

Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et la Corporation d'urgences-santé

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 est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-95423-1 (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

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	1
Introduction	2
Raison d'être du cadre	2
Mise en contexte	2
Objectif du cadre	3
Rôles et responsabilités des acteurs	3
Le cycle de gestion des SPU	4
La phase d'analyse	4
La phase de planification	5
La phase de validation	5
La phase d'exécution	6
La phase d'évaluation	6
Les différentes étapes de l'élaboration du plan triennal d'organisation des services	6
Étape 1 – Portrait régional de l'organisation des SPU	7
Étape 2 – Collecte et analyse des données pour chacun des services	7
Étape 3 – Élaboration du plan d'action	7
Étape 4 – Approbation du plan par le MSSS	7
Étape 5 – Mise en place des actions	7
Étape 6 – Mesure des résultats	7
Précisions relatives à l'élaboration des plans triennaux de l'organisation des services ambulanciers et des CCS	8
Accès aux services ambulanciers – Couverture ambulancière régionale	8
Uniformisation des données	9
Cycle annuel de gestion de l'offre de service ambulancier (ou cycle annuel de couverture ambulancière)	9
Cycle triennal de gestion de l'offre de service ambulancier (ou cycle triennal de couverture ambulancière)	11
Plan régional de mesures d'exception pour les SPU	12
Accès à un centre de communication santé (CCS)	12
Cycle annuel de gestion de l'offre des services du CCS	12
Cycle triennal de l'organisation du CCS	13
Accès à un service de premiers répondants (PR)	14
Cycle triennal de l'organisation du service de premiers répondants (PR)	15
Programmes préhospitaliers pour la population et le réseau scolaire	15

Mise en œuvre du présent cadre normatif.....15

Liste des sigles et acronymes

CCS	centre de communication santé
CH	centre hospitalier
CI	centre intégré
CISSS	centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
LSPU	Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
SPU	service préhospitalier d'urgence
PR	premier répondant
SISPUQ	système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
TUC	taux d'utilisation clinique
Urgences-santé	Corporation d'urgences-santé

Introduction

Entamé depuis plusieurs années, le processus de décentralisation du système de santé permet aux centres intégrés (CI) et à la Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé) de bénéficier d'une meilleure autonomie. Pour soutenir cette démarche, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (LSPU) définit les rôles et les responsabilités de chacune des parties prenantes associées à ces services. Ainsi, la planification et l'organisation des services préhospitaliers d'urgence (SPU) reviennent aux régions, alors que le choix des grandes orientations et la répartition des ressources reviennent au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

Ce cadre normatif vise à soutenir les CI et Urgences-santé sur le plan de l'organisation des SPU dans leur région. Cette démarche est d'autant plus importante puisque l'évolution de l'utilisation des SPU conduira à de nombreux ajustements dans les années à venir.

Le présent cadre doit être lu en complémentarité des orientations, des cadres normatifs, des directives et des procédures ministérielles relatives aux services préhospitaliers d'urgence. Ce cadre s'applique également dans le contexte du contrat de services ambulanciers et de l'entente de gestion et d'imputabilité conclus avec les centres de communications santé (CCS) en vigueur.

Raison d'être du cadre

- 1) Répondre aux exigences de la LSPU, plus particulièrement les suivantes :

Article 3.6 : le ministère de la Santé et des Services sociaux, qui a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des SPU, a plus particulièrement celle de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et informationnelles entre les régions et Urgences-santé, et de s'assurer que ces dernières sont utilisées de manière efficace et efficiente.

Article 7.1 : Les CI et Urgences-santé, en conformité avec les orientations, les priorités et les objectifs ministériels, et en tenant compte de leurs particularités régionales, doivent élaborer un plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence et y établir leurs 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 de services d'urgence. Il est à noter que les CI ou Urgences-santé peuvent, selon l'orientation retenue dans leur plan, intégrer des programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire.

- 2) Améliorer l'autonomie régionale en matière de SPU en favorisant la planification et la gestion des services, tout en tenant compte des réalités et des particularités territoriales.

Mise en contexte

Le plan triennal d'organisation des SPU (ci-après nommé « Plan ») est un outil qui permet aux CI et à Urgences-santé de planifier l'organisation des SPU afin d'offrir des services de qualité qui correspondent aux besoins actuels et futurs de la population, selon les particularités et les enjeux régionaux, et ce, dans le respect des orientations ministérielles et des objectifs de performance à atteindre. Plus spécifiquement, les SPU à offrir à la population sont les suivants :

- Accès à un centre 9-1-1;
- Accès à un CCS;
- Accès à des services de premiers répondants (PR);
- Accès à des services ambulanciers;
- Accès aux urgences des centres hospitaliers (CH) de la région desservie par le CI;
- Offre de programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire, le cas échéant.

L'élaboration de ce cadre normatif s'inscrit dans un vaste mouvement vers une décentralisation, au profit des régions sociosanitaires et des communautés locales, celles-ci étant les mieux placées pour voir à ce que la prestation de services corresponde bien aux besoins de la population.

Objectif du cadre

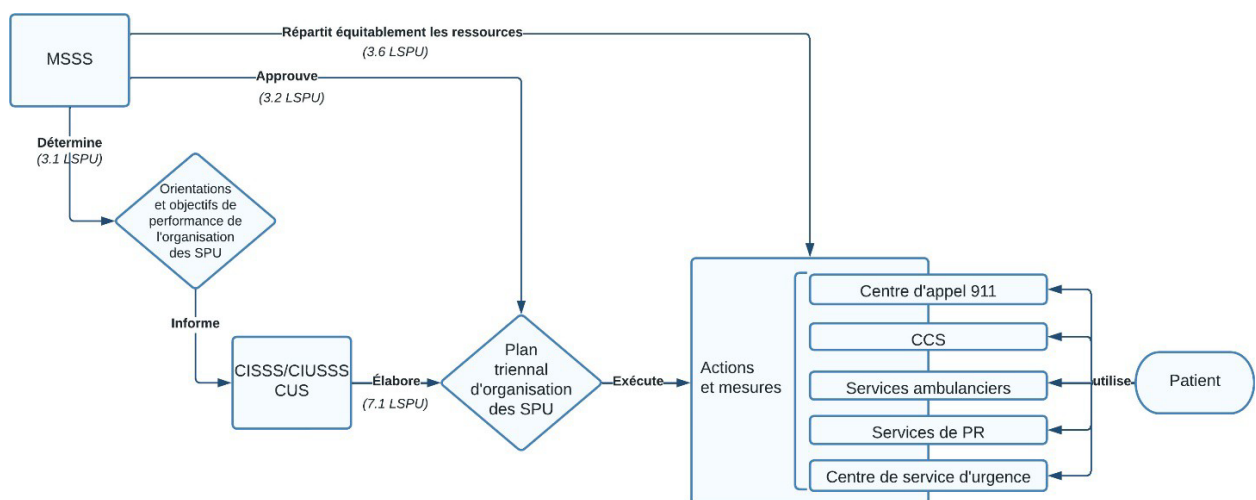
- Permettre au MSSS de transmettre les orientations ministérielles et les objectifs de performance à atteindre au cours du prochain Plan;
- Mieux outiller les régions dans leur processus d'analyse et de planification des SPU offerts à la population;
- Soutenir les CI et Urgences-santé dans l'élaboration de leur Plan, par la mise en place d'un cycle de gestion uniformisé des SPU;
- Permettre au MSSS d'avoir une vision à court et moyen terme des besoins des régions en matière de ressources humaines, matérielles et financières;
- Uniformiser les outils de gestion des SPU.

Rôles et responsabilités des acteurs

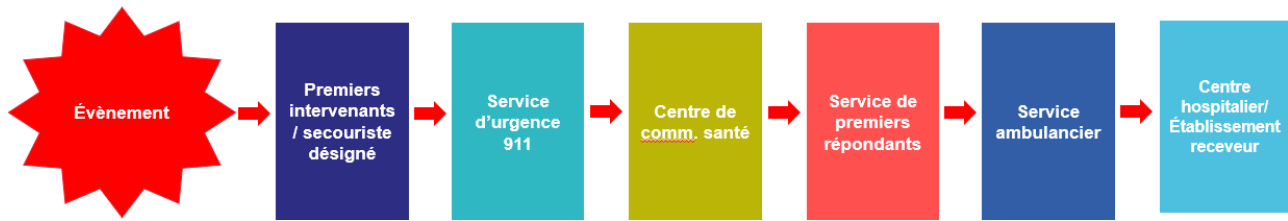
Le MSSS doit fournir les orientations ministérielles et les objectifs de performance à atteindre au cours du prochain Plan.

Les CI ont la responsabilité d'élaborer et de mettre en œuvre le Plan des SPU.

Le MSSS doit approuver le Plan et fournir les ressources qu'il juge nécessaires pour assurer une prestation de services équitable et efficiente.



Lors de la planification triennale de l'organisation des SPU, tous les CI et Urgences-santé doivent organiser leurs services respectifs, et ce, de manière à ce que ceux-ci puissent interagir entre eux, permettant ainsi d'assurer une couverture préhospitalière au sein de laquelle chaque maillon assume pleinement son rôle avec efficacité et efficience.



Chaîne préhospitalière d'urgence

Le cycle de gestion des SPU

Le cycle de gestion des SPU se divise en différentes phases que doivent suivre le CI ou Urgences-santé dans le cadre de la réalisation de leur Plan. Ce cycle est d'une durée de trois ans.



Cycle de gestion des SPU

La phase d'analyse

La phase d'analyse est un processus de diagnostic qui favorise la compréhension de la performance des services et qui permet de faire ressortir les éléments qui fonctionnent bien ainsi que les situations problématiques.

Cette phase précède la planification à court et moyen terme, qui permet d'évaluer l'environnement dans lequel sont déployés les SPU, et de favoriser, en conséquence, une meilleure adaptation aux changements qui y surviennent en les anticipant.

Les étapes de l'analyse sont les suivantes :

- a) Recevoir les orientations ministérielles et les objectifs de performance globaux pour le milieu préhospitalier, ainsi que ceux qui sont spécifiques à la région, si applicable, et ce, pour la période couverte par le Plan;

- b) Planifier le processus d'évaluation en déterminant les informations qui sont pertinentes ainsi que la méthode de collecte de données à utiliser;
- c) Procéder à la collecte et à l'analyse de l'information en évaluant la performance des services, tout en s'appuyant sur des critères de performance. Ces indicateurs doivent s'exprimer en nombre (volume, coût, durée), en pourcentage, ou sous la forme de ratio, de manière à ce que la mesure du résultat soit considérée comme étant la plus objective que possible.

L'**analyse** doit comporter des objectifs qui expriment l'engagement du CI ou d'Urgences-santé ainsi que les objectifs à atteindre concernant l'accessibilité des SPU. La méthode préconisée pour l'évaluation des objectifs est la méthode SMART, qui consiste à définir des objectifs et des indicateurs qui sont spécifiques (S), mesurables (M), acceptables (A), réalistes (R), et temporellement définis (T). Ce principe permet d'atteindre des objectifs dans les délais impartis sans pour autant altérer la qualité des résultats attendus.

Les **objectifs** doivent être cohérents avec les orientations et les objectifs de performance ministériels.

Les **indicateurs**, qui sont basés sur des critères objectifs, doivent permettre de suivre la progression des mesures mises en place pour atteindre les objectifs fixés.

Les **cibles**, qui expriment le niveau souhaité pour les indicateurs choisis, doivent présenter une amélioration, un changement ou une variation par rapport à la mesure initiale prise lors de la phase d'analyse.

- d) Mettre en place un processus de réflexion sur la planification en formant des ateliers qui permettront de formuler les orientations souhaitées à court et moyen termes pour chacun des services visés.

La phase d'analyse concernant les services ambulanciers et les CCS est incluse dans le cycle triennal de gestion de l'offre de service de ces derniers.

La phase de planification

C'est durant la phase de planification que les CI et Urgences-santé élaborent les différents plans d'organisation pour chacun des services préhospitaliers. Ces projets de plans, qui couvrent une période de trois ans, doivent prendre en compte les éléments suivants :

- a) L'évaluation à court et moyen terme des besoins spécifiques de la population en matière de SPU. À cette étape, il est important de préciser les enjeux régionaux.
- b) Le bilan ou le rapport d'analyse de l'évaluation des besoins (faite à l'étape a), qui aborde les différentes actions entreprises durant les trois années précédentes.
- c) Les orientations et objectifs de performance déposés par le MSSS pour les trois prochaines années.

La phase de validation

Afin de se conformer aux dispositions de l'article 3.2 de la LSPU, les plans triennaux d'organisation des SPU doivent être approuvés par le MSSS. Celui-ci doit notamment s'assurer que les mesures prévues aux plans cadrent avec les orientations et la planification stratégique ministérielles. Le MSSS doit également s'assurer que l'organisation des SPU est en adéquation avec les ressources disponibles.

La phase d'exécution

Lorsque le plan du CI ou d'Urgences-santé a été approuvé par le MSSS, des mesures et des actions peuvent être mises en place.

La phase d'exécution concernant les services ambulanciers est incluse dans le cycle annuel de gestion de l'offre service de ces derniers.

La phase d'évaluation

Cette phase permet d'évaluer à la fois la réalisation des actions et les problèmes rencontrés. C'est à cette étape que les plans d'organisation des services peuvent être ajustés en fonction des résultats, des retards ou des erreurs commises. Elle permet également de vérifier que les résultats atteignent les objectifs fixés. La phase d'évaluation se déroule durant les trois années de réalisation du Plan.

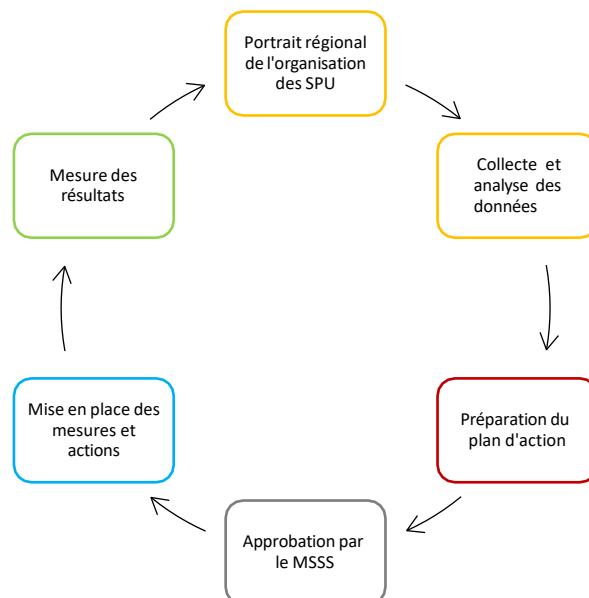
Les différentes étapes de l'élaboration du plan triennal d'organisation des services

Le plan triennal d'organisation des services regroupe l'ensemble de la planification élaborée pour chacun des services préhospitaliers. Le CI ou Urgences-santé ont pour mandat d'assurer l'accessibilité de ce plan à la population desservie. Les projets de plans d'organisation des services préhospitaliers qui sont déposés au MSSS doivent présenter l'ensemble des besoins en ressources humaines, matérielles et informationnelles pour chacun des services afin de pouvoir répondre aux besoins de la population.

Cette planification permet aux CI et à Urgences-santé de planifier les activités qui se tiendront au bon moment et qui seront réalisées par les bonnes ressources. Ces plans d'organisation permettent au MSSS de répondre aux exigences de l'article 3 de la LSPU, plus particulièrement en ce qui a trait à la répartition des ressources financières ou encore à l'établissement des règles d'évaluation des résultats ou de politiques relatives au développement et à la formation de la main-d'œuvre.

Le plan triennal d'organisation des services précise les actions et les mesures qui seront mises en place sur une période de trois ans sur le plan des différents SPU.

Les étapes d'élaboration du plan triennal d'organisation des SPU sont les suivantes :



Étape 1 – Portrait régional de l'organisation des SPU

Objectif : Dresser un état de la situation actuelle des services et de la région sociosanitaire.

1. Préciser la composition des services et la localisation géographique ou sa répartition, le cas échéant;
2. Présenter les particularités régionales :
 - a. Données démographiques;
 - b. Informations géographiques;
 - c. Contexte socioculturel.

Étape 2 – Collecte et analyse des données pour chacun des services

Objectif : Relever les points forts et les zones d'amélioration de chaque service.

1. Établir des critères d'évaluation spécifiques pour chaque service;
Choisir des indicateurs de performance spécifiques à chaque service, en prenant en considération à la fois les objectifs de performance émis par le MSSS et les particularités régionales.
2. Collecter les données pour chaque service.

Étape 3 – Élaboration du plan d'action

Objectif : Spécifier les mesures et les actions à mettre en place pour la période couverte par le plan afin d'atteindre les objectifs fixés.

1. Définir les objectifs pour chaque service;
2. Établir les mesures ou les actions à mettre en place;
3. Présenter les échéanciers pour chaque objectif à atteindre;
4. Faire l'évaluation budgétaire des besoins en ressources additionnelles pour appliquer les mesures ou entreprendre les actions;
5. Définir les indicateurs de performance pour chaque objectif;
6. Déterminer les valeurs cibles pour ces indicateurs.

Étape 4 – Approbation du plan par le MSSS

Objectif : S'assurer que le plan est en adéquation avec les orientations ministérielles et qu'il peut évoluer en respectant des balises, notamment financières, préalablement définies.

1. Présenter le plan au MSSS pour approbation.

Étape 5 – Mise en place des actions

Objectif : Apporter des correctifs et des solutions pour optimiser les ressources disponibles, en les adaptant à l'évolution des besoins de la population.

Étape 6 – Mesure des résultats

Objectif : S'assurer que les mesures et les actions mises en place répondent aux attentes prévues au plan, appliquer les corrections appropriées, le cas échéant, et soutenir le principe d'amélioration continue.

1. Assurer le suivi des mesures et des actions mises en place;
2. Évaluer les résultats obtenus;
3. Justifier d'éventuels écarts entre les résultats et les attentes.

Précisions relatives à l'élaboration des plans triennaux de l'organisation des services ambulanciers et des CCS

Accès aux services ambulanciers : ouverture ambulancière régionale

Le Québec est divisé par zones ambulancières, ce qui permet une organisation des services optimale pour la population. L'objectif des plans triennaux vise à assurer que la couverture ambulancière correspond à la demande moyenne de la population, et ce, dans une vision systémique du milieu préhospitalier, incluant l'intervention des premiers intervenants et celle des premiers répondants relevant d'appels chronodépendants. Le profil de la couverture ambulancière peut être différent pour une même taille de population, selon la composition des populations en question. De plus, une analyse exhaustive doit être effectuée en tenant compte des particularités des types d'horaires suivants :

1. Les horaires de faction :

- **Le temps moyen d'occupation clinique d'une ressource**, qui se calcule à partir du moment de la confirmation de l'affectation par le TAP jusqu'à sa remise en disponibilité.
- **Le temps moyen d'occupation globale d'une ressource préhospitalière**, qui s'applique particulièrement aux horaires de faction. Celui-ci 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. Une fois les données analysées, un processus d'optimisation des délais devrait être considéré, le cas échéant.
- **Le ratio de débordement**, qui se calcule à partir du nombre d'heures de débordement multiplié par cent, divisé par le nombre d'heures totales de service autorisées par le MSSS.

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

2. Les horaires à l'heure :

- **La capacité d'affectation des ambulances** correspond à la capacité du CCS d'affecter des ressources ambulancières aux appels chronodépendants (P0, P1), et ce, peu importe le point d'origine de la ressource (relève) et le délai d'intervention. 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 de réponse** correspond au délai entre le traitement de l'appel et l'arrivée de la ressource ambulancière sur les lieux 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 en utilisant le 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'utilisation des heures unitaires** (*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). 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 en fonction de l'offre¹.

- **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).

Uniformisation des données

Afin d'obtenir une base de comparaison similaire pour toutes les régions, les analyses doivent être produites à partir du système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ).

De plus, le MSSS publie sur son [tableau de bord préhospitalier](#) une liste non exhaustive des données régionales permettant aux CI et à Urgences-santé de compléter leur analyse.

Cycle annuel de gestion de l'offre de service ambulancier (ou cycle annuel de couverture ambulancière)

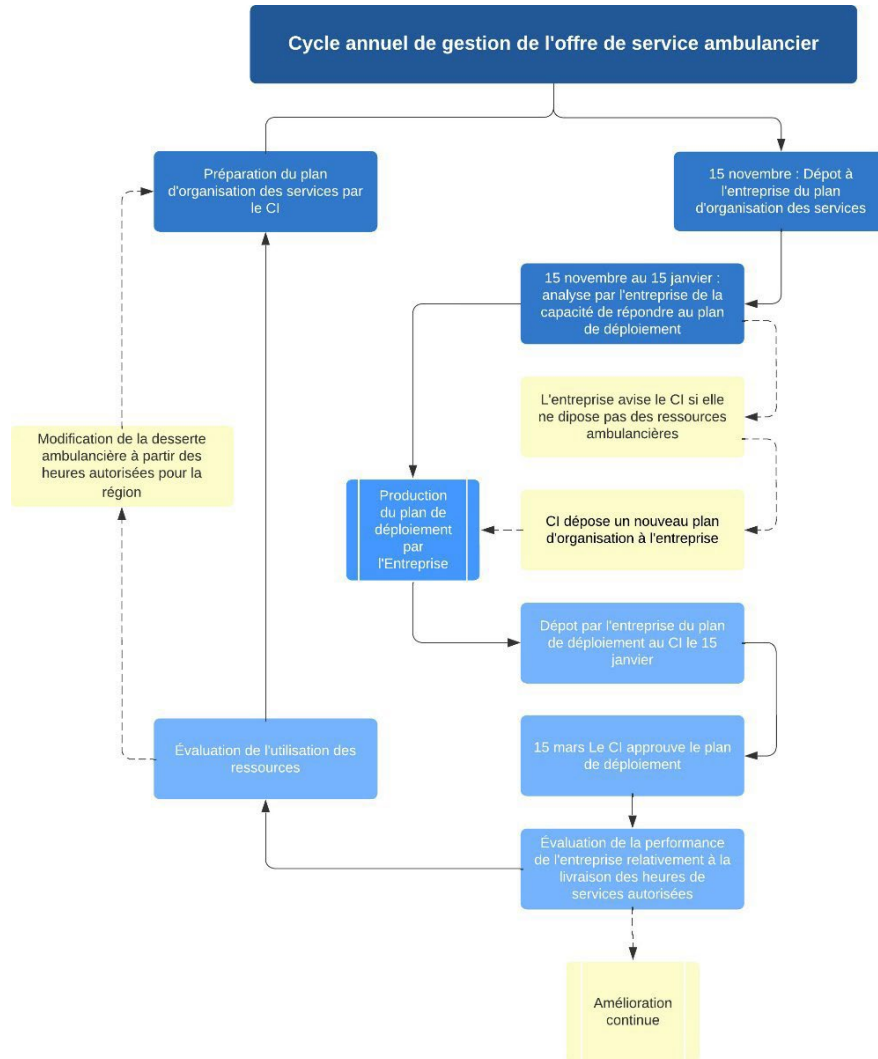
Le contrat de service ambulancier prévoit des obligations pour les titulaires de permis et pour les CI concernant :

- **Le plan d'organisation des services**, établi par le CI, qui précise notamment, le nombre annuel d'heures de service autorisées, le mode de déploiement des ressources et le type d'horaire par zone ambulancière;
- **Le plan de déploiement**, établi par l'entreprise ambulancière, qui précise la planification quotidienne des ressources ambulancières en détail, afin de se conformer au plan d'organisation des services par zone ambulancière.

Le cycle annuel de gestion de l'offre de service ambulancier est un processus qui implique le CI et les entreprises ambulancières appartenant au même territoire, et qui s'opère dans le SISPUQ. Pour Urgences-santé, il s'agit plutôt d'un processus interne, qui est également géré dans le SISPUQ. Le MSSS, pour sa part, a également accès aux informations dans le SISPUQ.

¹ Law Insider. (s. d.). *Unit Hour Utilization (UHU) definition (en anglais uniquement)*. <https://www.lawinsider.com/dictionary/unit-hour-utilization-uhu>

Les étapes du cycle annuel sont les suivantes :



À la suite de la réception du plan d'organisation des services, l'entreprise ambulancière doit aviser le CI si elle ne dispose pas des ressources ambulancières requises pour couvrir le nombre annuel d'heures de service autorisées par le plan pour l'année suivante, et ce, afin que le CI puisse réattribuer une partie des heures de service autorisées à un autre titulaire de permis, ou les sommes s'y rattachant, de manière à répondre adéquatement aux besoins de la population.

De plus, en conformité avec le contrat de service ambulancier, un CI peut également réduire le nombre annuel d'heures de service autorisées par le plan d'organisation des services de l'année financière en cours, si, au 31 mars, les heures de service non livrées par l'entreprise ambulancière au cours de l'année financière précédente sont supérieures à 2 %. Le CI peut alors réattribuer une partie des heures de service autorisées à un autre titulaire de permis, ou les sommes s'y rattachant, de manière à répondre adéquatement aux besoins de la population.

Les sommes liées aux heures de service autorisées doivent être allouées par le CI à la zone ambulancière d'appartenance en priorité, et ce, afin de mettre en œuvre des programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire, en lien notamment avec les manœuvres de RCR, l'acquisition de matériel spécifique, comme des défibrillateurs externes automatisés (DEA), ou encore le déploiement des services de PR.

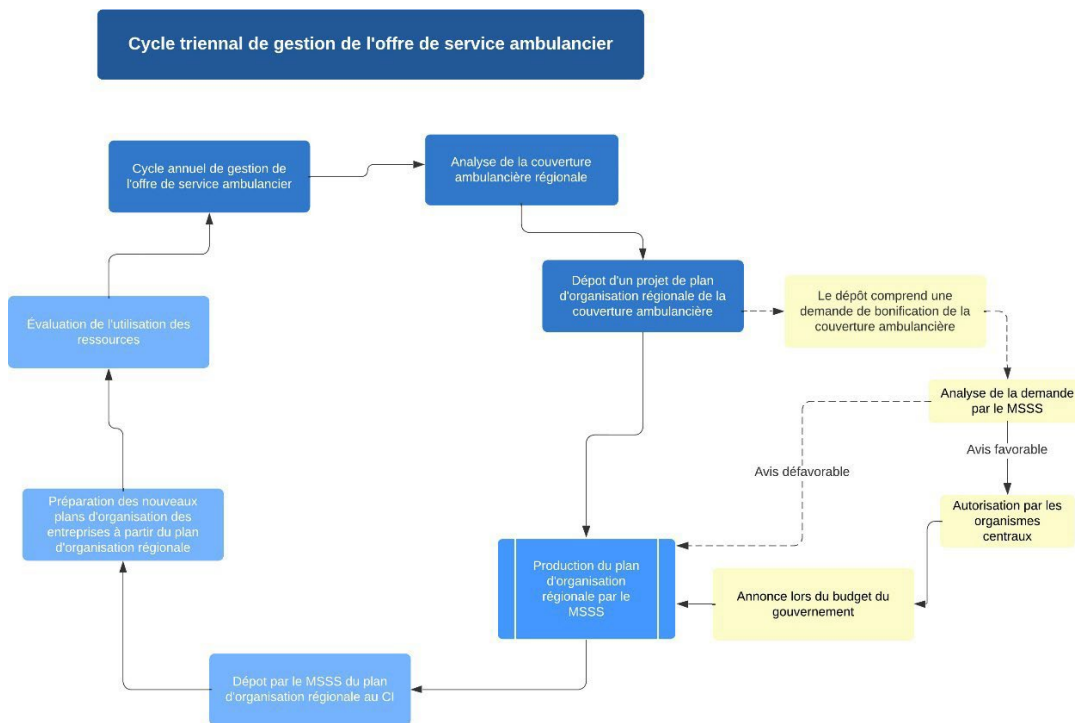
Cycle triennal de gestion de l'offre de service ambulancier (ou cycle triennal de couverture ambulancière)

Le cycle triennal de gestion de l'offre de service ambulancier, qui est une partie intégrante de la phase de planification du plan triennal entre le CI, Urgences-santé et le MSSS, porte sur la couverture ambulancière du territoire d'appartenance.

En complément au présent cadre normatif, le cycle triennal se déroule en tenant compte des observations découlant des cycles annuels de couverture ambulancière et du [cadre de référence sur les orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière en zone rurale](#). Ce cadre a été élaboré pour guider les CI et Urgences-santé dans le processus d'analyse de la desserte préhospitalière régionale ainsi que pour les demandes de conversion d'horaire, le cas échéant. Il vise une adéquation entre les demandes d'ajouts de ressources, de transformations d'horaires et les besoins de la population.

En considérant le fonctionnement financier du gouvernement du Québec, il va de soi que le cycle triennal de couverture ambulancière, ayant bénéficié d'une bonification de couverture, ne s'insère pas parfaitement dans le cycle annuel de couverture ambulancière et dans le plan triennal.

Les étapes du cycle triennal sont les suivantes :



Plan régional de mesures d'exception pour les SPU

Ce plan concerne l'ensemble des stratégies et des moyens déjà mis en place, qui permettent une réponse institutionnelle visant à encadrer la poursuite des activités préhospitalières lors d'un défaut de service ambulancier². Il a comme objectif de maintenir une organisation des services préhospitaliers en faisant preuve de résilience, le tout, en maintenant une offre de service appropriée, et ce, dans des délais acceptables, et avec une capacité définie.

Le plan régional de mesures d'exception pour les SPU est le processus de gestion utilisé en amont, lors de la planification triennale de l'organisation des services. Il permet d'analyser l'impact des ruptures de service potentielles, selon les zones ambulancières, afin de prévoir des modes d'action permettant, en temps opportun, de répondre adéquatement et efficacement aux besoins de la population touchée par un défaut de service. Une fois élaboré, ce plan est intégré au plan triennal d'organisation des services, approuvé par le MSSS.

Les mesures de prévention de ruptures de service ambulancier, ainsi que les mécanismes et les critères d'application de mesure d'exception lors d'un défaut de service ambulancier sont présentés dans le Cadre normatif sur la gestion des ruptures de service ambulancier.

Accès à un centre de communication santé (CCS)

Un CCS est une personne morale constituée en vertu d'une loi du Québec à des fins non lucratives ayant pour mandat d'exercer exclusivement les fonctions prévues à la LSPU.

Ainsi, un CCS a pour fonction de :

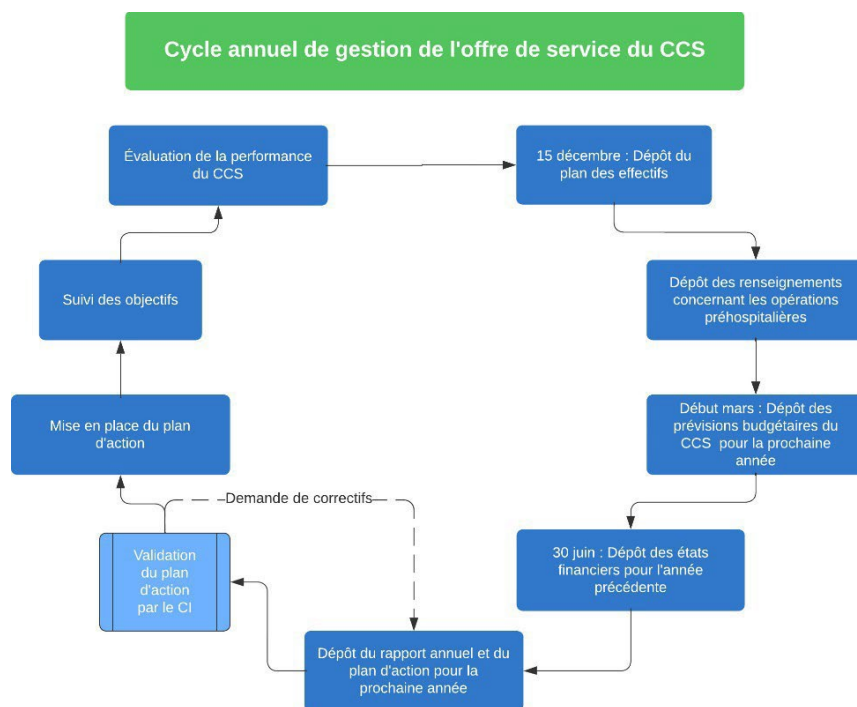
- Recevoir, traiter et prioriser les appels d'urgence, conformément aux protocoles approuvés par le ministre;
- Assurer l'affectation et la répartition des ressources préhospitalières disponibles de manière appropriée, efficace et efficiente, en plus d'en assurer le suivi et l'encadrement tout au long de la prise en charge de l'intervention;
- Collaborer avec le CI au contrôle et à l'évaluation du déroulement des opérations effectuées, tant par son personnel que par les intervenants des SPU.

Le CI doit s'assurer que l'accès aux services proposés par le CCS répond aux besoins de la population desservie, en tenant compte des particularités régionales, comme les enjeux démographiques, ainsi que des orientations ministérielles.

Cycle annuel de gestion de l'offre des services du CCS

Le CCS, soutenu par une entente de gestion conclue en conformité avec l'article 25.1 de la LSPU, doit fournir sur une base annuelle différentes informations telles que les objectifs de performance, les plans de ressources pour les atteindre ainsi que les actions et budgets prévus pour l'année. Cette entente de gestion structure le cycle annuel de gestion de l'organisation du CCS qui est présenté comme suit :

² Un défaut de service ambulancier est défini comme une rupture de service sur un territoire desservi par une seule ressource ambulancière ou par le cumul de plusieurs ruptures de service dans une ou plusieurs zones ambulancières du territoire, entraînant une incapacité des ressources ambulancières à répondre aux demandes d'affectation.



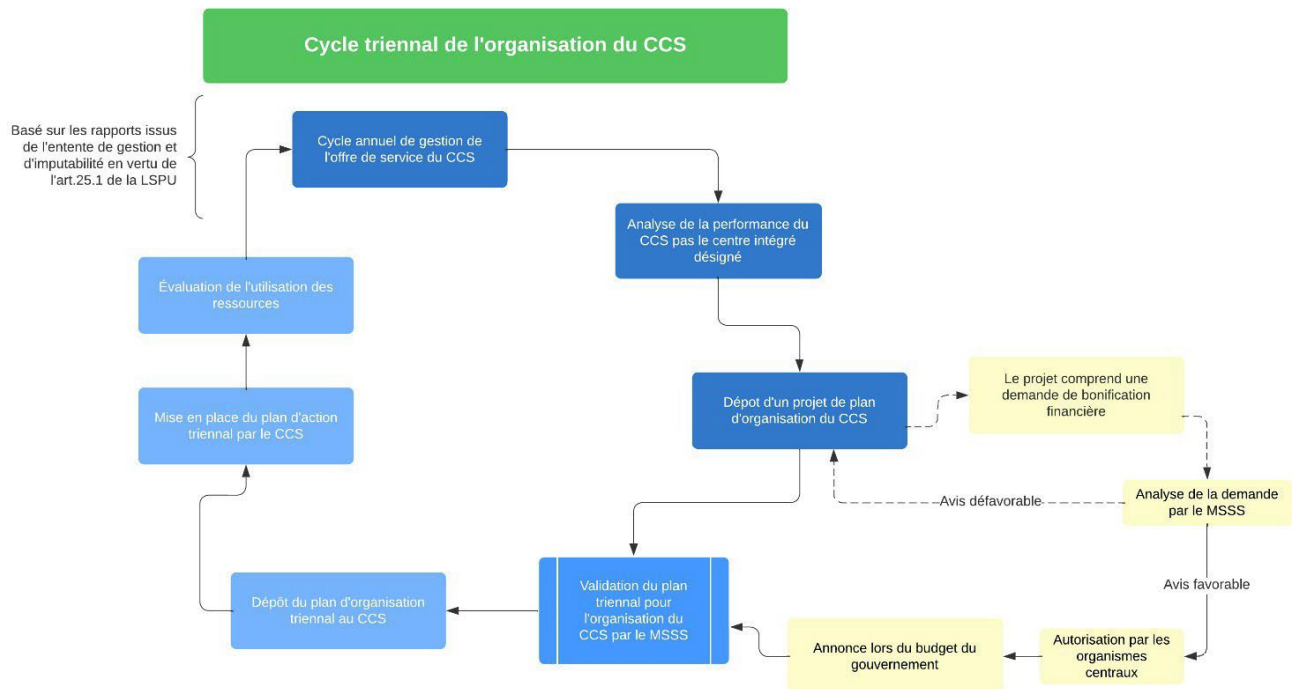
L'entente de gestion prévoit également que le CCS transmette au CI qui le demande, tous les renseignements jugés nécessaires à la production du plan triennal d'organisation des SPU.

Cycle triennal de l'organisation du CCS

Ce cycle, comme celui des services ambulanciers, est constitué de phases de planification et d'élaboration du plan. Il est établi à partir des observations découlant des cycles annuels de gestion de l'offre des services du CCS, en conformité avec les modalités de l'entente de gestion et d'imputabilité conclue entre le CI et le CCS.

En considérant le fonctionnement financier du gouvernement du Québec, il va de soi que le cycle triennal de couverture ambulancière, ayant bénéficié d'une bonification de couverture, ne s'insère pas parfaitement dans le cycle annuel de couverture ambulancière et dans le plan triennal.

Les étapes du cycle triennal sont les suivantes :



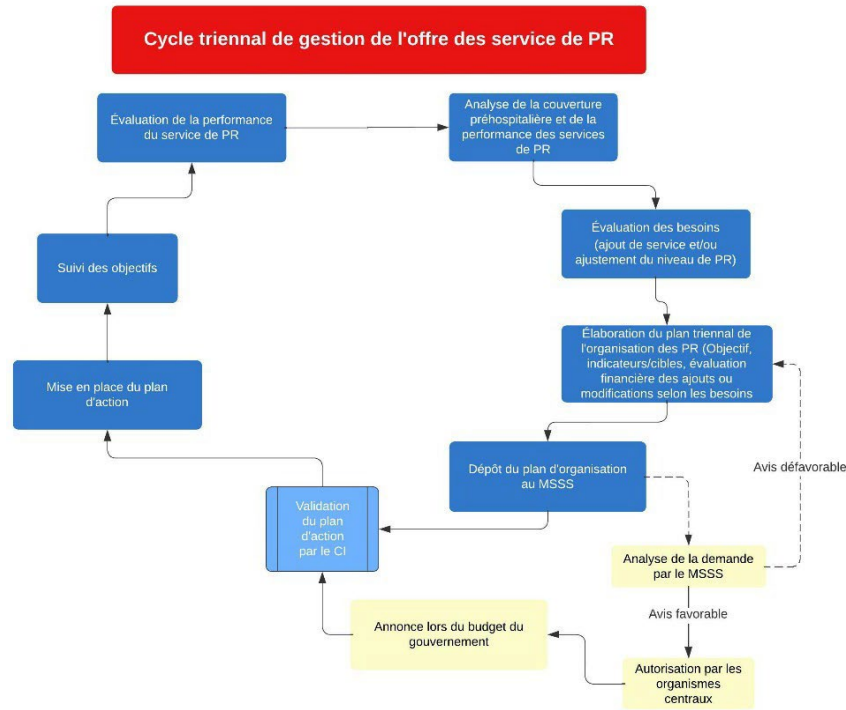
Accès à un service de premiers répondants (PR)

Le service de PR est un service préhospitalier d'urgence offert par les municipalités, dont la vocation est de fournir, par affectation du CCS, les premiers soins de stabilisation à une personne dont l'état le requiert, dans l'attente de l'arrivée des techniciens ambulanciers paramédics. Le service de PR est un maillon important de la chaîne préhospitalière d'urgence, et son rôle dans la couverture préhospitalière est important.

Les municipalités qui souhaitent mettre en place un service de PR sur leur territoire, ou qui souhaitent modifier à la hausse ou à la baisse le niveau actuel de leur service de PR, doivent en faire la demande auprès du CI de leur région.

Le CI doit s'assurer que l'accès aux services de PR proposés par les municipalités répond aux besoins de la population desservie en tenant compte des particularités régionales, comme le niveau de couverture préhospitalière et l'accessibilité à d'autres services préhospitaliers sur le territoire desservi.

Cycle triennal de l'organisation du service de premiers répondants (PR)



Programmes préhospitaliers pour la population et le réseau scolaire

Une des grandes orientations de la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, déposée en juin 2022, prévoit la mise en place de mesures portant sur l'augmentation de l'implication citoyenne en ce qui a trait à l'assistance aux personnes en détresse, et ce, dans un objectif de renforcement du premier maillon de la chaîne préhospitalière, soit celui des premiers intervenants.

À cet effet, les CI et Urgences-santé devront offrir à la population différents programmes et différentes solutions éducatives visant à former, à outiller et à informer les citoyens.

Comme c'est le cas pour les autres maillons de la chaîne préhospitalière, celui de l'organisation des premiers intervenants doit tenir compte des différents services préhospitaliers déjà présents sur le territoire visé, de même que du niveau de couverture préhospitalière.

Mise en œuvre du présent cadre normatif

Afin d'assurer la cohérence sur le plan de l'organisation des services, le présent cadre normatif entrera en vigueur pour l'ensemble des CISSS/CIUSSS et d'Urgences-santé de la manière suivante :

- Plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 2025-2028 (ci-après nommé « Plan »)
 - o Avril 2024 : Transmission des orientations ministérielles et des objectifs de performance à atteindre dans le cadre du Plan;
 - o Novembre 2024 : Dépôt du plan auprès du MSSS;
 - o Janvier 2025 : Approbation du Plan par le MSSS;
 - o Avril 2025 : Mise en œuvre du Plan.

- Plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence 2028-2031 (ci-après nommé « Plan »)
 - Juin 2027 : Transmission des orientations ministérielles et des objectifs de performance à atteindre dans le cadre du Plan;
 - Novembre 2027 : Dépôt du plan auprès du MSSS;
 - Janvier 2028 : Approbation du Plan par le MSSS;
 - Avril 2028 : Mise en œuvre du Plan.

Les Plans subséquents suivront la logique des dates énoncées ci-dessus.

