

Cadre de référence

Orientations ministérielles sur la desserte
préhospitalière

ÉDITION :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95092-9 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2023

Rédaction et collaboration

D^r Alexandre Messier

D^{re} Élyse Berger Pelletier

D^r Louis-Philippe Pelletier

D^r Simon Delisle

M. Paul Levesque

M. Mathieu Pagé

M. Luc Jolicoeur

M. Robyn Marcotte

M. Charles Montamat

M. Pierre-Rodrigue Lanteigne

Table des matières

1. Généralités.....	1
1.1. Raison d’être de ce document.....	1
1.2. Mise en contexte	1
1.3. Objectif du cadre	3
1.4. Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers	3
1.5. Entrée en vigueur du cadre normatif	3
2. Rôles et responsabilité des parties prenantes.....	3
2.1. Les étapes et les composantes de la démarche d’évaluation	4
2.1.1. Étape 1 – La mise en place du processus d’analyse.....	4
2.1.2. Étape 2 – La collecte et l’analyse de données	4
2.1.2.1. L’analyse démographique.....	4
2.1.2.2. L’analyse des risques	4
2.1.2.3. Analyse opérationnelle associée à la modification d’un horaire de faction (Annexe 5)	5
2.1.2.4. Analyse opérationnelle associée à l’ajout d’heures de service (quart à l’heure) (Annexe 5)... ..	6
2.1.2.5. Les éléments à considérer lors de l’élaboration d’une demande de modification de la desserte ambulancière	7
2.1.3. Étape 3 – Les options de modification de la desserte ambulancière	7
2.1.3.1. Modification d’un horaire de faction.....	7
2.1.3.2. Ajout d’heures de service ou de quart de travail à l’heure	8
2.1.4. Étape 4 – L’analyse financière régionale	8
2.1.5. Étape 5 – La réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif	9
2.1.6. Étape 6 – Le déploiement	9
2.1.7. Étape 7 – L’évaluation en continu du modèle de déploiement.....	10
Annexe 1	11
Annexe 2	12
Annexe 3	13
Annexe 4	14
Annexe 5	15
Annexe 6	16
Annexe 7	17
Bibliographie	19

Liste des sigles et acronymes

CCS : Centre de communication santé

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

DMN : Direction médicale nationale

DSPU : Direction des services préhospitaliers d'urgence

GAP : Guichet d'accès à la première ligne

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

SAD : Soutien à domicile

SCT : Secrétariat du Conseil du trésor

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic

1. Généralités

1.1. Raison d'être de ce document

Le présent document a pour objectif de baliser le processus d'évaluation et d'analyse engagé par les centres intégrés (universitaires) de santé et de services sociaux lorsque ces derniers désirent revoir la desserte ambulancière (service ambulancier) de leur territoire. Ce processus concerne la transformation d'horaire de faction ainsi que l'ajout d'heures de service (ajout de ressources permanentes). Le présent cadre explicite les étapes à suivre pour déposer une demande de modification au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), selon le type de modification souhaitée, et détaille le type d'analyse à y inclure.

Ce processus permet de clarifier les rôles et les responsabilités des CISSS/CIUSSS relativement à l'organisation des services ambulanciers sur leur territoire, afin de déterminer le modèle d'organisation des services ambulanciers qui est offert dans leur région, de même que les effectifs qui sont affectés à ces services. Cette organisation des services doit permettre une harmonisation entre les ressources ambulancières disponibles et l'écosystème régional.

1.2. Mise en contexte

Les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) sont déployés sur le territoire québécois selon différents types d'horaires. Dans les milieux plus achalandés, les TAP ont des horaires de travail à l'heure; ils attendent ainsi de recevoir leurs affectations, postés soit à la caserne, soit dans une ambulance stationnée dans un point d'attente.

Dans les milieux ruraux, le faible volume de transports hebdomadaires fait en sorte que des TAP œuvrent fréquemment sur des horaires de faction. Ce qui signifie qu'ils travaillent sur appel, 24 heures sur 24, et ce, 7 jours sur 14. Ceux-ci doivent répondre aux affectations urgentes ou non urgentes, peu importe l'heure (jour, soir, nuit), et sont habituellement en attente de recevoir une affectation à leur domicile. La durée du trajet entre leur domicile et la caserne ne doit pas excéder cinq minutes.

Les horaires actuellement en place au Québec sont adaptés à la situation locale de chaque milieu. En fonction d'un certain nombre de considérations, plus particulièrement l'augmentation ou le vieillissement de la population, les besoins en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence peuvent changer avec le temps.

Dans les dernières années, plusieurs modifications de la desserte ambulancière ont été effectuées. Les critères de modification des horaires de faction ont été déterminés dans le cadre d'une correspondance du sous-ministre adjoint, M. Marco Thibault, en 2017 (Annexe 7). Ces critères sont principalement basés sur l'atteinte de seuils, notamment celui du taux d'occupation clinique (de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité) (Annexe 6) et celui du taux d'occupation globale (de l'affectation jusqu'au retour au point de service/point d'attente). Même s'ils sont importants, ces indicateurs ne peuvent à eux seuls déterminer le besoin réel de modification ou non d'un horaire de faction. Certaines régions ont aussi bénéficié d'ajouts d'heures de service à la suite de demandes envoyées au MSSS.

L'évolution du travail paramédical et la volonté de maintenir des services de proximité à la population nous amènent à reconsidérer les différentes modalités de conversion et d'ajout de ressources afin d'assurer une adéquation avec les besoins cliniques, opérationnels et démographiques d'un territoire ou d'une région. Ainsi, afin d'assurer un suivi adéquat, le processus de dépôt des demandes est aussi revu en vue d'être standardisé. Le présent document tient compte de l'article 7 de la Loi des services préhospitaliers d'urgence (LSPU) qui stipule :

« En conformité avec les orientations, les objectifs et les priorités ministériels et en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue de son territoire, de la densité de la population qui y réside de même que de la disponibilité des technologies, une agence doit :

1. élaborer un plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence et y établir ses priorités en cette matière, lesquelles doivent prévoir, le cas échéant, pour l'ensemble de la population, l'accessibilité à un centre d'urgence 9-1-1, à un centre de communication santé, à un service de premiers répondants, à des services ambulanciers et à des centres exploités par des établissements receveurs, principalement ceux qui dispensent des services d'urgence; l'agence peut, selon l'orientation retenue dans son plan, intégrer des programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire;
2. déterminer le modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qui sont offerts dans sa région de même que les effectifs qui sont affectés à ces services;
3. coordonner, sur une base régionale, les services préhospitaliers d'urgence et assurer leur interaction avec le réseau de la santé et des services sociaux;
4. déterminer, conformément aux orientations ministérielles, les modalités d'encadrement médical des personnes qui assurent des services préhospitaliers d'urgence dans sa région; ».¹

Pour ces raisons, les demandes de modifications de la desserte ambulancière devront maintenant être accompagnées d'une évaluation transversale spécifique aux types de requêtes effectuées, en plus de respecter le processus standardisé qui est propre à celle-ci. Les demandes de modifications ou d'ajout de ressources se feront de façon distincte, selon le type d'horaire. De ce fait, l'évaluation effectuée doit être adaptée par le CISSS/CIUSSS en fonction du type de besoin (transformation d'un horaire de faction ou d'un ajout de ressource à l'heure permanent). L'évaluation se doit de respecter les standards suivants :

- L'évaluation s'appuie sur des réalités cliniques, opérationnelles et démographiques observables et quantifiables qui sont propres à la région;
- L'évaluation transversale modifie certains critères de transformation et de modification d'horaire utilisés ces dernières années;
- Les demandes effectuées respectent la capacité de la région en matière de disponibilité des ressources humaines.

Ce fonctionnement a pour objectif d'inscrire la modification de la desserte ambulancière dans une perspective régionale d'optimisation et d'amélioration globale des services préhospitaliers d'urgence (SPU) sur l'ensemble du territoire québécois. Les analyses qui en découlent visent aussi à s'assurer que les modifications soient apportées en cohérence avec l'évolution de la profession préhospitalière

¹ Loi sur les services préhospitalier d'urgence : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2#:~:text=2002%2C%20c.,69.&text=1.,%C3%A9gard%20des%20personnes%20en%20d%C3%A9tresse>, consulté juin 2023

et qu'elles soient réellement la meilleure option pour le citoyen, autant pour la patientèle que pour le contribuable.

1.3. Objectif du cadre

Le présent cadre dicte les orientations ministérielles concernant l'organisation des services ambulanciers, la transformation d'horaires de faction et l'ajout de ressources. Il guide les CISSS/CIUSSS dans une évaluation transversale de leur desserte ambulancière, afin d'assurer la cohérence entre les besoins et l'offre populationnelle en matière de santé et de services sociaux. Le processus d'évaluation prend en considération différents facteurs qui permettent de réaliser une analyse des besoins à l'égard des soins préhospitaliers d'urgence au niveau régional.

La modification de la desserte ambulancière doit avoir pour objectif de :

- Maintenir une offre de services préhospitaliers de qualité sur les plans local et régional;
- Favoriser l'optimisation des SPU afin d'assurer une adéquation avec les besoins du milieu et des usagers;
- Favoriser une mobilisation optimale des TAP;
- Favoriser l'intégration des SPU à l'offre de services des CISSS/CIUSSS.

1.4. Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers

La desserte des services ambulanciers vise à apporter une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes en détresse. Au Québec, un centre de communication santé doit utiliser un système de traitement et de priorisation des appels approuvé par le ministre afin d'être en mesure d'affecter et de répartir les ressources ambulancières disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente.

Pour ce faire, il est nécessaire que les ressources ambulancières ne soient pas occupées au maximum de leur capacité afin qu'elles puissent être disponibles pour répondre à des appels chronodépendants (P0 et P1).

1.5. Entrée en vigueur du cadre normatif

Le cadre entrera en vigueur le 1^{er} juin 2023.

2. Rôles et responsabilité des parties prenantes

Le processus de modification des horaires de faction, qui est amorcé par le CISSS/CIUSSS, est élaboré en fonction des besoins objectivés par ce dernier. Quoique similaire, le processus d'analyse pour la transformation d'un horaire de faction diffère légèrement de celui d'un ajout d'heures de service (quart à l'heure). Les étapes 1, 4, 6, 7, qui sont présentées plus bas et qui sont identiques dans les deux cas, constituent donc le tronc commun de la démarche. La section « Analyse opérationnelle » de l'étape 2 diffère et doit être adaptée au type de demande formulée. L'étape 3 est également spécifique au type de demande (modification de la desserte en lien avec les horaires de faction ou ajout d'heures de service). L'étape 5, pour sa part, relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et sera adaptée par ce dernier.

Tout au long de cette démarche, le CISSS/CIUSSS devra mettre à contribution le centre de communication santé (CCS) qui dessert sa région, ainsi que les entreprises ambulancières.

2.1. Les étapes et les composantes de la démarche d'évaluation

2.1.1. Étape 1 – La mise en place du processus d'analyse

Le processus d'analyse est enclenché lorsque des enjeux entourant la couverture ambulancière sont observés par le CISSS/CIUSSS ou lorsque celui-ci désire effectuer une analyse visant à améliorer les services en place. À la suite de ses observations, le CISSS/CIUSSS peut conduire une évaluation transversale.

2.1.2. Étape 2 – La collecte et l'analyse de données

Cette étape est constituée de plusieurs éléments qui faciliteront la mise en place d'un processus durable de modification de la desserte ambulancière qui répond aux besoins régionaux. Afin de faciliter la mise en place de ce processus, le volet opérationnel est scindé en deux sections, soit la première, qui précise le processus opérationnel de collecte et d'analyse de données associé à la modification d'un horaire de faction, et la deuxième, qui traite du processus dans un contexte d'ajout d'heures de service (quart à l'heure). Les différentes analyses à effectuer sont les suivantes :

- Analyse du CISSS/CIUSSS en lien avec les particularités et les considérations régionales;
- Analyse démographique;
- Analyse des risques;
- Autres types d'analyse visant à optimiser le processus de transformation;
- Analyse opérationnelle.

2.1.2.1. *L'analyse démographique*

Cette étape vise à déterminer l'augmentation potentielle des appels chronodépendants et à analyser tout autre élément pertinent, comme la présence d'éléments pouvant favoriser la mobilisation optimale des TAP. En voici une liste non exhaustive : le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, la présence de grands utilisateurs de services préhospitaliers ou de populations vulnérables, etc.

2.1.2.2. *L'analyse des risques*

Cette étape, qui mène à l'analyse des priorités d'appels, est réalisée par le CCS et vise à définir la typologie des demandes de service. Pour ce faire, il importe d'effectuer une analyse géomatique pour déterminer la localisation des demandes de service, ce qui pourrait révéler l'emplacement idéal d'une éventuelle caserne ou de points d'attente, en fonction des services disponibles dans la région. S'appuyant sur ces informations, une analyse de l'optimisation des ressources doit ensuite être effectuée pour déterminer si les ressources disponibles sont déployées à leur plein potentiel et si elles sont présentes en nombre suffisant (p. ex. : une zone pourrait bénéficier de la transformation des horaires lorsqu'une ressource en horaire de faction, entourée de collègues affectés à des horaires à

l'heure, serait mise à contribution dans un déploiement dynamique). Dans les zones où cohabitent plusieurs ressources en horaires de faction, une analyse sur le partage de la charge de travail entre les différents horaires doit être effectuée.

2.1.2.3. Analyse opérationnelle associée à la modification d'un horaire de faction (Annexe 5)

En considérant l'organisation de services régionaux, le premier volet de cette démarche débute par une analyse opérationnelle qui vise à déterminer le temps moyen d'occupation clinique de la ressource préhospitalière, ainsi que le temps moyen d'occupation globale de la ressource.

Le temps moyen d'utilisation clinique d'une ressource se calcule à partir du moment de la confirmation de l'affectation par le TAP jusqu'à sa remise en disponibilité.

Lors de l'analyse, il est important de considérer différents éléments, comme le temps passé sur le lieu de destination (p. ex. : centre hospitalier). Celui-ci est composé des étapes suivantes : triage, délai de libération de la civière, rédaction des rapports et désinfection du véhicule (voir le schéma à l'Annexe 6).

Le temps moyen d'occupation globale de la ressource préhospitalière s'applique particulièrement aux horaires de faction. Il se calcule à partir du moment de la confirmation de l'affectation par le TAP jusqu'à son retour au point de service/point d'attente/caserne. Afin d'analyser efficacement les données, il est important de considérer différents éléments comme le temps passé sur le lieu de destination, qui a été expliqué au paragraphe précédent, ainsi que le temps passé pour retourner au point de service/point d'attente/caserne (voir le schéma à l'Annexe 6). Une fois les données analysées, un processus d'optimisation des délais devrait être considéré, le cas échéant.

L'analyse opérationnelle vise à identifier les indicateurs de découverte du territoire.

Le **ratio de débordement** se calcule de la façon suivante : le nombre d'heures de débordement multiplié par cent, divisé par le nombre d'heures totales de service autorisées par le MSSS.

$$\frac{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures de débordement} \times 100}{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures totales de service autorisées}}$$

Exemple d'éléments à considérer dans l'analyse : le débordement est-il associé à la présence d'une petite urgence à même le centre local de services communautaires, ce qui fait en sorte que le même patient est systématiquement transporté deux fois?

Dans cette analyse, le ratio de débordement occasionnant un bris de service doit également être considéré. Celui-ci se calcule de la façon suivante : le nombre d'heures de débordement occasionnant un bris de service multiplié par cent, divisé par le nombre d'heures en débordement.

$$\frac{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures occasionnant un bris de service} \times 100}{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures en débordement}}$$

L'analyse de la découverte de zone doit pouvoir déterminer la fréquence de cette découverte (heures/semaine) ainsi que ses causes possibles.

Exemple d'éléments à considérer dans l'analyse :

- La découverte est-elle associée à une absence de centre hospitalier sur le territoire, ou par un nombre important de transferts interétablissements?
- Cette découverte est-elle saisonnière?

2.1.2.4. Analyse opérationnelle associée à l'ajout d'heures de service (quart à l'heure) (Annexe 5)

L'analyse opérationnelle concernant l'ajout d'heures de service est composée de différents indicateurs. Cette démarche a pour objectif de permettre au CISSS/CIUSSS d'objectiver la capacité des ressources préhospitalières à prendre en charge les appels chronodépendants sur leur territoire. Pour ce faire, ce dernier doit analyser les éléments suivants :

La **capacité d'affectation des ambulances** correspond à la capacité du CCS d'affecter des ressources ambulancières aux appels chronodépendants (P0, P1). L'objectif est de comparer le taux d'appels placés en attente d'une ressource ambulancière et le taux d'appels affectés à une ressource ambulancière.

Le **temps-réponse** correspond au délai entre le traitement de l'appel et l'arrivée de la ressource ambulancière sur le lieu de l'intervention, et ce, même si l'appel a été placé en attente ou non (ce qui correspond à l'intervalle H1 à H8 de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière).

Le **taux de disponibilité** se calcule à partir du taux d'utilisation clinique (TUC). Ce taux est le miroir du TUC. Ainsi, un TUC de 48 % implique un taux de disponibilité de 52 %.

L'**unit-hour utilization (UHU)** correspond au total du temps de transport divisé par les heures livrées (ou celles autorisées par le plan d'organisation des services).

$$\frac{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures de transport} \times 100}{\text{N}^{\text{bre}} \text{ d'heures totales de service livrées}}$$

Il s'agit d'un moyen standardisé et abrégé de mesurer les niveaux de charge de travail des ressources ambulancières soit la gestion de la demande par rapport à l'offre².

L'**évolution du volume de transport** permet de déterminer, pour un intervalle de temps donné, si la tendance est à la hausse ou à la baisse en matière d'utilisation du service.

Le **délai de rétention des civières aux urgences** permet de déterminer si la rétention des civières aux urgences dépasse le critère de performance visé de 35 minutes pour 80 % des situations, et de 45 minutes pour 98 % des situations (H11 à H15).

² Law Insider. (s. d.). *Unit Hour Utilization (UHU) definition*. <https://www.lawinsider.com/dictionary/unit-hour-utilization-uhu>

2.1.2.5. Les éléments à considérer lors de l'élaboration d'une demande de modification de la desserte ambulancière

Lors du processus de modification de la desserte ambulancière, il est important d'évaluer le taux de disponibilité des ressources à la suite de la modification. Advenant un taux de disponibilité élevé, ce calcul pourrait permettre l'intégration de services comme celui de la paramédecine communautaire³. Cette étape doit également prévoir une analyse portant sur la disponibilité de la main-d'œuvre, et ce, de manière à vérifier si la proposition peut être mise en place rapidement une fois une modification de la desserte adoptée. En considérant que les modifications peuvent avoir un impact sur le déploiement dynamique, les modifications au déploiement devront être démontrées afin de démontrer leur valeur ajoutée au service à la population.

2.1.3. Étape 3 – Les options de modification de la desserte ambulancière

Cette étape consiste à analyser l'impact des modifications désirées afin de sélectionner les options de transformation convenant le mieux aux besoins des usagers et à ceux de la population.

2.1.3.1. Modification d'un horaire de faction

Les options possibles :

Transformation complète vers un horaire à l'heure

Ce type de modification consiste en une transformation de l'horaire de faction en horaire à l'heure. Ce modèle prévoit une couverture à l'heure de 24 heures par jour, 7 jours par semaine.

Transformation partielle en horaire à l'heure

Ce type de modification consiste en une transformation de l'horaire de faction en un quart de travail à l'heure, d'une durée qui permet d'optimiser l'utilisation de la ressource ambulancière en fonction de la demande sur le territoire.

Transformation en horaire *CoreFlex*

L'horaire de type « *CoreFlex* » inclut typiquement les trois composantes suivantes :

1. Une portion d'horaire à l'heure où les TAP sont présents physiquement dans le véhicule ambulancier ou au point de service;
2. Une portion en horaire de faction;
3. Une portion en repos.

Cet horaire est souvent basé sur une disponibilité de sept jours consécutifs, suivie de sept jours de repos. D'autres modèles peuvent toutefois aussi être utilisés.

³ MSSS. (2023). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530/>

2.1.3.2. Ajout d'heures de service ou de quart de travail à l'heure

Les options possibles :

Ajout de ressources permanentes

L'ajout de ressources permanentes permet d'augmenter le nombre d'heures de service prévu dans le plan d'organisation d'une entreprise ambulancière.

Ajout de ressources saisonnières

Ce type d'ajout est basé sur les besoins découlant d'une situation imprévue (p. ex. : fermeture temporaire d'une salle d'urgence) ou d'une situation spécifique (p. ex. : augmentation de la population de la Gaspésie l'été). Il s'agit d'une mesure temporaire, qui doit être associée à une date de début et à une date de fin.

Ajout d'heures additionnelles en cohérence avec le contrat de service

Un ajout de ressources ponctuel permet de bonifier l'offre de services pour répondre à un surcroît de travail sporadique, récurrent ou non. Généralement, l'ajout se fait sous la forme d'un quart de travail à l'heure (p. ex. : lors du Festival Western de Saint-Tite).

Autres scénarios présentés par le CISSS/CIUSSS

Pour le moment, des considérations légales réduisent la possibilité de mettre en œuvre la paramédecine. Cependant, à partir du moment où cela sera possible, il sera obligatoire, pour favoriser l'optimisation de l'utilisation des ressources transformées, que le CISSS/CIUSSS intègre toujours la paramédecine dans sa demande.

En effet, cette dernière permettra d'améliorer l'exposition clinique des intervenants et d'utiliser les TAP pour maintenir des services de proximité à la population, à l'aide de services de paramédecine communautaire.

2.1.4. Étape 4 – L'analyse financière régionale

L'analyse financière du CISSS/CIUSSS a pour objectif d'intégrer des services préhospitaliers au sein de son offre de services générale. Elle pourrait également permettre au CISSS/CIUSSS de financer une partie des modifications demandées, en y intégrant des montants en provenance d'autres secteurs, comme le soutien à domicile (SAD) ou les services de première ligne, puisque l'offre de services préhospitaliers est parfois complémentaire à ces derniers. Dans son analyse financière, le CISSS/CIUSSS doit effectuer une demande conforme au processus indiqué à l'Annexe 2.

2.1.5. Étape 5 – La réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif

Dans le cadre de la transformation d'horaire de faction ou d'ajout de ressources saisonnières ou ponctuelles, la demande au MSSS peut être déposée une fois par année, soit entre le 1^{er} juin et le 1^{er} septembre de l'année en cours, et doit être jumelée à l'analyse annuelle de la mobilisation des ressources ambulancières, en cohérence avec le contrat de service.

Les demandes d'ajouts permanents d'heures de service, pour leur part, doivent être déposées officiellement aux trois ans, et ce, en cohérence avec la démarche présentée à l'Annexe 2 et le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence.

Les demandes sont analysées par le MSSS, puis soumises à un comité consultatif composé des acteurs du système préhospitalier, lequel aura la responsabilité d'analyser la recevabilité des différentes demandes soumises par les CISSS/CIUSSS, et au besoin, de proposer des solutions de rechange. Une fois que le comité a terminé l'analyse des différentes demandes, c'est au tour du MSSS de les prioriser. L'analyse doit prendre en compte la pénurie de la main-d'œuvre provinciale et proposer des scénarios en adéquation avec la disponibilité des ressources. D'autres partenaires, tels que les milieux d'enseignement ou les associations syndicales, pourront ensuite être sollicités pour contribuer à la planification des effectifs. La Direction médicale nationale (DMN), pour sa part, a le mandat d'analyser l'ajout de services cliniques (p. ex. : paramédecine communautaire) afin de favoriser une exposition clinique adéquate.

Par la suite, une demande de rehaussement de l'offre de services, incluant le financement correspondant, est envoyée au Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). L'intégration des modifications à l'offre de services est faite par le MSSS en fonction des autorisations et des crédits autorisés par le SCT.

2.1.6. Étape 6 – Le déploiement

Cette étape a pour objectif de mettre en place le déploiement du scénario retenu par le CISSS/CIUSSS et le MSSS, en fonction des autorisations accordées par le SCT. Les demandes retenues par le MSSS font d'abord l'objet d'un processus de priorisation. Une fois terminé, ce processus permet d'établir un plan de modification de la desserte ambulancière. Le plan de transformation spécifique aux horaires de faction, doit être présenté sur une période de trois ans. Ce plan sera par la suite rendu public en vue de générer de la prévisibilité pour les différents acteurs du milieu. Le déploiement associé à une demande d'ajout de ressources permanentes se fera en concordance avec les éléments présents dans l'Annexe 2 du présent cadre.

Advenant le cas où le SCT n'accorde pas la totalité des crédits demandés, une correspondance est envoyée aux CISSS/CIUSSS dont les modifications n'ont pas été retenues. Les CISSS/CIUSSS qui ont reçu un refus à leur demande de transformation des horaires de faction, doivent soumettre à nouveau leur dossier de rehaussement l'année suivante, en prenant soin de mettre à jour leurs analyses.

2.1.7. Étape 7 – L'évaluation en continu du modèle de déploiement

Cette étape a pour objectif d'évaluer en continu de nouvelles mesures mises en place, afin de s'assurer que celles-ci ont engendré les effets escomptés et que les résultats ont corrigé les problématiques identifiées au début du processus. Une analyse du temps de réponse par priorité d'appel, de l'exposition clinique des TAP, des modifications importantes du plan d'assurance qualité, entre autres, doit être déposée entre six mois et un an après le déploiement des mesures.

Annexe 1

Demande de transformation d'un horaire de faction

La demande de transformation d'un horaire de faction doit contenir les éléments suivants :

1. La description et la justification du besoin de modification de l'horaire de faction ainsi que les résultats attendus par celle-ci;
2. Les résultats détaillés de la collecte et de l'analyse des données;
3. La détermination des options de transformation retenues, ainsi que l'argumentaire soutenant cette décision;
4. La détermination et la gestion des enjeux sociopolitiques;
5. L'analyse de la main-d'œuvre disponible;
6. La planification de la gestion de la communication et du changement;
7. Le montage financier détaillé des coûts associés à cette transformation.

Annexe 2

Demande d'ajout de ressources ambulancières

Lorsqu'un CISSS/CIUSSS cible un problème qu'il estime être lié à un manque de ressources à l'heure, celui-ci doit entreprendre une analyse transversale lui permettant d'en déterminer les causes possibles, et mettre ensuite en œuvre des actions concrètes visant à corriger la situation (cible et procédures). Ces actions devraient être encadrées par un suivi d'une période pouvant s'échelonner sur 2 à 3 ans. Les mesures mises en place devraient permettre d'éliminer le problème ou d'en atténuer la portée. À la suite de ce processus, si la situation problématique persiste toujours, le CISSS/CIUSSS pourra déposer son projet d'ajout permanent de ressources à l'heure afin que celui-ci soit évalué dans le cadre de l'étape 5 – La réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif.

La demande d'ajout de ressources ambulancières doit être présentée lors du dépôt du projet de plan d'organisation des services, dans le cadre de l'élaboration du plan triennal d'organisation du service ambulancier. La demande doit contenir les informations suivantes :

1. La description et la justification du besoin d'ajout de ressources;
2. Les résultats détaillés de la collecte et de l'analyse des données des trois dernières années, incluant le taux d'utilisation clinique et les temps de réponse systémiques (P0, P1, P3);
3. Le rapport d'activités issu du plan d'action qui a été préalablement mis en place dans le but d'apporter des solutions pour optimiser l'efficacité des ressources en place;
4. La détermination des options d'ajout de ressources retenues ainsi que l'argumentaire associé à la démarche;
5. L'analyse de la main-d'œuvre disponible;
6. Le montage financier détaillé des coûts reliés à l'ajout de ressources.

Annexe 3

Objectif de temps moyen en occupation clinique

Le temps moyen en occupation clinique des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) est représenté par le ratio entre le temps moyen en affectation clinique (de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité) et le nombre d'heures de service autorisées.

Pour les horaires de faction, la cible de temps moyen en occupation clinique est de 8,93 minutes par heure, soit 25 heures par semaine, ou 14,88 % des heures de service autorisées.

Pour les horaires à l'heure, la cible de temps moyen en occupation clinique est de 30 minutes par heure, soit 50 % des heures de service autorisées.

L'autre portion des heures de service autorisées (horaire de faction : 85,12 %, et horaire à l'heure : 50 %) sert à assurer la disponibilité des ressources pouvant répondre à la prochaine demande de service.

La cible de temps d'occupation clinique fait l'objet d'une analyse de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); celle-ci pourrait donc changer dans les prochaines années.

Annexe 4

Débordement d'un horaire de faction

- **Règle des 16 heures :**

« Lorsqu'un technicien ambulancier paramédic travaillant sur un horaire de faction accumule plus de 12 heures de travail continu à l'intérieur de sa période de faction sans avoir pu bénéficier d'une période de 4 heures de repos consécutives, une période de repos de 8 heures doit être donnée au plus tard 4 heures après la douzième heure de travail, c'est-à-dire au plus tard à la 16^e heure de travail continu. » (CNESST, 2012)

- **Règle des 24 heures :**

« Lorsqu'un technicien ambulancier paramédic, travaillant sur un horaire de faction n'a pas pu bénéficier d'une période de repos de 8 heures consécutives durant les 24 dernières heures à l'intérieur de sa période de faction, une période de repos de 8 heures doit être donnée au plus tard à la 25^e heure. » (CNESST, 2012)

« On entend par "heures de repos", toute période durant laquelle les services du technicien ambulancier paramédic n'ont pas été requis pour procéder aux inspections quotidiennes exigées (inventaire, mécanique), pour nettoyer le véhicule ambulancier et les équipements, pour répondre à un appel ou à une affectation donnée par le centre de communication santé ou l'équivalent, ou pour donner suite à une demande de déplacement de la part de l'employeur. » (CNESST, 2012)

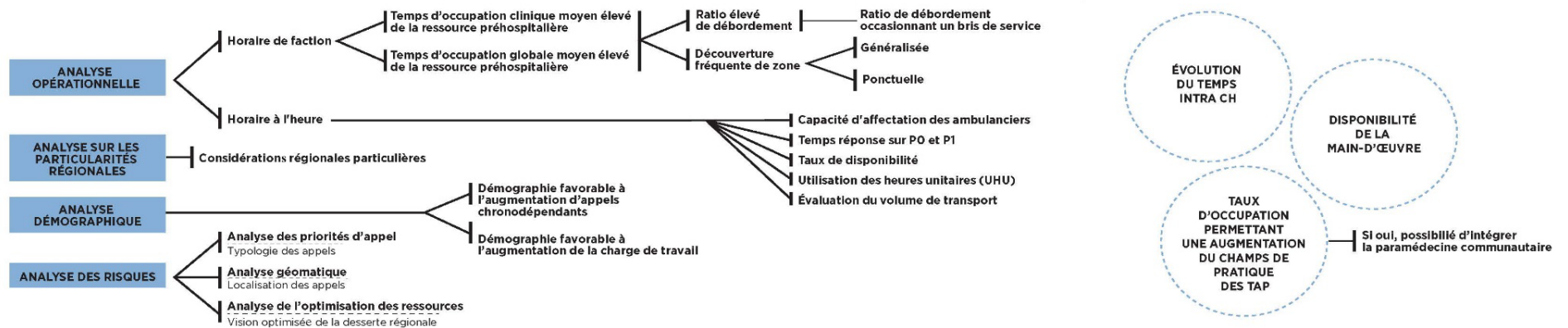
Annexe 5

ÉTAPE 1 LA MISE EN PLACE DU PROCESSUS D'ANALYSE



ÉTAPE 2 LA COLLECTE ET L'ANALYSE DES DONNÉES

ÉLÉMENTS À CONSIDÉRER LORS DE L'ÉLABORATION DES OPTIONS DE TRANSFORMATION DE L'HORAIRE

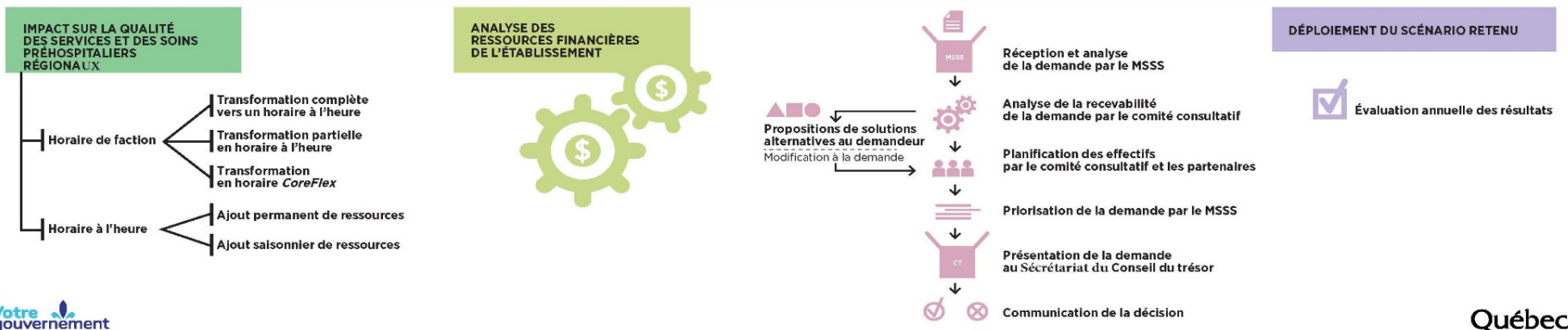


ÉTAPE 3 OPTION DE TRANSFORMATION DU OU DES HORAIRES

ÉTAPE 4 ANALYSE FINANCIÈRE RÉGIONALE

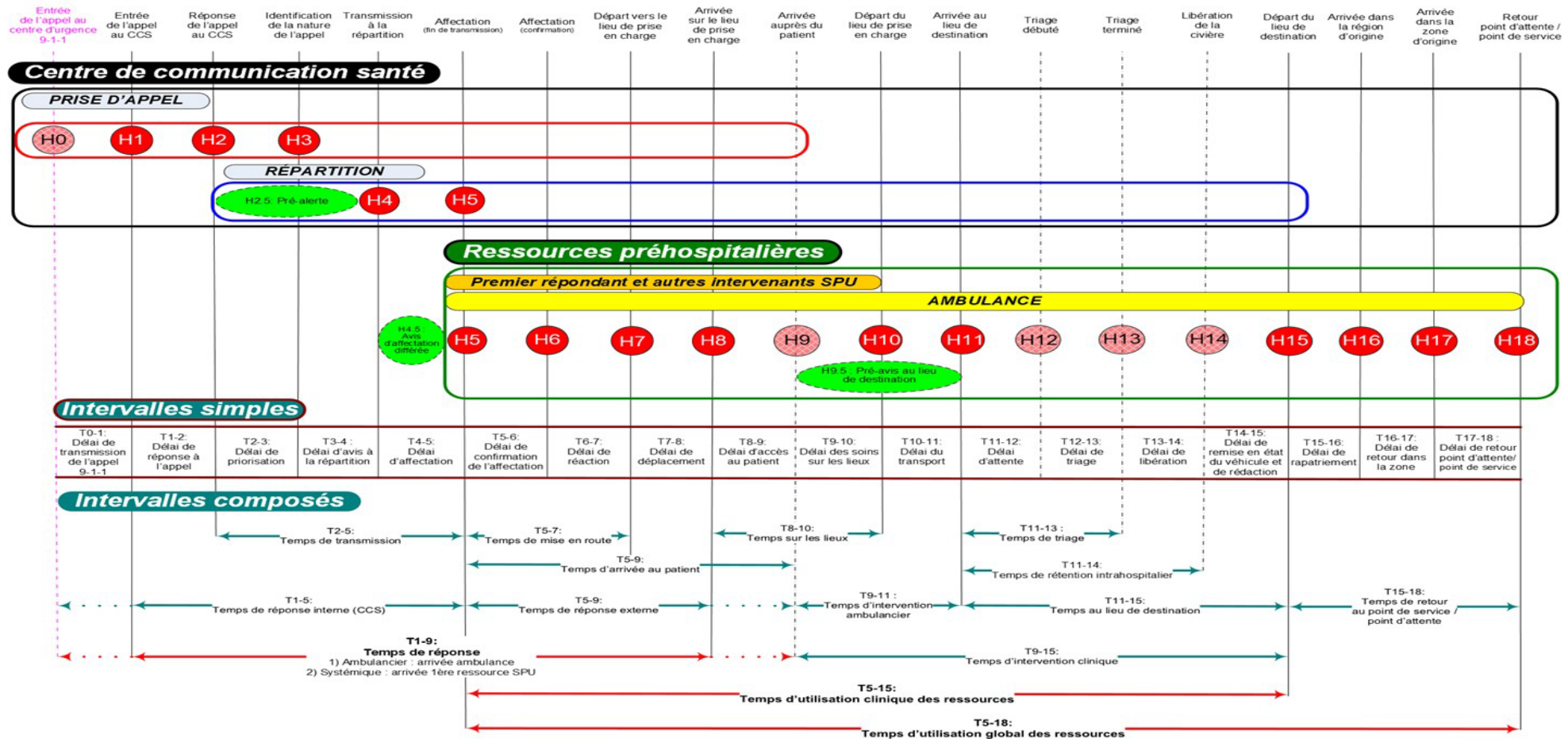
ÉTAPE 5 DÉPÔT DE LA DEMANDE AU MSSS

ÉTAPE 6 DÉPLOIEMENT



Annexe 6

CHRONOMÉTRIE CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE



Annexe 7

Ministère de la Santé
et des Services
sociaux

Québec 

Direction générale du personnel réseau et ministériel

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 décembre 2017

AUX REPRÉSENTANTS DES ASSOCIATIONS DE SALARIÉS REPRÉSENTANTS LES TECHNICIENS AMBULANCIERS

Madame,
Monsieur,

En suivi des discussions que nous avons eues le 29 novembre dernier, nous souhaitons confirmer certains éléments en lien avec les questions entourant l'organisation des services préhospitaliers au Québec.

Dans le cadre des responsabilités qui incombent au ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, ce dernier a annoncé au cours des dernières semaines plusieurs mesures afin d'améliorer la couverture des services ambulanciers au Québec. Ces annonces convergent également vers un objectif d'analyse de la performance de l'ensemble du secteur préhospitalier et permettra de mesurer et de comparer plusieurs éléments entre eux dans une perspective d'efficience.

Celles-ci se veulent objectives et concrètes pour l'ensemble des intervenants du secteur préhospitalier d'urgence. C'est en réponse aux demandes des intervenants de mettre en place des mesures formelles depuis de nombreuses années que le ministre introduit dorénavant des mesures structurantes pour le réseau des services préhospitaliers.

Il est essentiel de rappeler que ces mesures seront appliquées de façon uniforme annuellement et permettront à tous un chacun de bien comprendre leur application. Nous vous rappelons donc ces différentes mesures :

1. Dans les zones de couverture ambulancière où cohabitent des horaires de faction avec des horaires à l'heure, une transformation des horaires de faction sera effectuée dès que la zone atteint un volume de transports annuels de 3 000 transports et plus ;

... 2

Québec
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec(Québec) G1S 4N4
Téléphone: 418 266-5400
Télécopieur: 418 266-5406

2. Dans les zones où il n'y a que des horaires de faction et que le taux d'utilisation clinique¹ des ressources dépasse 100%, ce qui représente 25 heures par semaine d'occupation clinique pour les techniciens ambulanciers paramédics, il y aura réajustement de l'offre de service, soit par une transformation des horaires ou un ajout de ressources ;
3. Les horaires de faction dont le temps de transport des équipes de faction² dépasse annuellement une moyenne de 28 heures par semaine ;

Pour cette mesure, l'analyse effectuée se poursuivra dans les 3 prochains mois afin de vérifier les données pour l'ensemble des équipes de faction. Advenant que le seuil fixé est dépassé, il y aura transformation de ces horaires au cours de l'année 2018 ;
4. Les zones à horaires de faction seulement, qui présentent un taux d'utilisation clinique des ressources se situant entre 90 et 100 ou qui comptent entre 2500 et 3000 transports par année feront l'objet de surveillance annuelle, afin d'anticiper les réajustements au niveau de l'offre de service ;
5. Dans les zones exclusivement couvertes par des horaires à l'heure qui dépassent un taux d'occupation clinique de 90%, il y aura des ajouts d'heures de service et / ou des ajouts de véhicules.

Dans le cadre de l'application de ces différentes mesures, le ministre rendra disponible aux différents intervenants, l'ensemble des données en lien avec les zones de couvertures et les équipes de faction afin de suivre annuellement l'atteinte des seuils fixés, et ce, dans le but de suivre l'application des mesures énoncées précédemment. Ces données seront :

1. Le taux d'utilisation clinique par zone ;
2. Pour les horaires de faction :
 - Le nombre d'affectations ;
 - Le nombre de transports ;
 - Le nombre de transports annulés ;
 - Le temps moyen par transport ;
 - Le temps moyen par transport annulé ;
 - Le nombre de débordement, sous réserve des informations disponibles.

... 3

¹ Pour des fins illustratives : Calcul effectué du moment de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité

² Pour des fins illustratives : Calcul effectué du moment de l'affectation jusqu'au retour au point de service. Pour les transports annulés, on tient compte du temps moyen des transports annulés de l'équipe en question

Bibliographie

Loi sur les services préhospitalier d'urgence :

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2#:~:text=2002%2C%20c.,69.&text=1.,%C3%A9gard%20des%20personnes%20en%20d%C3%A9tresse>.

Law Insider. (s. d.). *Unit Hour Utilization (UHU) definition*.

<https://www.lawinsider.com/dictionary/unit-hour-utilization-uhu>

MSSS. (2023). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530/>

