; 2002.
- Argyris C, Putnam R, Smith DM. Action science. 1^{ère} éd. San Francisco, CA : Jossey-Bass; 1985.
- Bareil C. Les modèles dynamiques, une façon renouvelée de comprendre les réactions des individus en situation de changement organisationnel. Cahier no 04-08. Montréal, Qc : Centre d'études en transformation des organisations (CÉTO), HEC Montréal; 2004. Disponible à : http://web.hec.ca/sites/ceto/fichiers/04_08.pdf.
- Baum JA. Organizational ecology. Dans : Clegg S, Hardy C, Nord WR, réd. *Handbook of organization studies*. Thousand Oaks, CA : Sage Publications; 1996 : 77-114.
- Bisson A. Coûts estimés de l'hospitalisation et des services médicaux des victimes de la route, Québec, 1978-1985. Tome I. Québec, Qc : Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ); 1987.
- Bourdieu P. Le sens pratique. Paris, France : Éditions de Minuit; 1980.
- Bourdieu P et Wacquant LJ. Réponses : pour une anthropologie réflexive. Paris, France : Seuil; 1992.
- Bourque C. Cadre de référence clinique pour l'élaboration de programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme crânio-cérébral : enfants-adolescents. Québec, Qc : Comité conseil de réadaptation en traumatologie, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ); 2001.

- Boyd DR et Cowley RA. Comprehensive regional trauma/emergency medical services (EMS) delivery systems: The United States experience. *World J Surg* 1983;7(1):149-57.
- Burke WW. *Organization change: Theory and practice*. 2^e éd. Los Angeles, CA : Sage; 2008.
- Cassidy JD, dir. Best evidence synthesis on mild traumatic brain injury: Results of the WHO Collaborating Centre for Neurotrauma, Prevention, Management and Rehabilitation Task Force on Mild Traumatic Injury. *J Rehabil Med* 2004;(43 Suppl):1-144.
- Champagne F. La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Étude no 39. Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Disponible à : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-39-2002F.pdf>.
- Cohen WM et Levinthal DA. Absorptive capacity: A new perspective on learning and innovation. *Administrative Science Quarterly* 1990;35(1):128-52.
- Comité consultatif sur l'implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers d'urgence. Services préhospitaliers d'urgence au Québec : chaque minute compte ! Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 1992.
- Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. Urgences préhospitalières : un système à mettre en place. Rapport. Québec, Qc : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS); 2000. Disponible à : <http://www.agence911.org/uploads/files/autres/rapport-dicaire.pdf>.
- Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux (Commission d'enquête). Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux [Rapport Rochon]. Québec, Qc : Publications du Québec; 1988.
- Couillard J. Guide de la gestion intégrée de la qualité. Montréal, Qc : Association québécoise d'établissements de santé et de services sociaux (AQESSS); 2009.
- Cowley RA. Foreword. *Am Surg* 1979;45(2):77-8.
- Cowley RA. Trauma center. A new concept for the delivery of critical care. *J Med Soc N J* 1977;74(11):979-87.
- Cowley RA et Scanlan E. University trauma center: Operation, design and staffing. *Am Surg* 1979;45(2):79-85.
- Demers C. De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnel de 1945 à aujourd'hui. *Gestion* 1999;24(3):131-9.
- Denis J-L. Gouvernance et gestion du changement dans le système de santé au Canada. Étude no 36. Saskatoon, SK : Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada; 2002. Disponible à : <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-79-36-2002F.pdf>.

- Deschesnes M, Couturier Y, Laberge S, Trudeau F, Kébé M, Campeau L, et al. Les facteurs influençant la dissémination et l'adoption de l'approche École en santé : rapport de recherche. Québec, Qc : Institut national de santé publique du Québec (INSPQ); 2008. Disponible à : http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/872_Rapport_EcoleSante.pdf.
- DiMaggio PJ et Powell WW. The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review* 1983;48(2):147-60.
- Dobbins M, Lockett D, Michel I, Beyers J, Feldman L, Vohra J, Micucci S. The effectiveness of school-based interventions in promoting physical activity and fitness among children and youth: A systematic review. Hamilton, ON : Effective Public Health Practice Project (EPHPP); 2001. Disponible à : <http://old.hamilton.ca/phcs/ephpp/Research/Full-Reviews/Physical-Activity-Review.pdf>.
- Donabedian A. The quality of care: How can it be assessed? Dans : Schmele JA, réd. *Quality management in nursing and health care*. Albany, NY : Delmar; 1996 : 52-65.
- Donabedian A. Commentary on some studies on the quality of care. *Health Care Financ Rev* 1987;Suppl:75-85.
- Donabedian A. The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI : Health Administration Press; 1980.
- Donabedian A. Some basic issues in evaluating the quality of health care. *ANA Publ* 1976;(G-124):3-28.
- Fajans P, Simmons R, Ghiron L. Helping public sector health systems innovate: The strategic approach to strengthening reproductive health policies and programs. *Am J Public Health* 2006;96(3):435-40.
- Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi study. *Int J Qual Health Care* 2004;16(2):107-23.
- Fleury M-J, Tremblay M, Nguyen H, Bordeleau L. Le système sociosanitaire au Québec : gouvernance, régulation et participation. Montréal, Qc : Gaétan Morin; 2006.
- Fonctions évaluatives du continuum de services en traumatologie (FECST). Continuum de services en traumatologie (CST) [site Web]. Québec, Qc : FECST; 2011. Disponible à : <http://fecst.inesss.qc.ca/fr.html>.
- Gadoury M. Cadre de référence clinique pour l'élaboration de programmes de réadaptation pour la clientèle ayant subi un traumatisme cranio-cérébral : adultes. 2^e version rév. Québec, Qc : Comité conseil de réadaptation en traumatologie, Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ); 2001.
- Gervais M et Dubé S. Étude exploratoire des besoins en services offerts à la clientèle traumatisée cranio-cérébrale au Québec : rapport de recherche. Québec, Qc : Université Laval, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec; 1999.

- Giddens A. The constitution of society: Introduction of the theory of structuration. Berkeley, CA : University of California Press; 1984.
- Gleick J. Chaos: Making a new science. New York, NY : Viking; 1987.
- Greenberg MR. The diffusion of public health innovations. *Am J Public Health* 2006;96(2):209-10.
- Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q* 2004;82(4):581-629.
- Groupe de travail De Coster. La tragédie du 6 décembre 1989 à l'École Polytechnique de Montréal. Québec, Qc : Groupe de travail De Coster; 1991.
- Guilhon A. Le changement organisationnel est un apprentissage. *Revue Française de Gestion* 1998;120:98-107.
- Haddon W Jr. The changing approach to the epidemiology, prevention, and amelioration of trauma: The transition to approaches etiologically rather than descriptively based. *Am J Public Health Nations Health* 1968;58(8):1431-8.
- Haddon W Jr et Baker SP. Injury control. Dans : MacMahon B et Clark DW, réd. *Preventive and community medicine*. Boston, MA : Little, Brown; 1981 : 109-40.
- Hage JT. Organizational innovation and organizational change. *Annual Review of Sociology* 1999;25:597-622.
- Hatch MJ. Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples. Bruxelles, Belgique : De Boeck Université; 2000.
- Hinings CR et Greenwood R. Understanding radical organizational change: Bringing together the old and the new institutionalism. *Academy of Management Review* 1996;21(4):1022-54.
- Jetté C. Les organismes communautaires et la transformation de l'État-providence : trois décennies de coconstruction des politiques publiques dans le domaine de la santé et des services sociaux. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2008.
- Lapointe P. Étude sur le concept de centre de traumatologie : son application au Québec. Québec, Qc : Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ); 1988.
- Lawrence PR et Lorsch JW. Organization and environment: Managing differentiation and integration. Boston, MA : Graduate School of Business Administration, Harvard University; 1967.
- Lewin K. Psychologie dynamique : les relations humaines. Paris, France : PUF; 1975.
- Lewin K. Group decisions and social change. Dans : Swanson GE, Newcomb TM, Hartley EL, réd. *Readings in social psychology*. New York, NY : Holt; 1952 : 459-73.
- Lieberman M, Mulder DS, Lavoie A, Sampalis JS. Implementation of a trauma care system: Evolution through evaluation. *J Trauma* 2004;56(6):1330-5.

- Mescon MH, Albert M, Khedouri F. Management. 3^e éd. New York, NY : Harper and Row; 1988.
- Miller D, Friesen PH, Mintzberg H. Organizations: A quantum view. Englewood Cliffs, NJ : Prentice-Hall; 1984.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Un Consortium pour le développement de la recherche en traumatologie [présentation de Manon St-Pierre]. Québec, Qc : MSSS; 2011. Disponible à : http://repar.ca/admin/files/images/Manon_St-Pierre.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Registre des traumatismes du Québec (RTQ). Version 2.0. Québec, Qc : Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire, MSSS; 2007. Disponible à : <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/4b1768b3f849519c852568fd0061480d/c6842167d8acb8a785256f1900479d3c?OpenDocument>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Orientations ministérielles pour le traumatisme craniocérébral léger 2005-2010. Québec, Qc : MSSS; 2005. Disponible à : http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/orientations_ministerielles.pdf.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Programme national de services pour les personnes victimes de traumatisme par amputation ou nécessitant une revascularisation microchirurgicale d'urgence : paramètres d'organisation. Québec, Qc : MSSS; 2004.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Les mécanismes de concertation en traumatologie. Québec, Qc : Direction générale des affaires médicales et universitaires (DGAMU), MSSS; 2001a.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Paramètres d'organisation de services portant sur les notions de : services surspécialisés ; services à l'interne ; critères de transferts de la clientèle admise vers l'externe. Québec, Qc : MSSS; 2001b. Disponible à : <http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/15.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Continuum de services pour les personnes ayant subi un traumatisme cranio-cérébral : paramètres d'organisation. Québec, Qc : MSSS; 1999. Disponible à : <http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/13.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Guide d'implantation de "centres d'expertise". Projet de développement d'un continuum de services pour personnes blessées médullaires (adulte). Québec, Qc : MSSS; 1996. Disponible à : <http://fecst.inesss.qc.ca/fileadmin/documents/07.pdf>.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). La politique de la santé et du bien-être. Québec, Qc : MSSS; 1992.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Rapport du Comité aviseur provincial sur le système des services préhospitaliers d'urgence. Québec, Qc : MSSS; 1990.
- Mintzberg H. Le management : voyage au centre des organisations. 2^e éd. rev. et corr. Paris, France : Éditions d'Organisation; 2004.

- National Burn Care Review (NBCR). Standards and strategy for burn care: A review of burn care in the British Isles. Londres, Angleterre : British Burn Association; 2001. Disponible à : <http://ukpmc.ac.uk/guidelines/HIR/114091>.
- National Research Council (NRC). Accidental death et disability: The neglected disease of modern society. Washington, DC : National Academy of Sciences; 1966.
- Oldenburg B et Parcel GS. Diffusion of innovations. Dans : Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, réd. Health behavior and health education: Theory, research, and practice. 3^e éd. San Francisco, CA : Jossey-Bass; 2002 : 312-34.
- Organisation mondiale de la santé (OMS). Rapport mondial sur la prévention des traumatismes dus aux accidents de la circulation : résumé. Genève. 2004
- Pankratz M, Hallfors D, Cho H. Measuring perceptions of innovation adoption: The diffusion of a federal drug prevention policy. Health Educ Res 2002;17(3):315-26.
- Powell WW et DiMaggio PJ. The new institutionalism in organizational analysis. Chicago, IL : University of Chicago Press; 1991.
- Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ). La traumatologie. Québec, Qc : RAAQ; 1986.
- Rouleau L. Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde. Québec, Qc : Presses de l'Université du Québec; 2007.
- Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ). [site Web]. Québec, Qc : SAAQ; 2011. Disponible à : <http://www.saaq.gouv.qc.ca/index.php>.
- Sampalis JS, Denis R, Lavoie A, Frechette P, Boukas S, Nikolis A, et al. Trauma care regionalization: A process-outcome evaluation. J Trauma 1999;46(4):565-81.
- Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Impact of on-site care, prehospital time, and level of in-hospital care on survival in severely injured patients. J Trauma 1993;34(2):252-61.
- Sampalis JS, Lavoie A, Williams JI, Mulder DS, Kalina M. Standardized mortality ratio analysis on a sample of severely injured patients from a large Canadian city without regionalized trauma care. J Trauma 1992;33(2):205-12.
- Secor inc. Le transport ambulancier au Québec : état de la situation et options. Secor; 1987.
- Shortell SM, O'Brien JL, Carman JM, Foster RW, Hughes EF, Boerstler H, O'Connor EJ. Assessing the impact of continuous quality improvement/total quality management: Concept versus implementation. Health Serv Res 1995;30(2):377-401.
- Touati N. Conclusion : la gestion de la qualité des services : apprendre à gérer les tensions. La revue de l'innovation : la revue de l'innovation dans le secteur public 2009;14(3):article11.

- Touati N et Pomey MP. Accreditation at a crossroads: Are we on the right track? *Health Policy* 2009;90(2-3):156-65.
- Trunkey DD. Trauma. Accidental and intentional injuries account for more years of life lost in the U.S. than cancer and heart disease. Among the prescribed remedies are improved preventive efforts, speedier surgery and further research. *Sci Am* 1983;249(2):28-35.
- Tushman ML et Romanelli E. Organizational evolution: A metamorphosis model of convergence and reorientation. Dans : Cummings LL et Staw BM, réd. *Research in organizational behavior*, vol 7. Greenwich, CT : JAI Press; 1985 : 171-222.
- Van de Ven AH, Polley DE, Garud R, Venkataraman S. *The innovation journey*. New York, NY : Oxford University Press; 1999.
- Vérificateur général du Québec (VGQ). Continuum de services. Dans : *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2004-2005, tome II*. Québec, Qc : VGQ; 2005 : 11-43. Disponible à : http://www.vgq.gouv.qc.ca/fr/fr_publications/fr_rapport-annuel/fr_2004-2005-T2/fr_Rapport2004-2005-T2-Chap02.pdf.
- Waldrop MM. *Complexity: The emerging science at the edge of order and chaos*. New York, NY : Simon and Schuster; 1992.
- Wejnert B. Integrating models of diffusion of innovations: A conceptual framework. *Annual Review of Sociology* 2002;28:297-326.
- West JG, Trunkey DD, Lim RC. Systems of trauma care. A study of two counties. *Arch Surg* 1979;114(4):455-60.



100 %



EcoLogo



Le présent document a été imprimé sur du papier contenant 100 % de fibres postconsommation, certifié Choix environnemental, recyclé et fabriqué à partir d'énergie biogaz et par un procédé sans chlore.