



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Cadre de référence
Orientations ministérielles
sur la desserte préhospitalière
en zone rurale

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2022
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN : 978-2-550-92094-6 (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, 2022

Table des matières

1. Raison d'être du cadre.....	1
2. Mise en contexte.....	1
3. Objectif du cadre préliminaire	3
4. Entrée en vigueur du cadre préliminaire	3
5. Cadre préliminaire d'évaluation et de transformation des horaires de faction.....	3
5.1. Rôles et responsabilités des parties	3
5.2. Les étapes du processus	3
6. Les étapes et les composantes de l'évaluation	4
Étape 1 – la mise en place du processus d'analyse	4
Étape 2 – la collecte et l'analyse des données (Annexe 4)	4
Étape 3 – les options de conversion possibles.....	6
Étape 4 – l'analyse financière régionale	8
Étape 5 – la réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif	8
Étape 6 – le déploiement.....	8
Étape 7 – l'évaluation en continu du modèle de déploiement.....	9
Annexe 1.....	10
Annexe 2.....	11
Annexe 3.....	12
Annexe 4.....	13
Annexe 5.....	14
Annexe 6.....	15

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

DSPU : Direction des services préhospitaliers d'urgence

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. Raison d'être du cadre

Le cadre préliminaire a pour objectif de baliser le processus d'évaluation et d'analyse effectué par le centre intégré (universitaire) de santé et de services sociaux, lorsque ce dernier désire adresser une demande de transformation d'horaire de faction au ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce cadre sera intégré au cadre normatif à déposer dans les prochains mois.

Ce processus vise la clarification des rôles et des responsabilités des CISSS/CIUSSS relativement à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) sur leur territoire, afin de déterminer le modèle d'organisation des SPU qui sont offerts dans leur région, de même que les effectifs qui sont affectés à ces services. Cette organisation de services doit permettre une harmonisation entre les ressources ambulancières disponibles et l'écosystème régional.

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 travaillent sur des horaires de travail à l'heure; ils attendent ainsi les affectations à la caserne ou dans une ambulance postée à un point d'attente. Dans les milieux ruraux, les TAP œuvrent sur des horaires de faction en raison du volume de transports hebdomadaires parfois faible. Les TAP en service sur un horaire de faction sont 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 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 leur 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 horaires de faction ont été transformés en horaires de travail à l'heure. Les critères de conversion, qui ont été déterminés dans le cadre d'une correspondance du sous-ministre adjoint en 2017, M. Marco Thibault (Annexe 6), sont principalement basés sur l'atteinte de seuils, notamment celui du taux d'occupation clinique (de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité) et celui du taux d'occupation globale (de l'affectation au retour au point de service/point d'attente). Quoiqu'ils soient importants, ces indicateurs ne peuvent à eux seuls déterminer le besoin réel de convertir ou non un horaire de faction. 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, afin qu'elles soient en adéquation avec les besoins cliniques, opérationnels et démographiques d'un territoire ou d'une région. De plus, l'article 7 de la Loi des services préhospitaliers d'urgence (LSPU) 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; »

Pour ces raisons, la transformation d'un horaire de faction fera dorénavant l'objet d'une évaluation transversale effectuée par les CISSS/CIUSSS qui ont maintenant le rôle d'agence, comme établi par la LSPU.

- L'évaluation est appuyée sur des réalités cliniques, opérationnelles et démographiques observables et quantifiables, propres à la région;
- L'évaluation transversale modifie certains critères de transformation utilisés ces dernières années.

Cette façon de faire a pour objectif d'inscrire la transformation de l'horaire de faction dans une perspective régionale d'optimisation et d'amélioration globale des SPU. L'analyse qui en découle vise aussi à assurer que la transformation complète d'un horaire de faction vers un horaire à l'heure soit en cohérence avec l'évolution de la profession, et qu'elle soit réellement la meilleure option pour les citoyens, autant pour la patientèle que pour le contribuable.

3. Objectif du cadre préliminaire

Le présent cadre dicte les orientations ministérielles concernant la transformation des horaires de faction. Il guide les CISSS/CIUSSS dans une évaluation transversale de leur desserte préhospitalière, 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 une analyse des besoins à l'égard des soins préhospitaliers d'urgence au niveau régional. La conversion d'un horaire de faction doit avoir pour objectif de :

- Maintenir une offre de services préhospitaliers de qualité sur le plan local et régional;
- Favoriser l'optimisation des SPU afin qu'ils soient en adéquation avec les besoins du milieu et des usagers;
- Favoriser une utilisation optimale des TAP;
- Favoriser l'intégration des SPU à l'offre globale de services des CISSS/CIUSSS.

4. Entrée en vigueur du cadre préliminaire

Le cadre préliminaire entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2022.

5. Cadre préliminaire d'évaluation et de transformation des horaires de faction

5.1. Rôles et responsabilités des parties

Le cadre préliminaire est composé de sept étapes. Les étapes 1, 2, 3, 4, 6 et 7 seront suivies par le CISSS/CIUSSS, qui devra mettre à contribution, dans sa démarche, le centre de communication santé (CCS) qui dessert sa région, ainsi que les entreprises ambulancières.

L'étape 5 relève du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

5.2. Les étapes du processus

Étape 1 : la mise en place du processus d'analyse;

Étape 2 : la collecte et l'analyse des données;

Étape 3 : les options de conversion possibles;

Étape 4 : l'analyse financière régionale;

Étape 5 : la réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif;

Étape 6 : le déploiement;

Étape 7 : l'évaluation en continu du modèle de déploiement.

6. Les étapes et les composantes de l'évaluation

Étape 1 – la mise en place du processus d'analyse

La mise en place du processus d'analyse s'effectue lorsque des enjeux de couverture ambulancière sont observés par le CISSS/CIUSSS ou lorsque celui-ci désire effectuer une analyse visant l'amélioration des services en place. À la suite de ses observations, le CISSS/CIUSSS peut commencer une évaluation transversale.

Étape 2 – la collecte et l'analyse des données (Annexe 4)

Cette étape est constituée de plusieurs éléments qui faciliteront la mise en place d'un processus de transformation durable répondant aux besoins régionaux :

- L'analyse opérationnelle des temps d'occupation ainsi que l'analyse des causes de découverte (débordement d'horaires de faction, bris de service, etc.);
- 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.

En considérant l'organisation de services régionaux, le premier volet de l'étape 2 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 au lieu de destination (p. ex. : centre hospitalier). Celui-ci est composé des temps suivants : triage, délai de libération de la civière, complétion des rapports et désinfection du véhicule (voir le schéma à l'Annexe 5).

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'avoir une analyse efficace des données, il est important de considérer différents éléments comme le temps passé au lieu de destination expliqué au paragraphe précédent, ainsi que le temps de retour au point de service/point d'attente/caserne (voir le schéma à l'Annexe 5). 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 : 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?

À cette analyse, on doit ajouter le ratio de débordement occasionnant un bris de service. 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 les causes possibles de la découverte.

Exemple :

- 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?

Il importe, par la suite, de déterminer le taux d'occupation de la ressource préhospitalière, à la suite d'une transformation d'horaire de travail en horaire à l'heure. Les directives ministérielles prévoient qu'une ressource ambulancière travaillant à l'heure doit être en activité clinique pendant au moins 50 % de son temps de disponibilité. Advenant un taux d'activité inférieur au seuil recommandé, les instances régionales doivent intégrer la ressource à d'autres activités cliniques, comme la paramédecine communautaire, entre autres. Cette étape doit également prévoir une analyse de la disponibilité de la main-d'œuvre, qui confirme que la proposition peut être mise en place rapidement advenant une transformation de l'horaire. Il importe de valider la possibilité d'intégrer le nouvel horaire dans un déploiement dynamique.

Cette étape doit aussi comporter une analyse démographique visant à déterminer l'augmentation potentielle des appels chronodépendants et tout autre élément pertinent, comme la présence d'éléments pouvant favoriser l'utilisation 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.

À ce processus de collecte de données s'ajoute une analyse des risques. Celle-ci vise l'analyse des priorités d'appels réalisée par le CCS, afin d'identifier la typologie des demandes de service. Pour ce faire, il importe d'effectuer une analyse géomatique, qui vise à déterminer la localisation des demandes de service, ce qui pourrait révéler l'emplacement idéal d'une éventuelle caserne ou des 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. Celle-ci vise à déterminer si les ressources disponibles sont utilisées à leur plein potentiel et si elles sont 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.

Enfin, l'ensemble de la démarche doit s'appuyer autant sur des données quantitatives que qualitatives, notamment en ce qui concerne les particularités propres à la région, qui peuvent avoir un impact sur la desserte ou la disponibilité des véhicules. Par exemple, l'interdépendance entre les différentes ressources ambulancières, les corridors de service, le taux d'occupation des urgences, les conditions météorologiques ou encore, l'état des routes.

Étape 3 – les options de conversion possibles

Cette étape consiste à analyser l'impact des options de transformation sur la qualité des soins et des services préhospitaliers d'urgence.

- **Transformation d'horaire**

- 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 en fonction de la demande sur le territoire.

Transformation en horaire Core-Flex

L'horaire de type « Core-Flex » inclut typiquement les trois composantes suivantes :

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

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

- **Ajout de ressources**

Ajout de ressources permanentes

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

Ajout de ressources saisonnières

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

Ajout d'heures de service 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 la paramédecine en œuvre. 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 travers de la paramédecine communautaire.

Étape 4 – l'analyse financière régionale

L'analyse financière de l'établissement a pour objectif d'intégrer des services préhospitaliers au sein de l'offre de services générale du CISSS/CIUSSS. L'analyse financière pourrait permettre au CISSS/CIUSSS de financer une partie de la transformation de l'horaire de faction, en y intégrant des montants en provenance d'autres secteurs, tels le soutien à domicile (SAD) ou les services de première ligne; l'offre de services préhospitaliers pouvant être parfois complémentaire à ceux-ci. Dans son analyse financière, le CISSS/CIUSSS doit effectuer une demande conforme au processus indiqué à l'Annexe 1.

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

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 l'utilisation des ressources ambulancières.

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 l'analyse menée par le comité, complétée, le MSSS priorise les différentes demandes. La pénurie de la main-d'œuvre provinciale étant également à prendre en compte lors de l'analyse, les scénarios proposés doivent donc être en adéquation avec la disponibilité des ressources. D'autres partenaires, tels que les milieux d'enseignement ou les associations syndicales, pourront alors 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.

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 reçues du 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 transformation des horaires de faction sur une période de trois ans, plan qui est par la suite rendu public en vue de générer de la prévisibilité pour les différents acteurs du milieu.

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 doivent alors soumettre à nouveau leur dossier de rehaussement l'année suivante, en prenant soin de faire la mise à jour de leurs analyses.

Étape 7 – l'évaluation en continu du modèle de déploiement

Cette étape a pour objectif l'évaluation en continu des 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 conversion de l'horaire de faction ainsi que les résultats attendus par cette conversion;
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. Une analyse de la main-d'œuvre disponible;
6. La gestion de la communication et du changement;
7. Un montage financier détaillé des coûts associés à cette transformation.

Le processus de demande doit être élaboré en respectant les grandes lignes du *Guide d'élaboration du dossier d'affaires du secrétariat du trésor*¹.

¹ https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/faire_affaire_avec_etat/grand_projet_infrastructure/Guide_elaboration_dossier_affaire_final_date.pdf

Annexe 2

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 (faction : 85,12 % et 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 3

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).

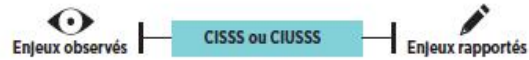
- **Règle des 24 heures :**

« 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).

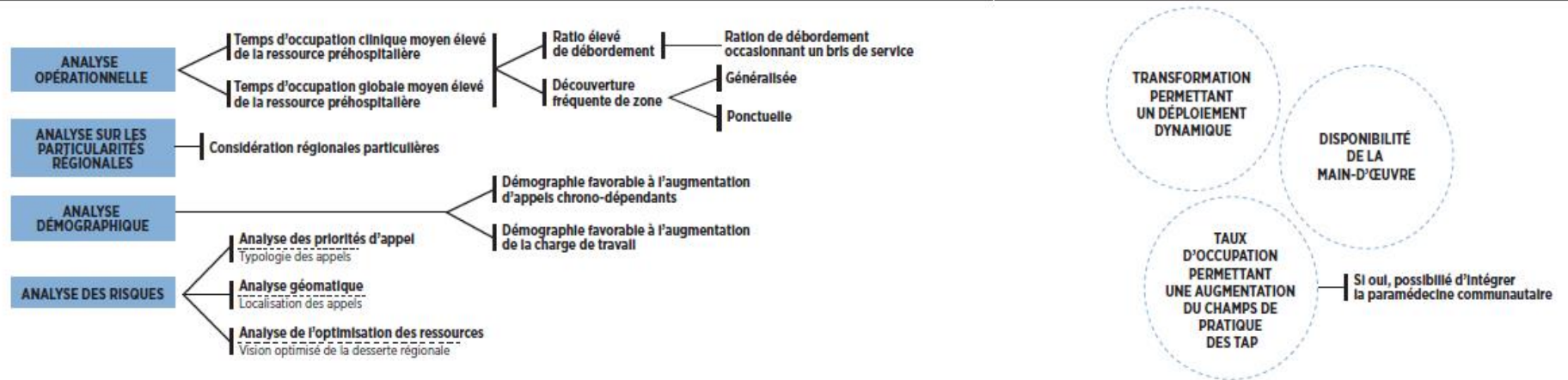
Annexe 4

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

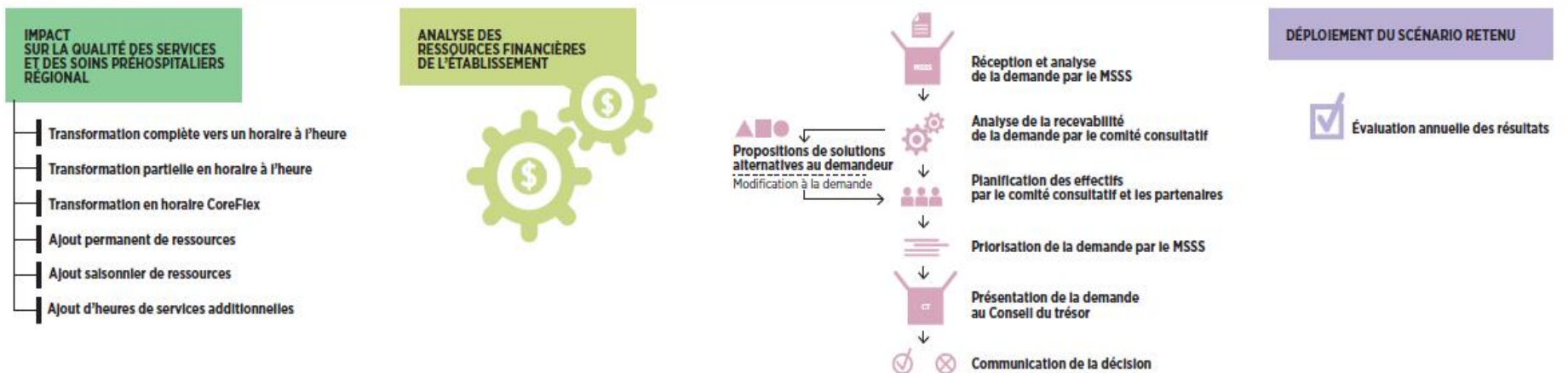


ÉTAPE 3 OPTION DE TRANSFORMATION DU OU DES HORAIRES

ÉTAPE 4 ANALYSE FINANCIÈRE RÉGIONALE

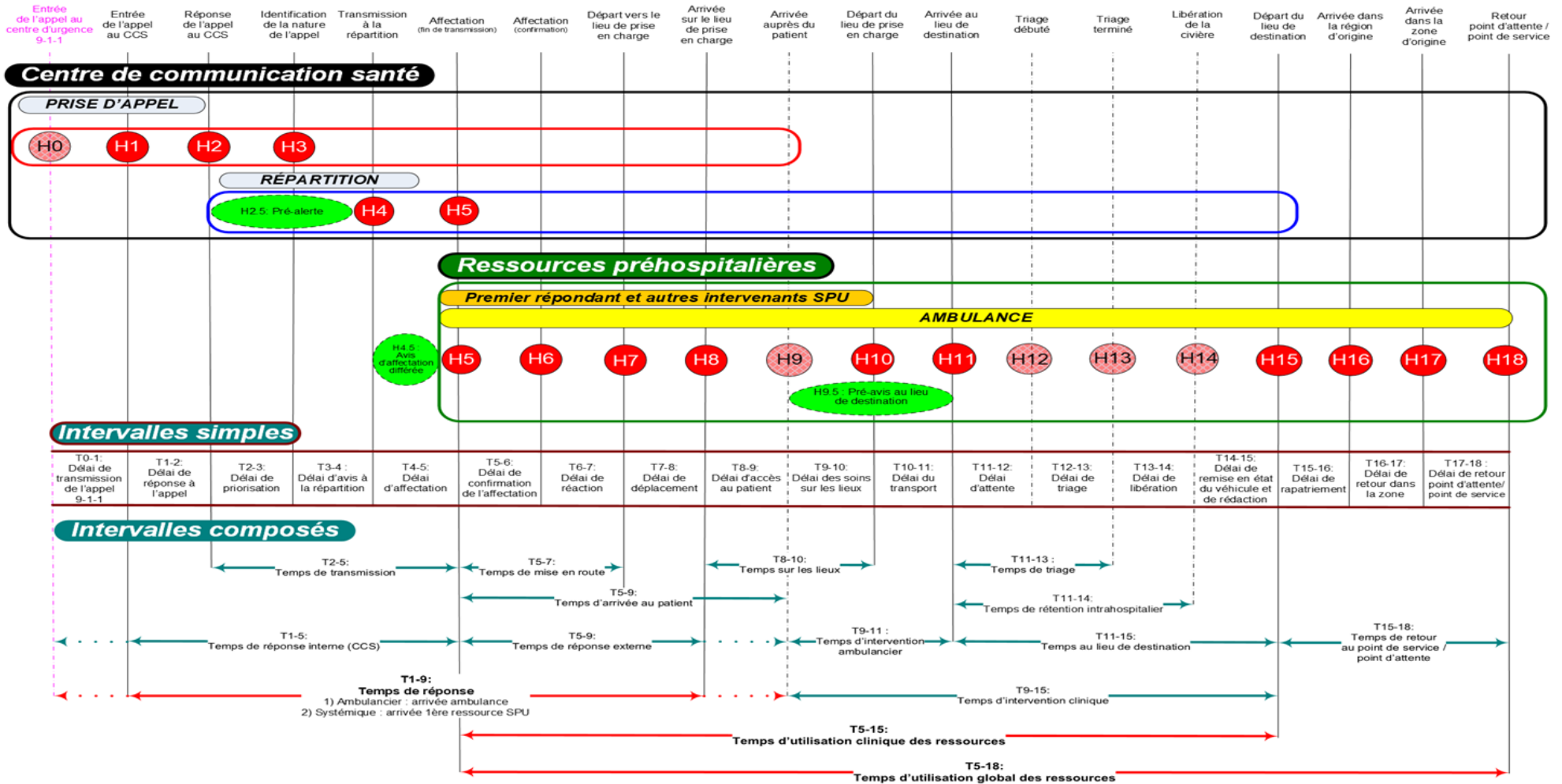
ÉTAPE 5 DÉPÔT DE LA DEMANDE AU MSSS

ÉTAPE 6 DÉPLOIEMENT




Annexe 5

CHRONOMÉTRIE CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE



Annexe 6

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) G1S4N4
Téléphone: 418 266-8400
Télécopieur: 418 266-8406

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



22-929-08W