

URGENCES

PRÉHOSPITALIÈRES

«UN SYSTÈME
À METTRE EN PLACE»

**Comité national
sur la révision
des services
préhospitaliers d'urgence**

RAPPORT

URGENCES

PRÉHOSPITALIÈRES

«UN SYSTÈME
À METTRE EN PLACE»

**Comité national
sur la révision
des services
préhospitaliers d'urgence**

décembre 2000

RAPPORT

Édition produite par :

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

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Ces frais vous seront facturés à la livraison :

5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

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

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2000
Bibliothèque nationale du Canada, 2000
ISBN 2-550-36926-2

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

Madame Pauline Marois, ministre d'État
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Madame la Ministre,

Il me fait plaisir de vous remettre aujourd'hui le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. Ce rapport donne suite au mandat que vous nous avez confié le 1^{er} octobre 1999, lequel consistait « d'une part, à *concevoir un système préhospitalier d'urgence s'appuyant sur un réseau de services efficace et efficient permettant d'offrir à la population du Québec des soins préhospitaliers de qualité au meilleur coût possible et, d'autre part, à proposer un plan de mise en œuvre* ».

Dans le cadre de ce mandat, nous avons tenu compte des constats et recommandations du Vérificateur général, des observations et conclusions de la Commission de l'administration publique, des études et analyses de nos groupes de travail ainsi que des propositions soumises par les nombreux groupes que nous avons rencontrés. Depuis un an, nous avons entrepris une réflexion extensive sur le secteur préhospitalier d'urgence, afin de vous soumettre des recommandations permettant de rendre ce système, non seulement mieux intégré et plus efficace mais surtout mieux centré sur l'utilisateur et ses besoins. Nous y avons consacré toute l'énergie et la compétence qui pouvaient être nécessaires pour relever ce défi et proposer les solutions qui rendront le système préhospitalier plus performant.

Pour l'essentiel, le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence vous propose une série de recommandations et d'actions visant la mise en place, dans toutes les régions du Québec, d'un système intégré de services qui prend ses assises dans une chaîne d'intervention préhospitalière dont les maillons sont arrimés entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Comme ce système à implanter doit être bien encadré, supervisé, géré et évalué, il vous est également proposé de mettre en place, aux niveaux national et régional, des organisations qui sont clairement mandatées et outillées pour assumer adéquatement leurs responsabilités. Enfin, il est recommandé d'injecter des sommes additionnelles au cours des prochaines années pour appuyer le développement d'une chaîne préhospitalière ainsi que l'encadrement administratif et clinique nécessaire au fonctionnement harmonieux de cette chaîne.

Ce rapport vous soumet donc une vision d'ensemble, près de cent recommandations et un plan d'action comportant des mesures prioritaires et stratégiques qui doivent être mises en place au cours des cinq prochaines années puisqu'elles constituent la base même de la dispensation efficiente et efficace des services à la population grâce à :

- l'implantation dans toutes les régions du Québec d'une chaîne d'intervention ;
- un système centré sur les besoins des usagers et sur la qualité des services ;
- une professionnalisation accrue des techniciens ambulanciers ;
- un meilleur encadrement médical et clinique ;
- une gestion axée sur les résultats et l'imputabilité ;
- une clarification des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants ;
- un financement mieux adapté et en lien avec les objectifs poursuivis.

Pour assumer son mandat, le Comité national était composé de seize membres provenant de divers secteurs d'intérêt interpellés par la démarche. Fait important à signaler : **les recommandations ont reçu l'accord unanime de tous les membres du comité.** Il s'agit là d'un point majeur du rapport car les principaux acteurs ou intervenants du système préhospitalier, actuel ou futur, étaient autour de la table où les orientations et les décisions ont été prises. Il y a tout lieu de croire que la mise en œuvre des changements proposés pourra se réaliser plus facilement et compter sur la collaboration de toutes les forces en présence. C'est d'ailleurs, la grande caractéristique et la principale valeur ajoutée du présent rapport. Contrairement aux exercices précédents, les principaux

acteurs de ce système ont été impliqués directement et associés à l'identification des solutions à mettre en place.

En outre, une large représentation de personnes et de groupes a été mise à contribution ou consultée dans le cadre de nos travaux afin de couvrir l'ensemble des préoccupations de ce secteur. Ces organismes qui représentent toutes les composantes de la chaîne d'intervention, les partenaires du milieu ainsi que les multiples facettes de la réalité préhospitalière québécoise, sont venus exprimer leurs préoccupations, leurs attentes et leurs hypothèses de solutions. Ce sont ces consultations et ces échanges qui ont permis au Comité de prendre connaissance des besoins sur le terrain et de les arrimer avec les changements proposés. Dans le cadre de ces consultations, nous avons aussi rencontré les principaux ministères impliqués dans ce domaine ainsi que les syndicats représentant le personnel du réseau préhospitalier. Ces rencontres ont été très utiles puisque, dans un grand nombre de cas, nous avons retenu leurs propositions.

En terminant, je voudrais souligner le travail et la contribution substantielle des membres de ce Comité à la réalisation de ce rapport. Par leur connaissance du milieu, leur compétence et leurs expériences variées, chacun et chacune ont apporté un regard éclairé et réaliste du système préhospitalier et ainsi contribué au développement de solutions structurantes. Il était primordial de réunir au sein de ce comité des personnes issues des divers milieux concernés par cette réflexion car toute nouvelle politique ou toute nouvelle orientation a beaucoup plus de chance de se réaliser si elle résulte d'un consensus et qu'elle favorise la mobilisation des intervenants du milieu.

Je dois aussi souligner la contribution des groupes de travail formés pour étudier les dimensions cliniques, organisationnelles et financières du système préhospitalier, lesquels comités ont été dirigés respectivement par messieurs Daniel Lefrançois, Ghislain Perreault et Guy Ruel. Ces trois groupes de travail ont été au cœur même du processus de révision car ils ont alimenté notre réflexion, nos discussions et nos décisions.

Enfin, je voudrais dire un merci spécial au secrétaire exécutif de ce comité, monsieur Gervais Morissette, pour son engagement indéfectible et sa compétence dans la gestion efficace des travaux du comité. De plus, je tiens à souligner le travail des personnes qui ont fourni un support important à la recherche, à la documentation et à la rédaction, plus

particulièrement madame Caroline Boucher qui a assumé la rédaction du rapport, et l'ensemble des professionnels rattachés à ce mandat, soit mesdames Odette Giguère, Solange Lévesque, et Brigitte Laflamme, messieurs Michel Doré, François Ferland et Denis Cayouette, ainsi qu'à mesdames Mireille Asselin pour les travaux du secrétariat et Patricia Martel, pour les travaux de mise en forme. Ces personnes ont souvent été effacées et discrètes mais combien utiles, efficaces et indispensables à la réalisation de notre mandat.

Ce rapport est, donc, indubitablement le fruit d'un travail d'équipe et je voudrais leur exprimer mes remerciements les plus sincères et ma profonde gratitude pour leur remarquable contribution.

En terminant, permettez-moi de vous souhaiter mes meilleurs vœux de succès dans les changements à mettre en œuvre pour doter le Québec d'un système préhospitalier d'urgence centré sur l'utilisateur et ses besoins.

Veuillez, madame la Ministre, agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

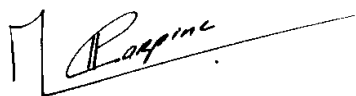
A handwritten signature in black ink, reading "André Dicaire". The signature is fluid and cursive, with the first name "André" and the last name "Dicaire" clearly distinguishable.

André Dicaire
Président du Comité

Membres du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence



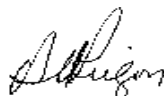
Christiane Bérubé
Régie régionale de la santé et des services
sociaux du Bas-Saint-Laurent



Marina T. Carpine
Technicienne ambulancière



Pierre Fréchette, m.d.
Ministère de la Santé et des Services sociaux



Denis Frigon
Régie régionale de la santé et des services
sociaux de la Côte-Nord



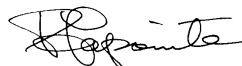
Bernard Gagnon
Union des municipalités du Québec



Yves Imbeault
Président, Rassemblement des employés
techniciens ambulanciers du Québec (RETAQ)



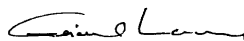
Pierre Lamarche
Association des services d'ambulances du Québec



Pierre Lapointe, m.d.
Société de l'Assurance automobile du Québec



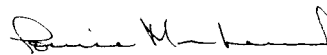
Michèle Laroché
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec



Gérald Larose
Ex-président de la CSN
Professeur, École de travail social
Université du Québec à Montréal (UQAM)



Bastien Leclerc
Corporation des services d'ambulances du Québec



Louise Montreuil
Ministère de la Santé et des Services sociaux



Denis Perrault
Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière



Claude Plante
Technicien ambulancier



Micheline Ulrich
Gestionnaire et clinicienne en soins infirmiers



André Dicaire
Ex-sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Vice-président, CGI

LISTE DES COLLABORATEURS

Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence

Monsieur André Dicaire	Président
Madame Christiane Bérubé	RRSSS du Bas-Saint-Laurent
Madame Marina T. Carpine	Technicienne ambulancière
Docteur Pierre Fréchette	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Monsieur Denis Frigon	RRSSS de la Côte-Nord
Monsieur Bernard Gagnon	Union des municipalités du Québec
Monsieur Yves Imbeault	Président du RETAQ
Monsieur Pierre Lamarche	Association des services d'ambulances du Québec
Docteur Pierre Lapointe	Société de l'Assurance automobile du Québec
Madame Michèle Laroche	RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Monsieur Gérald Larose	Professeur (UQAM) et ex-président de la CSN
Monsieur Bastien Leclerc	Corporation des services d'ambulances du Québec
Madame Louise Montreuil	Ministère de la Santé et des Services sociaux
Monsieur Denis Perrault	Services préhospitaliers Laurentides-Lanaudière
Monsieur Claude Plante	Technicien ambulancier
Madame Micheline Ulrich	Gestionnaire et clinicienne en soins infirmiers

Secrétariat général

Gervais Morissette	Secrétaire général
Mireille Asselin	Secrétaire
Caroline Boucher	Rédaction et recherche
Denis Cayouette	Professionnel
Léonard Chevarie	Professionnel
Michel C. Doré	Professionnel expert
François Ferland	Professionnel en télécommunications
Odette Giguère	Professionnelle
Brigitte Laflamme	Professionnelle
Solange Lévesque	Professionnelle

Sous-comité stratégique

Bernard Gagnon	Président
Caroline Boucher	Rédaction et recherche
Denis Cayouette	Secrétariat général
Danielle Champagne	Responsable des aspects juridiques
Michel C. Doré	Secrétariat général
Yves Imbeault	Membre du Comité national
Bastien Leclerc	Membre du Comité national
Daniel Lefrançois	Responsable du groupe clinique
Solange Lévesque	Secrétariat général
Denis Perrault	Membre du Comité national
Ghislain Perreault	Responsable du groupe organisationnel
Guy Ruel	Responsable du groupe financier

Groupe clinique

Daniel Lefrançois	Responsable – RRSSS de la Montérégie
Pierre Bayard	Collège Ahuntsic
Yves Bouchard	Collège Sainte-Foy
Claude Desrosiers	Corporation d'urgences-santé
Michel C. Doré	Secrétariat général
Antoine Fabi	Ambulances de l'Estrie
Rollah Hraibeh	Corporation d'urgences-santé
Monique Laroche	Secrétaire – RRSSS de la Montérégie
André Lavoie	Hôpital de l'Enfant-Jésus
Hélène Morin	Collège Sainte-Foy
Julien Poitras	RRSSS de Chaudière-Appalaches
Wayne Smith	RRSSS de l'Estrie

Groupe organisationnel

Ghislain Perreault	Responsable - RRSSS de l'Outaouais
Denis Cayouette	Secrétariat général
Léonard Chevarie	RRSSS des Laurentides
André Gauvreau	Ville de Laval
Claude Girard	Corporation d'urgences-santé
André Langelier	Sécurité publique, ville d'Aylmer
Jean Lapointe	RRSSS de Québec
Pierre Paquet	CAMBI
Diane Verreault	Corporation d'urgences-santé

Groupe financier

Guy Ruel	Responsable - MSSS
Jean-François Boudreau	MSSS
Jacques Demers	MSSS
Michel Duquette	RRSSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec
Odette Giguère	Secrétariat général
Hugues Langlois	Groupe Conseil Langlois
Pierre Pellerin	Coopérative ambulancière de la Mauricie
Gilles Ricard	Corporation des services d'ambulances du Québec
Pierre Vanier	Corporation d'urgences-santé

Aspects juridiques

Danielle Champagne	MSSS

Groupes rencontrés

Ambulance Saint-Jean
Association des chefs de services d'incendie du Québec
Association des CLSC-CHSLD du Québec
Association des hôpitaux du Québec
Association des médecins d'urgence du Québec
Association des propriétaires ambulanciers régionaux
Association des services ambulanciers du Québec
Association du transport médicalisé du Montréal métropolitain
Association des gestionnaires d'urgence du Québec
Collège de Drummondville
Collège Ahunatic
Collège de Sainte-Foy
Collège des médecins du Québec
Commissaire aux plaintes
Commission de la santé et de la sécurité au travail
Conférence des régies régionales de la santé et des services sociaux
Corporation des services ambulanciers du Québec
Corporation d'urgences-santé
Société canadienne de la Croix-Rouge
Fédération québécoise des municipalités du Québec
Fondation des maladies du cœur du Québec
Ministère de l'Éducation
Ministère de la Sécurité publique du Québec
Ministère de la Solidarité sociale/Emploi-Québec
Ministère des Transports
Office des personnes handicapées du Québec
Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec
Rassemblement des techniciens ambulanciers du Québec
Représentants de premiers répondants ruraux et urbains

Service de prévention des incendies de Montréal

Service de prévention des incendies de Québec

Service aérien gouvernemental

Société de l'assurance automobile du Québec

Sûreté du Québec

Syndicat québécois des employés et employées de services, section locale 298

Union des municipalités du Québec

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

INTRODUCTION	1

LA DÉMARCHE DE RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC : L'IMPORTANCE D'AGIR	8

Création du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence : mandat et objectifs	8

Stratégie de révision	11

• <i>Orientations</i>	11
• <i>Méthodologie de travail</i>	12

Changement de paradigme : les conditions essentielles à la mise en œuvre de la révision	14

• <i>Conditions fondamentales</i>	14
• <i>Conditions opérationnelles</i>	15

Démarche de révision	17

CHAPITRE I

LES PRINCIPAUX CONSTATS SERVANT D'ASSISES A LA RÉFORME DU SYSTÈME PRÉOSPITALIER D'URGENCE	19

1.1 LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE À LA FORCE DE SON PLUS FAIBLE MAILLON	19

1.1.1 Premiers intervenants	20

1.1.2 Centres d'appel 9-1-1	22

1.1.3 Centrales de coordination des appels urgents	23

1.1.3.1 Interface entre le 9-1-1 et la centrale	26

1.1.3.2 Traitement des appels, affectation des ressources et relations entre le terrain et la répartition	27

1.1.4 Services de premiers répondants	28

1.1.4.1 Le rôle des premiers répondants dans la chaîne d'intervention	28

1.1.4.2 Effectifs actuels	30

1.1.4.3	Formation et encadrement	32
1.1.5	Services ambulanciers	34
A)	<u>Transport sanitaire terrestre</u>	34
1.1.5.1	Le modèle public : Urgences-santé	37
1.1.5.2	Le modèle privé : les entreprises ambulancières	39
1.1.5.3	Zones ambulancières	42
1.1.5.4	Techniciens ambulanciers	46
	• <i>Effectifs</i>	46
	• <i>Formation et encadrement</i>	47
	• <i>Organisation du travail</i>	50
B)	<u>Transport sanitaire aérien</u>	53
1.1.5.5	Situation dans le monde	53
1.1.5.6	Situation au Québec : la place du transport sanitaire aérien dans l'ensemble des services ambulanciers	54
1.1.6	Établissements receveurs	61
1.2	PRINCIPALES LACUNES SYSTÉMIQUES	63
1.2.1	Impacts sur la qualité des services	64
1.2.2	Impacts sur l'évaluation des services	68
1.2.3	Impacts sur les structures et la gestion du système	73
1.3	FINANCEMENT DU SYSTÈME	79
1.3.1	Contexte financier	79
1.3.2	Tarification des services	81
1.3.3	Financement des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière	82
1.3.3.1	Premiers intervenants	84
1.3.3.2	Centrales de coordination des appels urgents	84
1.3.3.3	Services de premiers répondants	85
1.3.3.4	Services ambulanciers	87
A)	<u>Transport sanitaire terrestre</u>	87
	• <i>Budget des entreprises ambulancières et Urgences-santé</i>	88
	• <i>Techniciens ambulanciers</i>	91
	• <i>Équité interrégionale</i>	92
B)	<u>Transport sanitaire aérien</u>	93
	• <i>Avion ambulance</i>	93
	• <i>Hélicoptère</i>	94

• <i>Autres déplacements par voie aérienne</i>	95
1.3.4 Analyse des coûts	95
1.4 ENVIRONNEMENT JURIDIQUE : ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES	100
1.4.1 Cadre juridique général	100
1.4.2 Problématiques particulières rencontrées par les intervenants.....	103
1.4.2.1 Techniciens ambulanciers et entreprises ambulancières	104
1.4.2.2 Régies régionales	105
 CHAPITRE II	
VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC : RECOMMANDATIONS ET PISTES DE SOLUTIONS	107
2.1 MISSION ET OBJECTIFS POUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE QUÉBÉCOIS (SPUQ)	109
2.1.1 Les principes	110
2.2 DES SERVICES DE QUALITÉ AVANT TOUT	112
2.3 VERS UNE MODULATION DE LA RÉPONSE SYSTÉMIQUE	113
2.3.1 Modulation dans la réponse primaire.....	116
2.3.1.1 Analyse initiale de la demande	116
2.3.1.2 Configuration de la réponse systémique : le temps de réponse	116
2.3.1.3 Intervention des ressources auprès de la victime	118
2.3.2 Modulation dans la réponse secondaire	118
2.3.2.1 Nature de la demande	118
2.3.2.2 Moyens utilisés	120
2.4 SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE : UNE CHAÎNE D'INTERVENTION	121
2.4.1 Premiers intervenants	124
2.4.1.1 Rôle des premiers intervenants.....	125
2.4.1.2 Formation – information des groupes cibles	126
• <i>Le public</i>	126
• <i>Les clientèles du réseau sociosanitaire</i>	127
• <i>Les clientèles à risque</i>	128

• <i>Le secouriste désigné</i>	128
2.4.2 Centres 9-1-1	129
2.4.2.1 Rôle et responsabilités des centres 9-1-1	129
2.4.2.2 Disponibilité des centres 9-1-1	130
2.4.2.3 Les centres 9-1-1 et les services préhospitaliers d'urgence	131
2.4.3 Centres de communication santé (CCS)	132
2.4.3.1 Rôle et responsabilités des centres de communication santé	134
• <i>Fonctions de base</i>	135
• <i>Fonctions de soutien</i>	136
2.4.3.2 Statut des centres de communication santé et gestion imputable	136
2.4.3.3 Scénario de configuration territoriale	138
• <i>Nombre de centres de communication santé</i>	140
• <i>Cheminement d'implantation : une approche graduelle d'intégration technologique</i>	143
2.4.3.4 Plateau technologique	145
2.4.4 Services de premiers répondants	148
2.4.4.1 Rôle et responsabilités des premiers répondants : définition du champ d'intervention	149
2.4.4.2 Formation et encadrement	151
2.4.4.3 Implantation des services de premiers répondants	152
2.4.4.4 Conditions d'intégration aux services préhospitaliers d'urgence	154
2.4.5 Services ambulanciers	154
A) <u>Transport sanitaire terrestre</u>	155
2.4.5.1 Entreprises ambulancières	155
• <i>Rôle et responsabilités des entreprises ambulancières</i>	156
• <i>Permis de service d'ambulance : mécanisme pour adapter l'offre à la demande de service d'ambulance</i>	156
• <i>Ententes de service</i>	159
2.4.5.2 Corporation d'urgences-santé	160
• <i>Rôle et responsabilités d'Urgences-santé</i>	161
• <i>Urgences-santé et les régies régionales</i>	163
• <i>Gestion imputable</i>	165
• <i>Interfaces opérationnelles</i>	166
2.4.5.3 Techniciens ambulanciers	166
• <i>Statut du technicien ambulancier</i>	167
• <i>Formation continue</i>	169

•	<i>Formation initiale des nouvelles cohortes</i>	169
•	<i>Reconnaissance des acquis</i>	170
•	<i>Intervention des techniciens ambulanciers</i>	171
•	<i>Place des soins avancés dans les services préhospitaliers d'urgence</i>	172
•	<i>Recrutement et rétention</i>	174
•	<i>Carte de « compétence »</i>	176
•	<i>Protocoles et encadrement</i>	179
B)	Transport sanitaire aérien	180
2.4.5.4	Gestion centralisée et intégrée au système	180
•	<i>Rôle et responsabilité de la centrale du transport sanitaire aérien</i>	182
•	<i>Moyens de transports utilisés</i>	184
2.4.6	Établissements receveurs	188
2.4.6.1	Rôle et responsabilités des établissements receveurs	189
2.4.6.2	Intégration des soins d'urgence entre le préhospitalier et les établissements receveurs	190
2.4.6.3	Transferts interétablissements	191
2.5	ARCHITECTURE SYSTÉMIQUE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	195
2.5.1	Structure du système : rôles et responsabilités du palier national, régional et local	195
2.5.2	Concertation intersectorielle	201
2.6	ÉVALUATION ET ENCADREMENT DES SERVICES RENDUS	204
2.6.1	Système d'information	204
2.6.2	Détermination des objectifs de performance	206
2.6.2.1	Réponse du système et marqueurs de performance	208
2.6.3	Encadrement médical	213
2.6.3.1	Encadrement médical et clinique – palier national	213
2.6.3.2	Encadrement médical et clinique – palier régional	215
2.6.3.3	Support clinique en temps réel (on line)	216
2.6.4	Encadrement administratif	218
2.6.4.1	Encadrement administratif – palier national	218
2.6.4.2	Encadrement administratif – palier régional	219
2.6.5	Encadrement opérationnel	220

2.7	PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE	221
2.8	RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT	223
2.9	BESOINS PARTICULIERS.....	224
2.9.1	Mesures d'urgence.....	224
2.9.2	Événements spéciaux	226
2.9.3	Milieus particuliers.....	227
2.10	FINANCEMENT DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE.....	229
2.10.1	Impacts budgétaires des mesures proposées	229
2.10.1.1	Premiers intervenants.....	231
2.10.1.2	Centres 9-1-1	232
2.10.1.3	Centres de communication santé	232
	• <i>Détermination des coûts</i>	232
2.10.1.4	Services de premiers répondants.....	233
2.10.1.5	Services ambulanciers.....	235
A)	<u>Transport sanitaire terrestre</u>	235
	• <i>Entreprises ambulancières et Urgences-santé</i>	235
	• <i>Techniciens ambulanciers</i>	240
B)	<u>Transport sanitaire aérien</u>	242
	• <i>Transport par avion</i>	242
	• <i>Transport par hélicoptère</i>	242
2.10.1.6	Établissements receveurs	243
2.10.1.7	Direction des services préhospitaliers d'urgence et régies régionales	243
2.10.1.8	Processus pour les prévisions budgétaires annuelles	244
2.10.2	Financement des mesures de la réforme	245
2.10.2.1	Impacts financiers sur les recommandations proposées	245
2.10.2.2	Sources de financement.....	247
	• <i>Indexation de la tarification générale du transport terrestre</i>	248
	• <i>Tarification des lignes téléphoniques pour le financement des centres de communication santé</i>	249
	• <i>Coûts additionnels applicables aux contraventions routières</i>	250
	• <i>Hausse de la tarification générale des transports sanitaires aériens et héliportés</i>	251
2.10.2.3	Sommaire du financement.....	253

2.11 IMPACTS DES RECOMMANDATIONS SUR LE PLAN JURIDIQUE	254
PLAN D'ACTION	258
CONCLUSION	275
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	278

LISTE DES TABLEAUX

1. Implantation des services de premiers répondants dans les régions socio-sanitaires du Québec (septembre 2000)	31
2. État de situation sur le nombre de zones et d'ambulances au Québec selon la population régionale (novembre 2000).....	44
3. Dépenses effectuées pour chacun des maillons (en millions de \$) (1998-1999)	83
4. Coût moyen par sortie selon les municipalités (1998-1999)	87
5. Coût moyen par unité de mesure – Urgences-santé et les entreprises ambulancières (1997-1998 et 1998-1999)	97
6. Notion de marqueurs de performance – Couverture ambulancière.....	211
7. Notion de marqueurs de performance – Couverture des premiers répondants	212
8. Coûts prévus pour la mise en place des recommandations du Comité national (coûts en millions de \$).....	246
9. Sommaire des besoins de financement pour les cinq prochaines années (2001- 2002 à 2005-2006)	247
10. Revenus générés selon les sources de financement retenues (en 2005-2006)	253

LISTE DES ANNEXES

1. Synthèse des recommandations du Vérificateur général du Québec.....	284
2. Mandats des groupes de travail	291
3. Définition des clientèles cibles pour le transport sanitaire aérien	299
4. Propositions sur les indicateurs de qualité concernant la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence (juin 2000)	301

INTRODUCTION

Avant les années 70, le service ambulancier au Québec était principalement offert en extension par les maisons funéraires ; n'importe qui pouvait devenir transporteur de malades et de blessés. L'organisation des services était presque inexistante et aucun critère n'était en vigueur pour assurer une qualité des soins. Dans un tel système, entièrement privé et à but lucratif, la qualité des services ambulanciers reposait sur la bonne conscience des propriétaires ainsi que sur la rentabilité des activités.

À cette époque, aucune réglementation ne régissait le transport ambulancier au Québec. Ce n'est qu'à partir du milieu des années 70, avec la Loi sur la protection de la santé publique (c. P-35), qu'une première législation a été édictée faisant état notamment des services d'ambulance. Au cours de la même période, le ministère des Affaires sociales (MAS) annonçait la Politique du transport des malades, la Politique de subvention des services d'ambulance et la réglementation s'appliquant au transport ambulancier (règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique).

En 1977, le territoire québécois est divisé en zones ambulancières, ce qui permet aux citoyens d'obtenir un transport par ambulance dans un délai maximal de trente minutes à partir du moment de l'appel. Le permis d'exploitation d'un service d'ambulance devient aussi obligatoire.

Les années 80 sont marquées par une volonté d'organiser davantage les services préhospitaliers d'urgence. Le ministère délègue aux conseils régionaux certains pouvoirs, notamment en matière de réglementation sur le zonage, du nombre d'ambulances requis, de qualification du personnel, d'octroi des permis d'exploitation et de gestion financière des sommes allouées aux services d'ambulance. C'est aussi le début de la syndicalisation chez les techniciens ambulanciers qui revendiquent un revenu plus convenable et une perspective d'avenir pour leur métier.

La syndicalisation des techniciens ambulanciers ne s'est pas faite sans heurts : son implantation a été accompagnée de moyens de pression lors de la négociation des conventions collectives. Ces revendications ont toutefois contribué à la mise en place d'un système préhospitalier plus efficace.

L'année 1987 est marquante sur le plan des constats. Plusieurs rapports d'études sont alors publiés par des experts qui portent un regard critique sur des aspects structuraux et organisationnels considérés problématiques dans ce secteur.

En 1988, le ministère crée la Corporation d'urgences-santé et introduit aussi un nouveau concept de services au Québec, celui des Services préhospitaliers d'urgence (SPU). Ce concept, relativement novateur, vise à mieux organiser et encadrer les services en phase préhospitalière, c'est-à-dire les interventions et les interactions qui ont lieu depuis l'événement lui-même jusqu'au moment où la personne est prise en charge au centre hospitalier.

À cet égard, c'est en 1992 que le ministère fait connaître sa stratégie de planification dans le secteur préhospitalier d'urgence. Le rapport du Docteur Pierre Fréchette intitulé *Les services préhospitaliers d'urgence au Québec, Chaque minute compte !* décrivait les orientations proposées pour ce système par le Comité consultatif et le modèle dont souhaitait se doter le Québec, soit la mise sur pied d'un système intégré de soins préhospitaliers d'urgence, une chaîne d'intervention coordonnée. Cette chaîne assurerait une réponse rapide et efficace aux situations d'urgence et s'appuierait sur deux principes fondamentaux, soit l'universalité et la complémentarité, ainsi que sur quatre objectifs, soit l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité des services. Les régies régionales et Urgences-santé étaient les instances mandatées pour organiser et coordonner ces services sur leur territoire.

Dans le but de favoriser l'intégration et l'implantation des maillons de la chaîne préhospitalière, le ministère entreprit différentes actions dont la production d'une série de guides de soutien à l'organisation s'adressant tout particulièrement aux régies régionales, principales responsables de la planification et de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence régionaux (L.R.Q., c. S-5). Ces guides, complémentaires les uns des autres, précisaient de façon plus opérationnelle les éléments avancés dans le rapport *Chaque minute compte !* et venaient renforcer la mise en place d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence au Québec. Ils portaient sur la radiocommunication, la centrale de coordination des appels urgents, les services de premiers répondants, les services ambulanciers et l'appréciation de la qualité.

La production du rapport *Chaque minute compte !*, ainsi que les guides de soutien représentaient un gain important pour les services de santé au Québec. Toutefois, le développement des services préhospitaliers d'urgence nécessitait aussi une adaptation sur le plan législatif. Une tentative, amorcée par le ministère en 1993 à l'effet d'enchâsser les services préhospitaliers d'urgence dans une loi propre à ce secteur d'activité, a été interrompue avant même la rédaction d'un véritable projet de loi. En conséquence, le ministère n'a pas été en mesure d'encadrer et de soutenir le système par des dispositions législatives cohérentes aux orientations.

Au cours de cette même période, le réseau de la santé vivait une réforme dont les engagements reposaient sur un plan d'implantation axé sur le citoyen (1990), sur une réforme de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991, chapitre 42) et, finalement, sur une Politique de la santé et du bien-être (1992) énonçant les priorités d'action dans lesquelles investiraient le ministère et le réseau dans les années à venir. Parmi ces priorités, nous remarquons celles reliées aux maladies cardio-vasculaires dont l'objectif est la réduction de 30 % de la mortalité pour l'an 2002. Quant aux traumatismes, l'objectif vise, pour l'an 2002, la réduction de 20 % de la mortalité et de la morbidité dues aux traumatismes qui surviennent sur la route, à domicile, au travail et à l'occasion d'activités récréatives ou sportives (Politique de la santé et du bien-être, p. 72 et 81).

Le milieu des années 90 est particulièrement difficile pour l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. L'opération de transformation du secteur de la santé entreprise par le gouvernement commande à celui-ci de rationaliser l'utilisation des ressources en courte durée hospitalière et de développer davantage les services de soutien à domicile, ceci dans le but ultime d'assainir considérablement le poids des dépenses institutionnelles. Les services préhospitaliers d'urgence ne sont pas épargnés par les compressions : à partir de l'exercice 1993-1994 et jusqu'à maintenant, les sommes consenties au chapitre des services préhospitaliers par le ministère aux régies et en conséquence, aux entreprises ambulancières, n'ont pas été augmentées. Le secteur préhospitalier n'a cependant pas eu à subir de diminution de son enveloppe.

De plus, quelques régies régionales ont décidé, dans le cadre de leurs plans de consolidation 1999-2002, de rehausser de façon significative les budgets réservés au secteur préhospitalier.

La réforme du début des années 90 ainsi que la transformation du système de santé vers le milieu de la décennie marquèrent une étape charnière de l'activité du système de santé, de son évolution dans le temps et de l'amélioration de sa performance globale.

Le système de services préhospitaliers d'urgence, l'un des éléments essentiels à l'accès aux services de santé pour l'ensemble de la population, n'a pas été mis à contribution pour soutenir la réforme et la transformation du réseau sociosanitaire. De plus, les effets de cette transformation sur les services préhospitaliers, quant à l'augmentation du volume de services requis pour répondre aux besoins différents et accrus de la population, n'ont été ni anticipés ni évalués par les régies régionales. L'ampleur des actions et des changements menés par les régies régionales explique, en partie, que le programme préhospitalier n'ait pas été identifié comme prioritaire.

Nonobstant certaines initiatives d'intégration et de consolidation, les services préhospitaliers d'urgence sont demeurés en marge du reste du réseau de distribution des services de santé.

Le secteur préhospitalier s'est toutefois implanté au Québec, et de manière prépondérante à Urgences-santé, compte tenu de sa réalité métropolitaine (grand bassin de population, concentration importante d'institutions de santé et de services d'intervention d'urgence, etc.) et des particularités propres à cette corporation (une répartition des appels assistée par ordinateur, un centre de formation continue pour les techniciens ambulanciers, un corps médical d'urgentologues, une centrale de traitement et de répartition des appels, le corps ambulancier le plus important en nombre au Québec, etc.). Ce privilège de situation a permis à Urgences-santé de développer une expertise clinique, opérationnelle et administrative qualifiée d'unique au Québec et dont pourraient bénéficier tous les services préhospitaliers québécois.

Cependant, un fait demeure : ***les services préhospitaliers d'urgence ne se sont pas implantés, de manière intégrée, dans toutes les régions du Québec.*** Ce constat s'explique notamment par le fait que le ministère ait tardé à veiller à l'encadrement et à l'implantation des services sur le territoire québécois, les priorités étant canalisées vers d'autres activités du réseau. En conséquence, sans les moyens nécessaires, les régies régionales, face à une transformation du réseau de la santé et des services sociaux

particulièrement contraignante, n'ont pas toutes été en mesure de procéder à la mise en place systématique d'une chaîne d'intervention complète et intégrée.

Le milieu a donc été incapable d'actualiser le système proposé dans *Chaque minute compte* ! et d'atteindre son rythme de croisière sur le plan de l'organisation et de l'intégration des services. Ceci a mené à une forme de stagnation des services et à une performance relative du réseau sur le plan clinique, c'est-à-dire des temps de réponse parfois trop longs, aucune mesure uniforme systémique en matière de taux de survie aux arrêts cardiaques et aux traumatismes, des analyses rarissimes sur l'évolution de l'état de l'utilisateur à la suite d'une intervention de nature préhospitalière, aucune évaluation de l'ensemble des services, etc. Par contre, il est important de noter que, eu égard aux taux de survie, quelques moyens ont été pris pour assurer le suivi de ces cas : désignation des centres de traumatologie et mise en place du registre des traumatismes.

En mars 1999, le Vérificateur général du Québec déposa un rapport à l'Assemblée nationale sur la gestion des services préhospitaliers d'urgence au Québec (se référer à la synthèse des recommandations en annexe). Les résultats de cet exercice ont mis en évidence de nombreuses lacunes, déjà connues du milieu, soit :

- l'écart entre les responsabilités confiées aux régies régionales et les pouvoirs réels dont elles disposent ;
- l'absence d'une loi définissant clairement les rôles et les responsabilités de chacun ;
- le déploiement inégal d'éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière selon les régions sociosanitaires ;
- le déploiement des ressources ambulancières basé sur des zones exclusives ;
- l'encadrement médical inconstant et la formation insuffisante du personnel ambulancier ;
- la négociation des contrats entre les régies et les entreprises ambulancières ;

- les questions entourant les mesures de contrôle de la qualité des services ;
- les coûts globaux du système et les mécanismes d'allocation budgétaire.

Le ministère a alors pris position sur les problématiques menaçant la qualité et la performance du réseau préhospitalier d'urgence et pour lesquelles une réforme s'imposait. Le constat du ministère a notamment été abordé à l'occasion des auditions de la Commission de l'administration publique (*Loi sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes* sur leur gestion administrative), le 19 mai 1999. Ce constat a souligné le caractère critique de l'étude du Vérificateur général sur les services préhospitaliers d'urgence et les discussions amorcées au moment de ces auditions ont conduit à un certain nombre de recommandations par les membres de la Commission. Essentiellement, ils demandèrent au ministère de considérer les éléments suivants dans une révision éventuelle :

- le partage des pouvoirs et des responsabilités ;
- la redéfinition de la notion d'urgence et de non-urgence ;
- l'utilisation d'intervenants de plus haut niveau (*paramedics*) ;
- la possibilité d'utiliser d'autres moyens que le véhicule ambulancier pour effectuer certains types de transport (par ex. : le transport interétablissements non urgent) ;
- le type de centrale de coordination des appels urgents à implanter ;
- le processus actuel d'allocation des ressources ;
- l'organisation des services par zones exclusives et la tarification des services ambulanciers.

Les travaux du Vérificateur général, ainsi que les recommandations des membres de la Commission de l'administration publique ont grandement contribué à recréer un

momentum au sein du milieu sur la nécessité de conduire une révision des services dans ce secteur névralgique du système de santé québécois.

Le Québec n'est pas le seul à réévaluer le fonctionnement de son système de services préhospitaliers d'urgence. D'importantes réformes sont présentement en cours dans d'autres provinces canadiennes, entre autres, en Nouvelle-Écosse et en Ontario, ainsi qu'aux États-Unis, où se réalise actuellement une réorganisation majeure des services préhospitaliers d'urgence à l'échelle nationale. Dans ces endroits comme ailleurs dans le monde, les raisons évoquées pour justifier une transformation concernent surtout le besoin d'intégrer et de consolider les services, de restructurer le système pour améliorer son accessibilité, de le rapprocher davantage des infrastructures locales et de la communauté mais surtout de réviser et d'actualiser la législation s'y rattachant, afin de lui donner un cadre définissant clairement les rôles et les responsabilités de chacun.

Le système de services préhospitaliers d'urgence québécois demeure jeune et même si ce secteur d'activité accuse des retards sur le plan du développement de certains aspects de ses services en comparaison à d'autres provinces ou pays, il peut, dans son cheminement actuel, s'inspirer des expériences de systèmes préhospitaliers étrangers ayant vécu certaines transformations, lesquelles peuvent être mises à profit dans le processus actuel de révision.

LA DÉMARCHE DE RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC : L'IMPORTANCE D'AGIR

Trois facteurs importants sous-tendent la démarche de révision des services préhospitaliers d'urgence. Le premier de ces facteurs est sans contredit le fait que tous les acteurs du milieu (régies régionales, propriétaires d'entreprises ambulancières, techniciens ambulanciers, coordonnateurs médicaux, syndicats, etc.) réclamaient une réforme des services préhospitaliers d'urgence. Chacun d'entre eux avait des motifs différents, mais tous remettaient en cause le fonctionnement et l'organisation actuels de ce secteur. Malgré certains progrès réalisés depuis le rapport *Chaque minute compte !*, il s'est installé au Québec une relative stagnation dans le développement des services préhospitaliers d'urgence.

Le deuxième facteur est le rapport de 1999 du Vérificateur général qui a mis en évidence de nombreuses lacunes. Le rapport est venu exercer une pression additionnelle sur le ministère et sur l'ensemble des intervenants pour que des actions concrètes soient entreprises dans les plus brefs délais. Le Vérificateur général avait notamment indiqué que l'État dépensait près de 200 M\$ dans le secteur préhospitalier sans posséder d'indicateurs de qualité, de performance et d'efficience permettant de suivre l'évolution de ce secteur.

Le dernier facteur provient de l'étude faite par la Commission de l'administration publique, portant sur les résultats du Vérificateur général, qui est venue renforcer l'importance d'agir et de procéder à un examen plus poussé de ce secteur, afin d'y apporter les solutions appropriées. Dans le cadre de cette Commission, le sous-ministre proposa la mise sur pied d'un comité qui conduirait à une révision des services préhospitaliers d'urgence.

Création du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence : mandat et objectifs

Le 1^{er} octobre 1999, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, annonçait officiellement la mise sur pied d'un Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence dont le mandat consistait à :

« concevoir un système préhospitalier d'urgence s'appuyant sur un réseau de services efficace et efficient permettant d'offrir à la population du Québec des soins préhospitaliers de qualité au meilleur coût possible et proposer un plan de mise en œuvre ».

Il s'agissait d'un mandat à deux volets :

- (1) tout d'abord, déposer des recommandations, afin de concevoir un système préhospitalier d'urgence axé sur des objectifs d'efficacité et d'efficience ;*
- (2) ensuite, élaborer un plan d'action pour mettre en œuvre les recommandations, comprenant les conditions favorisant l'implantation des mesures découlant des travaux de révision.*

Dans un premier temps, la ministre tenait à recevoir du comité des recommandations permettant d'améliorer le système actuel, de le rendre plus efficace et efficient. Dans un deuxième temps, elle demandait aussi au Comité de lui soumettre un plan d'action, incluant les conditions de réalisation des mesures découlant des travaux de révision, ainsi que le cheminement critique accompagnant la démarche d'implantation. Ce deuxième volet du mandat est un élément important de la démarche visant, avant tout, à définir les conditions nécessaires à la mise en place des nouvelles orientations proposées par le Comité, de façon rapide et décisive.

Ce comité, présidé par monsieur André Dicaire, comptait seize (16) membres représentant les principaux secteurs d'intérêts concernés par la démarche de révision et qui, par leurs compétences et leur expérience, pouvaient poser un regard éclairé et réaliste sur le système de services préhospitaliers d'urgence. Une des conditions du succès du comité fut, sans contredit, la présence de personnes issues de divers milieux concernés par cette réflexion qui, autour d'éléments consensuels, favoriserait davantage la mobilisation du milieu.

En créant ce comité, la ministre a tenu non seulement à s'inscrire dans les propos du Vérificateur général et de la Commission de l'administration publique mais aussi à exprimer l'importance d'agir rapidement dans ce secteur.

➤ **Les objectifs**

Les services préhospitaliers d'urgence de demain doivent répondre aux besoins de la population tout en s'intégrant aux autres composantes du système de santé, ainsi qu'aux autres organisations concernées, de près ou de loin, par la prestation de soins préhospitaliers. Dans cette optique, les services préhospitaliers d'urgence doivent se transformer à partir d'une vision systémique orientée vers des objectifs de performance.

La performance des services préhospitaliers d'urgence se définit essentiellement par le degré d'atteinte des objectifs ciblés par le système, soit :

- ⇒ une réduction mesurée de la mortalité et de la morbidité ;
- ⇒ l'intégration des éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière d'urgence entre eux et avec le réseau sociosanitaire ;
- ⇒ une réponse adaptée aux besoins de la population et basée sur la mise en place de moyens pertinents ;
- ⇒ le développement de standards de qualité et d'indicateurs de performance permettant d'assurer le suivi constant de la qualité du système et de son amélioration ;
- ⇒ un haut degré de satisfaction de sa clientèle.

L'efficience des services, c'est-à-dire le fonctionnement au meilleur coût possible, passe par une utilisation optimale des ressources préhospitalières, par une responsabilisation des fournisseurs de services et par une meilleure information aux utilisateurs. Elle vise finalement à s'assurer que les services préhospitaliers dispensés à la population québécoise soient de qualité et que les sommes d'argent consenties soient aussi utilisées au mieux.

Stratégie de révision

- *Orientations*

Pour les membres du comité, la révision des services préhospitaliers d'urgence devait se faire de manière concertée, en situant les travaux au-dessus des intérêts sectoriels, afin de centrer la démarche sur trois orientations précises.

➤ **Des services centrés sur les besoins de la population**

Tout d'abord, l'exercice de révision devait recentrer le système préhospitalier d'urgence sur les besoins objectivés de la clientèle et dépasser les intérêts personnels ou sectoriels des intervenants concernés par la démarche.

➤ **La qualité au cœur de la révision**

De plus, les services préhospitaliers d'urgence devaient être repensés selon une logique systémique axée sur une organisation des services modulée en fonction des besoins des individus, de leur évolution et de la préoccupation constante de dispenser des services à partir de critères de qualité et de performance rigoureux.

➤ **L'action comme résultat**

Enfin, l'élaboration d'un plan d'action comme deuxième volet du mandat de révision, représentait inéluctablement la valeur ajoutée de la démarche. Il s'agissait, avant tout, d'orienter les travaux vers le changement et l'action. Cet exercice s'avérait essentiel compte tenu qu'historiquement et culturellement, les assises du modèle préhospitalier d'urgence reposaient sur des visions divergentes soumises à des rapports de force importants. En privilégiant le respect des intervenants du milieu face au processus et aux résultats, le Comité misait davantage sur des conditions favorables à une réelle action subséquente.

- *Méthodologie de travail*

➤ **Sous-comité stratégique**

Compte tenu de l'envergure du mandat dévolu aux groupes de travail, le Comité national a jugé bon, en cours de travaux, de créer un sous-comité stratégique dont l'objectif premier était d'appuyer les groupes dans l'avancement de leurs travaux.

Ce sous-comité, constitué de quelques membres du Comité national, des responsables de groupes de travail et de l'équipe de professionnels du secrétariat général affectée à la démarche de révision au sein du ministère, a eu comme mandat principal :

- ⇒ de dresser le bilan actuel des principales lacunes du système préhospitalier d'urgence et d'établir ses points forts et faibles ;
- ⇒ de circonscrire les aspects sur lesquels les groupes de travail devaient insister pour orienter leurs travaux subséquents de révision.

Les travaux du sous-comité stratégique ont permis, entre autres, d'intégrer les analyses sur l'ensemble des aspects à réviser, d'assurer les interfaces nécessaires entre les groupes de travail ainsi qu'avec le Comité national et de valider certaines des orientations préconisées par les responsables de groupes.

➤ **Groupes de travail : regard sur les principales dimensions de la révision**

Le Comité s'est doté d'une stratégie de révision circonscrite à partir de l'examen des dimensions suivantes : **clinique, organisationnelle, financière et juridique**, chacune comportant des aspects considérés problématiques et qui nécessitaient une révision par des groupes d'experts.

Dans un système qui se veut intégré, l'analyse des aspects révisés dans chacune des dimensions doit aussi s'effectuer en interfaces, de façon intégrée. Pour soutenir les travaux de révision, trois (3) groupes de travail ont été formés, chacun rattaché aux

dimensions de la révision, de même qu'une équipe de soutien du ministère, affectée aux aspects d'ordre juridique. Ces groupes ont fait partie intégrante du processus de révision et leur mandat était exhaustif et complexe (se référer aux mandats des groupes en annexe).

Chaque groupe, constitué d'un responsable ayant acquis une expérience en relation avec la dimension touchée, fut mandaté pour soutenir l'exercice de révision en s'appuyant sur une équipe solide possédant les compétences nécessaires à la compréhension des diverses problématiques signalées et à l'élaboration des solutions pertinentes soumises, en une deuxième étape, au Comité national.

➤ **Consultations**

Dans le cadre de ses travaux, le Comité a consulté un grand nombre d'intervenants et d'organismes concernés par la révision des services préhospitaliers d'urgence (se référer à la liste des groupes au début du rapport). Ces organismes représentaient toutes les composantes de la chaîne d'intervention, les partenaires du milieu, ainsi que les multiples facettes de la réalité préhospitalière québécoise. Dans le cadre des consultations, le Comité a aussi rencontré les principaux ministères impliqués dans le domaine ainsi que les syndicats représentant le personnel du réseau préhospitalier.

Les échanges lors des consultations visaient les buts suivants :

- ⇒ bien comprendre leurs préoccupations ;
- ⇒ recevoir leurs propositions d'amélioration des services ;
- ⇒ obtenir leurs commentaires sur des points précis ou sur des hypothèses.

Ces groupes ont été rencontrés en des périodes différentes, soit :

- ⇒ en mars 2000 ;
- ⇒ en mai 2000 ;
- ⇒ en septembre 2000.

Cette phase de consultation a aussi permis d'assurer la meilleure adéquation possible entre les recommandations et les problématiques relevées.

Changement de paradigme : les conditions essentielles à la mise en œuvre de la révision

Au cours des dernières années, on a beaucoup parlé du secteur préhospitalier, plus souvent qu'autrement sous l'angle des problèmes ou des litiges. D'avoir tenu de nombreux discours sur les aspects problématiques présente certains avantages, car c'est par le biais des constats issus des débats sur la question que le Comité en est arrivé à trouver des solutions novatrices visant à améliorer, voire renouveler, certaines pratiques dans ce secteur.

L'utilisation de nombreuses ressources et de leur expertise doit se faire dans une nouvelle perspective axée avant tout sur la qualité des services préhospitaliers d'urgence. Par conséquent, ceci commande de modifier certaines façons de faire pour changer le paradigme actuel par de nouvelles conditions, afin de favoriser l'implantation et l'intégration d'un modèle renouvelé.

Il est grand temps de reconnaître le rôle prépondérant des interventions en phase préhospitalière et la mission inhérente à ce secteur au sein du réseau sociosanitaire. Pour y arriver et relever efficacement les défis de la révision, les intervenants et les partenaires du milieu devront s'approprier les conditions suivantes, jugées par le Comité comme étant essentielles au changement systémique à venir.

- *Conditions fondamentales*

- **Des services de qualité**

La qualité des services préhospitaliers d'urgence doit constituer l'objectif premier des acteurs du système. Elle doit dépasser les intérêts particuliers pour se recentrer sur la performance des intervenants auprès des usagers et sur l'exécution des interventions pour lesquelles ils ont été formés.

➤ **Une imputabilité accrue**

L'imputabilité doit être au centre des structures de gestion du système préhospitalier d'urgence. Chaque intervenant et partenaire du système préhospitalier d'urgence doit être imputable en regard des rôles et des responsabilités qui lui sont dévolus dans le système, ainsi que des résultats attendus de ses actions.

➤ **L'efficacité du système**

L'efficacité du système préhospitalier d'urgence fait appel non seulement à l'atteinte des objectifs de santé et de bien-être mais également aux résultats d'organisation et de production de ces services.

Dans un contexte où les investissements doivent être utilisés au mieux, le système préhospitalier d'urgence doit être en mesure de produire de meilleurs résultats (extrants) par rapport aux ressources investies (intrants). L'efficacité du système passe non seulement par une précision du type de résultats attendus, mais aussi par le rapport entre les résultats obtenus et les moyens mis en œuvre.

- *Conditions opérationnelles*

➤ **L'amélioration continue de la qualité**

La réalisation et le maintien de la qualité des services préhospitaliers d'urgence et du système dans son ensemble passent par une approche intégrée des processus plutôt que par une évaluation compartimentée des services rendus par un intervenant. Dans le contexte des services préhospitaliers d'urgence, où la chaîne d'intervention est particulièrement sollicitée pour réagir le plus rapidement possible aux véritables urgences, l'amélioration continue de la qualité des interventions de chaque niveau prend tout son sens et soutient l'amélioration du système dans sa globalité.

➤ **Une gestion axée sur les résultats**

Pour accroître l'imputabilité, le système préhospitalier d'urgence doit parvenir à glisser d'un modèle axé principalement sur l'obligation de moyens à une logique fondée sur une meilleure transparence et l'obligation d'atteinte de résultats. Il faut que le système définisse de façon non équivoque les résultats escomptés (*i.e.* temps de réponse, etc.), les objectifs et les moyens de suivi pour y parvenir.

➤ **Une réponse modulée**

Le système de services préhospitaliers d'urgence doit pouvoir élargir son spectre d'interventions sanitaires en fonction de strates de besoins bien caractérisées. La multiplicité des besoins commande des moyens de réponse diversifiés pour atteindre éventuellement un plus haut degré de qualité, d'efficacité et d'efficience.

➤ **L'utilisation uniforme des systèmes d'information et de communication**

La gestion efficace et efficiente des services préhospitaliers d'urgence passe par le développement et l'utilisation de systèmes d'information fiables et compatibles, capables d'intégrer plusieurs flux informationnels. Au départ, tout en respectant la confidentialité des renseignements nominatifs, l'information colligée doit être axée sur les services à la population, donc sur des considérations cliniques basées sur l'identification du besoin de l'utilisateur au moment de l'appel, de l'évaluation et de l'intervention auprès de cet usager par les intervenants préhospitaliers, jusqu'à la prise en charge et l'orientation particulière de l'utilisateur vers l'établissement. Au-delà des aspects cliniques, les systèmes doivent aussi permettre l'évaluation des structures en place et des coûts, ainsi que des impacts ou des effets du système.

L'efficacité et l'efficience des services passent aussi par le recours à une technologie de communication plus moderne, interactive et cohérente qui soutienne les opérations des services préhospitaliers d'urgence. De façon prioritaire, les systèmes doivent s'interconnecter pour que les intervenants internes du réseau (techniciens ambulanciers,

premiers répondants, personnel des centrales, personnel des services d'urgence, assistance médicale) puissent transmettre des informations permettant d'optimiser l'efficacité de leurs interventions. Éventuellement, les systèmes devront aussi s'interconnecter avec d'autres services externes au réseau préhospitalier (corps policiers, services d'incendie, autres services publics, etc.).

L'utilisation des moyens de communication représente plus que l'affectation de transports. Elle devient aussi un outil d'information et de prestation de soins cliniques nécessaire à l'optimisation de la réponse et, en bout de course, à l'intervention la plus appropriée auprès de l'utilisateur.

Démarche de révision

La stratégie de révision incitait le Comité à répondre à trois grandes questions :

(1) <i>Où en sommes-nous ?</i>	Faire un état de situation du système préhospitalier d'urgence actuel et de ses diverses composantes, en relation avec le rapport « <i>Chaque minute compte !</i> » et statuer sur les forces en présence, les ressources utilisables et les lacunes constatées.
(2) <i>Où voulons-nous aller ?</i>	Déterminer, en fonction des constats, les cibles, les objectifs et les écarts à combler, identifier les orientations prioritaires permettant de corriger rapidement la situation et faire les recommandations jugées nécessaires.
(3) <i>Comment s'y rendre ?</i>	Identifier les actions requises pour mettre en œuvre les recommandations et proposer un échéancier des travaux sur cinq (5) ans.

Les réponses à chacune de ces trois questions constituent les trois parties du rapport. Le premier chapitre fait état des principaux constats du système actuel : les faiblesses des

maillons, les lacunes systémiques, le financement du système et l'environnement juridique.

La première partie du deuxième chapitre énonce les recommandations touchant l'ensemble des dimensions révisées (clinique, organisationnelle, financière et juridique) pour assurer une réforme dans ce secteur. Les recommandations sont présentées en fonction des axes de problèmes présentés dans le premier chapitre, soit à partir de la chaîne d'intervention, de l'architecture systémique, incluant les structures, la gestion, l'évaluation et l'encadrement des services, le financement du système, ainsi que les impacts sur le plan juridique.

Finalement, le plan d'action représente le résultat attendu des actions prioritaires à entreprendre en vue de la mise en place au Québec d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence. Présenté en quatre volets ciblant : (I) la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux ; (II) la Direction des services préhospitaliers d'urgence ; (III) les régies régionales ; et (IV) les maillons de la chaîne, le plan d'action propose, aux principaux acteurs et partenaires du milieu, les étapes d'implantation rattachées aux mesures proposées. Il situe notamment les recommandations dans leur contexte propre, les actions structurantes à entreprendre et les acteurs responsables de leur actualisation, ainsi que l'échéancier de réalisation.

Enfin, les discussions au sein du comité se sont déroulées dans un contexte d'ouverture, de respect mutuel et d'objectivité. Il émerge de ces travaux un accord unanime sur les recommandations déposées à la ministre. Le résultat des travaux est considéré positif et très porteur pour l'avenir de ce secteur qui devrait connaître au cours des prochaines années un grand développement et une meilleure intégration au milieu sociosanitaire.

CHAPITRE I

LES PRINCIPAUX CONSTATS SERVANT D'ASSISES À LA RÉFORME DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Les rencontres effectuées par le Comité, ainsi que les diverses séances de travail menées par le sous-comité stratégique au cours des travaux, ont permis d'actualiser les problématiques soulevées notamment par le Vérificateur général et de faire état de la situation sur les services préhospitaliers d'urgence au moment de la révision.

Le bilan actuel en matière de services préhospitaliers d'urgence a été effectué à partir des éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière. D'ailleurs, l'examen des services à travers les maillons de la chaîne a permis non seulement de dégager les principales faiblesses de chacun des niveaux d'intervention, mais aussi de prendre connaissance de l'ensemble des lacunes systémiques dans ce secteur. Ce bilan, partagé par tous les membres, est sans contredit une amélioration apportée à la démarche entreprise par le Comité dans le cadre de son mandat.

1.1 LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE A LA FORCE DE SON PLUS FAIBLE MAILLON

Considérant l'origine et le chemin suivi par les services préhospitaliers d'urgence, plusieurs facteurs concomitants ont fait en sorte que l'implantation des maillons de la chaîne d'intervention, telle que proposée en 1992 dans *Chaque minute compte !*, a été difficile à actualiser et par conséquent, à ce jour, ces services ne sont pas disponibles partout au Québec.

LES MAILLONS DE LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

Premiers Intervenants ⇒	Centres d'appel 9-1-1 ⇒	Encadrement médical			Établissements receveurs
		Centrales de coordination des appels urgents ⇒	Premiers Répondants ⇒	Services ambulanciers ⇒	

Plusieurs raisons factuelles motivaient la décision d'implanter une chaîne d'intervention répondant à une multiplicité de demandes de soins, de besoins et de niveaux de compétence requis de la part des intervenants. D'ailleurs, l'intervention par niveaux était l'approche préconisée dans le but de rendre le système plus efficace.

Les travaux de révision portant sur le cheminement de l'usager à travers les éléments constitutifs d'une intervention préhospitalière ont fait ressortir des lacunes persistantes en regard du développement et de la mise en opération des maillons de la chaîne. Malgré des tentatives intéressantes d'implantation des éléments de la chaîne dans certaines régions du Québec, le diagnostic final illustre qu'aucune de ces régions ne se trouve pourvue d'une véritable chaîne complète de services dont les interventions s'effectuent de manière continue et intégrée.

1.1.1 Premiers intervenants

Le premier intervenant est la personne se trouvant sur le site d'un incident ou qui découvre un individu en détresse. Considéré comme le premier maillon de la chaîne, le premier intervenant active celle-ci, afin que débute l'intervention structurée du système préhospitalier. Il peut prodiguer des soins de base (par ex. : manœuvres de réanimation) nécessaires à la stabilisation de la victime avant l'arrivée des premiers répondants et des techniciens ambulanciers. Son rôle est déterminant car il représente l'élément déclencheur d'une réaction en chaîne dont l'objectif premier est de diminuer la mortalité et la morbidité.

Au Québec, peu d'individus maîtrisent les interventions de base leur permettant de réagir et d'intervenir sur le site d'un incident.

Selon les informations colligées par le Vérificateur général auprès des organismes reconnus en la matière (Fondation des maladies du cœur, Croix-Rouge et Ambulance Saint-Jean) seulement 2,4 % de la population âgée de 15 ans ou plus a suivi un cours de réanimation cardio-respiratoire au cours de l'année 1997-1998. Le rapport du Vérificateur général dévoile aussi que, toujours selon les experts dans ce domaine, une personne sur quarante est en mesure d'intervenir adéquatement alors que l'objectif visé est de une sur

sept (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, articles 3.64 et 3.69*). Une très faible proportion de la population est donc formée adéquatement pour agir en matière de secourisme.

Au-delà du public en général, les travaux de révision tendent à démontrer que même les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux, notamment dans les cliniques privées, les CLSC et les CHSLD, sont aussi peu formés à intervenir adéquatement comme premier intervenant. Ce constat est d'autant plus surprenant qu'il s'agit de personnes qui œuvrent dans des milieux à vocation sociosanitaire.

Par contre, les consultations effectuées auprès des intervenants du milieu ont permis de constater qu'il existe actuellement au Québec près de 186 000 secouristes actifs dans les milieux de travail. Ces intervenants sont formés via le Programme de formation des secouristes mis sur pied par la Commission de la santé et de la sécurité au travail et ils interviennent dans plusieurs établissements de travail au Québec. Il s'agit d'une cohorte importante et intéressante de premiers intervenants sur le territoire québécois.

Le premier intervenant doit normalement signaler l'incident au 9-1-1 ou à défaut aux entreprises ambulancières, pour déclencher l'intervention préhospitalière. Encore aujourd'hui, peu d'individus sont informés des moyens mis à leur disposition pour accéder rapidement aux services préhospitaliers d'urgence et au fait que le service 9-1-1, s'il existe, est reconnu comme porte d'entrée unique à une intervention préhospitalière d'urgence.

Faute d'information et de formation, le temps de réaction de la personne n'est pas aussi rapide qu'escompté. Ceci remet inéluctablement en cause l'efficacité de la chaîne d'intervention dans son ensemble, car l'initiateur de cette chaîne n'est pas en mesure, plus souvent qu'autrement, de réagir adéquatement étant donné le peu d'information mis à sa disposition et le peu de formation dont il dispose pour s'impliquer et intervenir davantage dans le système.

Il existe au Québec une faible sensibilisation du public sur le rôle du premier intervenant face à la détresse d'autrui et à l'initiation à certains gestes nécessaires. Le développement de la pratique de l'urgence au Québec accuse des retards

comparativement à d'autres provinces canadiennes ou États américains. La médecine d'urgence est une spécialité jeune, reconnue au Québec depuis 1998, et sa diffusion reste à faire. Or, ce déficit culturel de l'urgence se répercute sur la société québécoise, peu encline à réagir face à une situation d'urgence. De plus, la population éprouve parfois certaines réticences à porter secours à des blessés ou à des malades, souvent par la crainte non-fondée d'éventuelles poursuites. Globalement, cet inconfort culturel est regrettable et demande des solutions ciblées pour améliorer la perception de la population face à la notion d'urgence et à l'intervention dans une telle situation.

Constats sur les premiers intervenants :

- ☞ peu d'individus formés pour agir en matière de secourisme ;
- ☞ milieu à vocation sociosanitaire tout aussi peu formé et sensibilisé ;
- ☞ peu d'individus sensibilisés à l'obligation civique de porter secours et d'alerter le système préhospitalier d'urgence ;
- ☞ sous-utilisation du réseau de 186 000 secouristes formés en milieu de travail.

1.1.2 Centres d'appel 9-1-1

Les services 9-1-1 sont mis en place par les municipalités et leur rôle consiste à recevoir l'ensemble des appels qui requièrent une ou plusieurs interventions d'urgence (pompiers, policiers, ambulanciers) et à transférer ces appels à la centrale de coordination lorsque les services préhospitaliers d'urgence sont requis (Centrale de coordination des appels urgents, Guide de soutien à l'organisation, juillet 1996).

Les services 9-1-1 sont essentiels à la chaîne car ils constituent une porte d'accès unique dans le système préhospitalier d'urgence. Plus de 85 % de la population québécoise est couverte par un service 9-1-1, malgré que cette couverture ne représente que 35 % du territoire québécois. L'accès rapide aux services préhospitaliers d'urgence est une condition importante pour l'efficacité et l'efficience du système.

Toutefois, pour que les autres maillons de la chaîne puissent réagir, les appels de nature préhospitalière doivent être transférés rapidement vers la centrale responsable du traitement et de la répartition de ces appels, et ce, dans le respect des standards de performance des services préhospitaliers d'urgence. **À cet égard, certaines difficultés d'intégration et de compréhension des rôles réciproques de chacun persistent, entraînant des situations parfois problématiques** (retard de transmission des demandes préhospitalières, répondants locaux parfois avisés en premier pour un appel lié à la santé, difficulté d'accès aux banques de données, etc.). Pourtant, la prise d'appel rapide et adéquate par le centre 9-1-1 suscite une action qui se répercute sur les autres éléments de la chaîne d'intervention et, conséquemment, sur les services rendus à la population.

Ces situations sont toutefois peu fréquentes là où un protocole d'entente est en vigueur entre les centres 9-1-1 et la centrale de coordination des appels santé. C'est le cas à Montréal où le protocole d'entente établi entre la centrale d'Urgences-santé et la Communauté urbaine de Montréal (CUM) représente un modèle intéressant qui assure notamment l'atteinte des objectifs chronométriques tant pour le 9-1-1 que pour la centrale et l'identification de l'intervenant prioritaire selon le type d'appel pour le respect des standards de performance des services préhospitaliers d'urgence.

Constats sur les centres 9-1-1 :

- ☞ services 9-1-1 inaccessibles dans certains endroits au Québec ;
- ☞ difficultés d'intégration et de compréhension des différents rôles ;
- ☞ absence quasi systématique de protocole d'entente entre les centres 9-1-1 et les centrales de coordination et impact négatif sur les délais de réponse là où il n'y a pas de protocole d'entente ;
- ☞ modèle intéressant d'un protocole d'entente entre la centrale d'Urgences-santé et la CUM.

1.1.3 Centrales de coordination des appels urgents

Le rôle d'une centrale de coordination des appels urgents consiste à coordonner de façon optimale, selon les modalités définies, les normes et les protocoles établis, la réponse du système préhospitalier d'urgence à la suite d'un appel urgent. Elle intervient surtout au niveau de l'articulation des éléments concernés du système intégré de services préhospitaliers d'urgence (Centrale de coordination des appels urgents, Guide de soutien à l'organisation, juillet 1996).

Les travaux d'analyse effectués dans le cadre de la révision ont démontré sans équivoque la pertinence des centrales dans l'architecture d'un système préhospitalier d'urgence. **D'ailleurs, les centrales sont un impératif organisationnel qui assure la régulation de l'opération des services préhospitaliers d'urgence dont les effets ont un impact sur la mortalité et la morbidité de la clientèle.** Ses fonctions de base et de soutien contribuent à l'intégration des divers maillons de la chaîne tout en permettant l'évaluation de la performance de l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence. Considérant ce rôle essentiel et crucial dans la prestation des services, la centrale se doit d'être l'élément autour duquel se greffe l'ensemble des composantes opérationnelles du système.

En 1988, le ministère reconnaissait la nécessité de couvrir tout le territoire québécois de centrales de coordination et il confiait cette responsabilité aux régies régionales. Au moment de la révision, le Québec comptait trois centrales approuvées par le ministère de la Santé et des Services sociaux :

- (1) **Urgences-santé** : organisation à vocation publique couvrant les régions sociosanitaires de Montréal-Centre et Laval ;
- (2) **Centrale de coordination santé de la région de Québec** : organisme sans but lucratif, couvrant la région sociosanitaire de Québec ;
- (3) **Groupe Alerte-santé Inc.** : entreprise à vocation privée couvrant la région sociosanitaire de la Montérégie et une partie de l'Estrie.

Plusieurs projets ont été déposés par les régies régionales afin d'obtenir une approbation ministérielle pour implanter une centrale. Toutefois « leurs efforts pour concrétiser les volontés ministérielles sont dépourvus de vision d'ensemble, si bien que l'état d'avancement de cette implantation est décevant » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.88). En juillet 1999, à l'aube de la révision des services préhospitaliers d'urgence, le ministère établit un moratoire sur l'implantation des centrales. Cependant, il autorise le recours à l'utilisation de systèmes de triage nécessitant une formation pour les préposés au traitement et à la répartition des appels urgents, ceci dans le but ultime d'améliorer la qualité des services.

Les trois centrales approuvées représentent des îlots d'organisation tout à fait valables couvrant actuellement près de 60 % de la population du Québec. **Cependant, l'absence de centrales dans plusieurs régions administratives du territoire québécois est une des lacunes majeures du système de services préhospitaliers d'urgence. En corollaire, l'existence de plusieurs petites centrales de répartition des appels, dans les régions n'étant pas desservies par une centrale approuvée, rend difficile la normalisation et la standardisation du traitement des appels, ainsi que les interventions sur le terrain et le suivi de la qualité de celles-ci.**

Au fil du temps, plusieurs scénarios d'implantation ont été envisagés par le ministère pour assurer la couverture complète du Québec. Sur un plan purement technologique, la capacité d'une centrale de couvrir la province semble possible. Cependant, si l'on juxtapose les découpages administratifs et les particularités régionales, on observe une mosaïque de territoires distincts qui appelle une toute autre configuration. Il faut donc considérer un ensemble de composantes et de critères objectifs afin de déterminer une configuration optimale, performante, efficace et efficiente des centrales de coordination sur l'ensemble du territoire québécois.

Toutefois, un fait demeure : sans la présence de centrales responsables de la coordination et de la régulation de l'ensemble des activités de la chaîne d'intervention sur le territoire québécois, le fonctionnement optimal des éléments de la chaîne et leur intégration sont remis en cause : « À défaut d'une centrale de coordination, la qualité des services préhospitaliers d'urgence est diminuée, surtout quant au temps de réponse du

système en matière de soutien téléphonique à l'interlocuteur » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.93).

Au-delà des problématiques reliées aux aspects structuraux des centrales de coordination (*i.e.* nombre de plateaux technologiques requis, regroupements territoriaux nécessaires), des lacunes sont présentes sur le plan opérationnel, plus particulièrement en ce qui a trait aux ententes avec les centres 9-1-1, au triage des appels, aux ressources subséquemment affectées et aux relations, souvent tendues, entre les intervenants sur le terrain et les répartiteurs.

1.1.3.1 Interface entre le 9-1-1 et la centrale

La centrale de coordination peut recevoir des appels en provenance d'un ou de plusieurs centres 9-1-1. Les choix organisationnels qui se présentent nécessitent donc plusieurs rencontres avec les intervenants, notamment les centres 9-1-1, s'il y en a, et les municipalités. La centrale est en quelque sorte tributaire des standards de qualité établis par le centre 9-1-1 quant à la réception et au traitement des appels urgents. **Dans les faits, outre Urgences-santé qui a signé une entente avec la Communauté urbaine de Montréal, ni le ministère ni les régies n'ont signé d'ententes avec les centres 9-1-1 pour définir les modalités de fonctionnement et les standards préhospitaliers à respecter.**

Il est difficile d'obtenir des statistiques fiables sur le délai de transfert de l'appel du centre 9-1-1 vers la centrale et sur le temps de réponse. Pourtant, la chronométrie du temps de réception et de traitement de l'appel au centre 9-1-1 joue un rôle prépondérant dans l'atteinte des objectifs de temps de réponse définis par les standards du système préhospitalier d'urgence.

En l'absence d'ententes, il arrive aussi que les actions ne coïncident pas parfaitement et que des intervenants tels que les policiers ou les pompiers se rendent d'abord sur les lieux d'un incident avant que soient prévenues les ressources préhospitalières. Cela augmente considérablement le temps de réaction global du système.

1.1.3.2 Traitement des appels, affectation des ressources et relations entre le terrain et la répartition

Le retard dans l'implantation d'un système médical fiable capable d'attribuer une pondération du degré de l'urgence médicale, tel que le SMPAU¹ dans les centrales de coordination approuvées, oblige les services ambulanciers à affecter une ressource (ambulance) sur tous les appels. Pourtant, un traitement du degré d'urgence de l'appel pourrait permettre l'affectation de ressources plus appropriées à la situation signalée et épargner les ressources d'ambulance pour les urgences réelles et décelées.

L'atteinte du niveau de spécificité souhaité pour les services préhospitaliers, nécessite un traitement homogène des appels pour l'ensemble du Québec, ce qui n'est pas le cas actuellement. **Sans un outil objectif d'évaluation des besoins, il est difficile de moduler la réponse adéquatement.**

De même, le recours à un plateau technologique, qui permette une gestion objective des appels et un contrôle rétroactif des décisions d'affecter un véhicule ambulancier, est un atout majeur pour réduire les frictions constantes entre « la route » et la répartition. De plus, les services ambulanciers doivent pouvoir déterminer les modes de fonctionnement et résoudre les problèmes quotidiens survenant entre la répartition et les intervenants, afin de maintenir la cohésion essentielle entre ces deux maillons intimement liés et d'assurer ainsi une prestation de qualité.

Au fil des ans, le système a développé une sensibilité accrue aux demandes de soins, peu importe le degré d'urgence associé à celles-ci, mais tout en étant devenu très sensible aux demandes, il est demeuré peu spécifique à l'égard de la réponse.

1. Système médicalisé de priorisation des appels urgents développé par le docteur Jeff Clawson, de Salt Lake City, Utah.

Constats sur les centrales de coordination des appels urgents :

- ☞ couverture incomplète du territoire québécois par les centrales de coordination ;
- ☞ existence de structures non autorisées ;
- ☞ incompatibilité des plateaux technologiques existants ;
- ☞ rareté d'ententes signées avec les centres 9-1-1 afin que les standards de performance de services soient respectés ;
- ☞ absence d'outil standardisé d'évaluation du traitement des appels ;
- ☞ système d'engagement des ressources sensible mais peu spécifique : affectation d'une ressource unique (l'ambulance) pour une multiplicité de besoins.

1.1.4 Services de premiers répondants

Les premiers répondants sont un maillon essentiel à l'architecture d'un système préhospitalier d'urgence performant.

1.1.4.1 Le rôle des premiers répondants dans la chaîne d'intervention

Les premiers répondants sont des intervenants formés et désignés pour intervenir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels préétablis. *Le rôle des premiers répondants consiste à administrer à la victime les soins d'urgence qu'elle requiert selon des protocoles d'intervention clinique prévus à leur intention* (Services de premiers répondants, *Guide de soutien à l'organisation*, juillet 1996).

Malgré l'émergence d'initiatives régionales intéressantes pour développer des services de premiers répondants intégrés et structurés, une lacune demeure : **ce maillon est inconstant dans la chaîne d'intervention préhospitalière et le corollaire est que peu de premiers répondants sont actifs et intégrés aux services préhospitaliers d'urgence sur le territoire québécois.**

Pourtant, le premier répondant est crucial pour assurer une rapidité et une facilité d'accès aux services préhospitaliers d'urgence, tout au moins, dans les endroits où l'éloignement d'une partie de la population des centres urbains rend plus problématique l'accès rapide à une ressource ambulancière. D'ailleurs, il s'agit d'une condition critique essentielle pour l'atteinte des marqueurs de performance du secteur préhospitalier d'urgence (compression des temps de réponse) et pour l'amélioration de l'ensemble des soins à la population en phase préhospitalière. Cependant, comme c'est le cas pour l'implantation des autres maillons de la chaîne, le développement des services de premiers répondants est le résultat de nombreuses tentatives locales et régionales non arrimées et souvent laissées à elles-mêmes pour y arriver. Ce corollaire a mené parfois à l'instauration de services peu ou mal intégrés, créant même occasionnellement un système parallèle et concurrent aux services préhospitaliers d'urgence.

L'absence de dispositions législatives propres aux services de premiers répondants pose d'inextricables problèmes de mise en place de ces services. Cette carence sur le plan législatif crée dans le système une **ambiguïté quant aux rôles et aux responsabilités des instances dans le développement et le financement des services de premiers répondants**, plus particulièrement auprès des municipalités, considérées souvent comme les premiers acteurs concernés par l'implantation de services de premiers répondants.

Les municipalités, par les rôles inhérents à leurs fonctions dans le domaine de la sécurité publique, ont été sollicitées d'emblée pour participer au développement et au financement des services de premiers répondants. Toutefois, sans les assises juridiques nécessaires à la compréhension et à l'encadrement des responsabilités rattachées à ce mandat, et sans le soutien financier approprié, l'intérêt des municipalités à participer à la mise en place de services de premiers répondants s'est rapidement atténué. D'ailleurs, pour plusieurs d'entre elles, le financement des services de premiers répondants constitue une responsabilité analogue à celle des services ambulanciers et devrait relever du ministère de la Santé et des Services sociaux.

L'ambiguïté quant aux rôles et aux responsabilités des premiers répondants s'est aussi installée auprès des responsables des interventions, plus particulièrement auprès des techniciens ambulanciers, des pompiers et des policiers. Sans une définition claire du

statut de premier répondant et une description précise des tâches qu'il a à accomplir sur le site d'un incident, l'intégration s'avère parfois difficile. Par ailleurs, cette imprécision s'est répercutée, notamment, sur l'attribution exclusive du rôle de premier répondant à des secteurs particuliers comme les services d'incendie.

1.1.4.2 Effectifs actuels

Dans le cadre du rapport *Chaque minute compte !*, le ministère entérinait le concept de premier répondant. Le *Guide de soutien à l'organisation sur les premiers répondants* établissait, pour sa part, les lignes directrices encadrant la mise en place de services de premiers répondants. Il était alors question de déléguer aux régies régionales le pouvoir de décider si elles adhéraient ou non à cette formule. Le guide proposait de recourir aux services municipaux existants (policiers, pompiers, etc.) étant donné leur proximité de la population et la disponibilité de ressources habilitées à agir rapidement.

L'étude du Vérificateur général révélait que l'implantation des services de premiers répondants était plutôt décevante « 78 services de ce genre desservent 88 des 1575 municipalités du Québec, principalement en Gaspésie, en Montérégie, en Estrie, en Mauricie-Bois-Francs et à proximité de Montréal » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.109).

Les raisons invoquées par le Vérificateur général quant aux difficultés à implanter ce genre de structure sont les suivantes : « D'abord les premiers répondants ne relèvent pas des services préhospitaliers d'urgence, mais le plus souvent des municipalités. Ensuite, la législation actuelle ne fait nulle mention de la notion de premier répondant. Enfin, le ministère n'a pas fixé d'échéancier pour l'implantation de ce service » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, Tome II, chapitre 3, article 3.111).

En septembre 2000, la situation concernant l'implantation des services de premiers répondants dans les régions sociosanitaires du Québec se présentait comme suit :

TABLEAU 1
IMPLANTATION DES SERVICES DE PREMIERS RÉPONDANTS
DANS LES RÉGIONS SOCIO-SANITAIRES DU QUÉBEC
(SEPTEMBRE 2000)

Régies	Nombre de municipalités par organismes	Nombre de premiers répondants	Profil des premiers répondants
Urgences-santé (Montréal-Centre et Laval)	9 (7 services)	290	Pompiers
1- Bas-Saint-Laurent	4	37	Pompiers et citoyens
2- Saguenay—Lac-Saint-Jean	0	0	---
3- Québec	3	154	Pompiers et citoyens
4- Mauricie et Centre-du-Québec	27 dont 1 territoire autochtone (Wemontaci)	173	Pompiers, pompiers auxiliaires, citoyens et techniciens ambulanciers
5- Estrie	6	180	Pompiers
7- Outaouais	1	7	Pompiers et citoyens
8- Abitibi-Témiscamingue	1 (oct. 2000)	16	---
9- Côte-Nord	6	60	Pompiers et citoyens
10- Nord-du-Québec	1	8	Citoyens
11-Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	38	380	Citoyens et pompiers
12-Chaudière-Appalaches	12	137	Policiers, pompiers, Pompiers volontaires, Citoyens
14- Lanaudière	1	18	Pompiers
15-Laurentides	4	61	Pompiers et citoyens employés
16-Montérégie	20	314	Pompiers et citoyens bénévoles
Total provincial	133	1835	

Source : Données colligées auprès des régies régionales de la santé et des services sociaux.

Le tableau 1 illustre que, depuis la publication du rapport du Vérificateur général, il y a eu une augmentation de près de 65 % du nombre de municipalités ou d'organismes offrant un service de premiers répondants, passant de 88 à 133 municipalités et totalisant plus de 1 800 effectifs.

Les données révèlent également que ce sont les pompiers qui interviennent la plupart du temps à titre de premiers répondants à l'exception des régions du Nord-du-Québec et de la Gaspésie où ce sont plutôt des citoyens qui offrent leurs services à ce titre.

1.1.4.3 Formation et encadrement

La stratégie de formation des premiers répondants varie d'une région à l'autre. Les régies régionales et Urgences-santé, responsables de la certification des premiers répondants, souffrent du manque d'assise juridique dans ce dossier. La formation dispensée dans le réseau des régies régionales prévoit l'utilisation des normes, des protocoles et du manuel approuvés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. On retrouve principalement trois (3) types de stratégie de formation :

- (1) une formation dispensée par les collèges ou cégeps de la région ;
- (2) une formation dispensée par des organismes accrédités par la régie régionale ;
- (3) une formation dispensée par des instructeurs certifiés par la régie régionale.

La formation dispensée par les collèges ou organismes accrédités favorise un contrôle centralisé sur les structures et modalités de diffusion. La formation dispensée par des formateurs certifiés par la régie assure un meilleur contrôle sur la qualité de la formation et une plus grande souplesse dans les modalités de diffusion (coûts, mobilité, flexibilité d'horaire, etc.). Nonobstant le fait que chacune des stratégies comporte des avantages et des inconvénients, il appartient au coordonnateur médical du secteur préhospitalier d'urgence de chacune des régies régionales d'approuver les formateurs et la formation et d'assurer l'encadrement adéquat des actes posés.

D'autres acteurs s'ajoutent aussi au chapitre de la formation des premiers répondants dont la Fondation des maladies du cœur du Québec (FMCQ) qui, par son leadership à l'égard des lignes directrices relatives à la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et la défibrillation externe automatisée (DEA), s'est vue octroyer, par le Collège des médecins du Québec, le rôle d'émetteur des normes et standards, ainsi que celui de la certification des formateurs. Bien que le programme de la Fondation constitue une alternative intéressante, la régie régionale via son coordonnateur médical se réserve le droit d'autoriser l'utilisation du protocole DEA et peut, à la limite, modifier le contenu ou le protocole relié à l'utilisation d'un défibrillateur par les premiers répondants.

L'Institut de prévention des incendies du Québec (IPIQ) est un autre organisme impliqué dans la formation des premiers répondants. L'IPIQ souhaiterait faire reconnaître son manuel et ses formateurs par les régies régionales. Cependant, les régies, quant à elles, désirent plutôt la réciprocité de reconnaissance et d'intégration au réseau des services préhospitaliers d'urgence. **La révision des services préhospitaliers d'urgence au chapitre des premiers répondants laisse voir des écarts importants dans la formation, ainsi que dans l'arrimage des premiers répondants aux services préhospitaliers d'urgence.** Des ambiguïtés persistent sur le curriculum de formation et les organismes responsables d'assurer l'accréditation et l'encadrement médical des premiers répondants.

Il faut aussi noter qu'Urgences-santé offre la formation de premier répondant sur le territoire de l'île de Montréal et de ville de Laval.

Finalement, il faut reconnaître que le guide de formation, le guide de participation ainsi que les protocoles d'intervention clinique actuellement à l'usage des premiers répondants correspondent moins à la réalité de l'an 2000. Contrairement aux révisions effectuées des protocoles ambulanciers, aucune révision des manuels et protocoles des premiers répondants n'a été conduite depuis leur mise en place en 1995.

Il existe au Québec plusieurs possibilités pour ceux et celles qui désirent obtenir une formation de premier répondant. Cependant, ces formations n'assurent pas pour l'instant de réciprocité, une mobilité de la main-d'œuvre et la garantie de faire partie intégrante du maillon de premiers répondants dans la chaîne d'intervention préhospitalière d'urgence.

Comme il n'y a pas de concertation entre les instances concernées par ce programme (ministères, régions, organismes de formation, etc.), beaucoup d'énergie et de ressources sont consacrées au développement et à la production de plusieurs approches non standardisées à l'échelle nationale.

Constats sur les premiers répondants :

- ☞ maillon inégal ;
- ☞ peu de premiers répondants sont actifs et intégrés aux services préhospitaliers d'urgence ;
- ☞ absence de dispositions législatives régissant ce maillon de la chaîne ;
- ☞ ambiguïté quant aux rôles et responsabilités dans le financement et le développement des services de premiers répondants ;
- ☞ écarts dans la formation et dans l'arrimage des premiers répondants avec les services préhospitaliers d'urgence ;
- ☞ relations sur le terrain parfois difficiles avec les ambulanciers ;
- ☞ encadrement médical inconstant, inexistant ou parallèle au système ;
- ☞ absence de leadership et de concertation interministérielle.

1.1.5 Services ambulanciers

Les services ambulanciers représentent le maillon qui assure la prestation des soins préhospitaliers d'urgence par l'utilisation du transport sanitaire terrestre (l'ambulance), lequel concerne principalement les entreprises ambulancières, Urgences-santé, et les techniciens ambulanciers de même que le transport sanitaire aérien qui utilise les services aériens gouvernementaux, les centres hospitaliers, le personnel médical, etc.

A) Transport sanitaire terrestre

Il y a à peine plus de vingt ans, les transports sanitaires terrestres étaient soutenus, en grande majorité, par les entreprises funéraires. Depuis, le système ambulancier du

Québec a évolué, passant d'un système sans supervision, à un système mieux défini et encadré par des autorités à qui la loi confère des responsabilités.

L'intervention des transports sanitaires terrestres se situe soit en phase préhospitalière (transports primaires) soit en phase hospitalière (transports secondaires ou interétablissements). Dans les deux cas, des transports urgents (service rapidement accessible qui permet de fournir une réponse optimale) et non urgents (répondant aux cas dont le délai de transport ne risque pas d'entraîner une détérioration de la condition de la personne) peuvent être effectués.

Toute personne qui nécessite un transport ambulancier est d'emblée en droit de l'obtenir. Le système québécois est ainsi conçu ; il ne peut discriminer personne et donc refuser aucun transport². Nous savons que peu importe le degré d'urgence associé à un appel, une ambulance comportant deux techniciens ambulanciers est presque toujours affectée. C'est plutôt la priorité accordée au temps de réponse de la ressource qui peut différer selon l'identification du niveau d'urgence. Dans *Chaque minute compte !*, l'utilisation du transport ambulancier reposait sur la notion d'urgence, c'est-à-dire sur une disponibilité assurée des ressources pour couvrir les urgences potentielles. Toute autre demande de soins, de nature non urgente, nécessitait des interventions à d'autres niveaux. Au moment du rapport, en 1991-1992, la fonction interétablissements constituait 40 % de l'activité ambulancière³.

Le nombre de transports ambulanciers interétablissements a toutefois diminué au Québec étant donné les coûts élevés et l'utilisation possible d'autres modes de transport (taxi, famille, transport adapté). Effectivement, les résultats du Vérificateur général en matière d'utilisation des services ambulanciers terrestres, plus particulièrement en ce qui a trait au transport interétablissements, concluaient « que les centres hospitaliers, responsables du coût des transports interétablissements, se préoccupent de le maintenir aussi bas que possible, et ce, particulièrement depuis que le regroupement des services médicaux dans quelques centres spécialisés a fait augmenter le nombre de ces transports. Par conséquent, ils recourent de plus en plus aux taxis, au transport adapté ou à la famille

2. Une exception existe à cette règle : le code OMEGA, intégré au système Clawson à Urgences-santé et attribué aux appels qui ne nécessitent aucune ressource.

3. La donnée ne distingue pas la proportion du transport interétablissement urgent et non urgent.

pour transporter les personnes dont l'état ne nécessite pas une ambulance » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.134).

Nonobstant cette diminution, le nombre de transports interétablissements représentait, en 1998-1999, près de 24 % du total des déplacements pour l'année, soit approximativement 102 800 transports et, de ce pourcentage, un bon nombre de transports de nature non urgente s'effectuaient toujours par ambulance.

À l'heure actuelle, il y a encore des ambiguïtés quant à la notion de transport urgent et non urgent : « le ministère n'a pas défini de traitement différent pour les divers genres de nécessité » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.123). Quelqu'un peut recourir à un transport primaire sans pour autant que son état soit jugé urgent. Il peut aussi recourir, dans un cas de traumatisme sévère, à un transport interétablissements de type urgent. Par conséquent, **l'équilibre n'est pas établi entre les besoins réels du client et l'affectation pertinente d'une ressource appropriée.**

Pour traiter la demande par un autre mode de transport que l'unique moyen que représente l'ambulance, il faudrait élargir la notion de transport ambulancier à celle de transport sanitaire. Comme les services préhospitaliers d'urgence ne sont qu'à leurs tous premiers pas dans une démarche d'intégration au réseau sociosanitaire, il est évident que d'autres modes de transport n'ont pas été considérés dans ce type d'activité.

Toute réforme des services préhospitaliers au Québec devrait considérer le concept élargi de transports sanitaires en fonction de critères bien établis déterminant les besoins de la clientèle. À l'instar de ce qui existe en France et dans de nombreuses autres sociétés occidentales bien organisées, la multiplicité des besoins devrait être servie par des moyens de réponse davantage diversifiés pour atteindre un meilleur niveau d'efficacité, de qualité et d'efficience.

Au Québec, la connaissance réelle des besoins de santé de l'utilisateur pour un transport se situe encore à un stade embryonnaire. Pour y parvenir, il faudra envisager une cueillette de données nous fournissant un profil juste des besoins, des moyens à déployer

et des coûts engendrés par les volumes d'activité selon les différents types de transports sanitaires.

Deux modèles de gestion coexistent au Québec et définissent les transports sanitaires terrestres.

Tout d'abord, il y a le **modèle public** dont les services sont assurés par la Corporation d'urgences-santé qui, depuis 1988, coordonne l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence sur les territoires de Montréal et de Laval (*Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones*, L.R., c. S-5).

Ensuite, il y a le **modèle privé**, où les services ambulanciers offerts dans les autres régions du Québec sont assurés par des entreprises ambulancières, à but lucratif ou non et en majorité à statut privé. Au moment de la révision, le Québec comptait 144 entreprises ambulancières⁴. Depuis près de 25 ans, il y a eu une baisse de près de 70 % du nombre d'entreprises, due surtout à une concentration de celles-ci, si bien qu'aujourd'hui, 20 % des entreprises répondent à plus de 80 % des appels pour un transport, tandis que 80 % d'entre elles couvrent approximativement 20 % des appels.

Ces modèles constituent deux univers particuliers à l'intérieur desquels se dessinent des rapports relativement distincts : dans le cas du modèle public, le rapport de gestion s'effectue entre deux instances publiques (Urgences-santé et le ministère de la Santé et des Services sociaux), et dans le cas du modèle privé, le rapport s'effectue entre des instances publiques et une organisation privée (régie régionale/entreprise ambulancière).

1.1.5.1 Le modèle public : Urgences-santé

Le rôle des régies régionales de la santé et des services sociaux est avant tout celui de planifier, d'organiser, de mettre en œuvre et d'évaluer, dans leur région, les programmes de santé et de services sociaux élaborés par la ministre (*L.R.Q., c. S-4.2*). La loi confère aux régies régionales des fonctions bien particulières à l'égard de la population et des droits des usagers, ainsi que des fonctions rattachées aux priorités de santé, de bien-être

et de protection de santé publique dans lesquelles nous retrouvons l'organisation et la coordination des services préhospitaliers d'urgence, comprenant le transport ambulancier (L.R.Q., c. S-5).

Dans le modèle public de ressources préhospitalières (Urgences-santé), les rôles et responsabilités de la régie régionale en matière d'organisation et de coordination du système de services préhospitaliers d'urgence occupent une place moins prépondérante étant donné que ces fonctions sont dévolues, par la loi, à la Corporation d'urgences-santé (L.R.Q. c. S-5). Par son statut, Urgences-santé cumule à la fois le rôle partiel d'une régie régionale et celui d'une entreprise ambulancière, et relève directement de la ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce cas est particulier car les régies régionales de Montréal-Centre et de Laval n'interviennent pas véritablement dans l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire. Avec les années, Urgences-santé est devenue l'instance exclusive qui se charge de remplir ce rôle.

La Corporation d'urgences-santé est souvent considérée comme une organisation favorisée financièrement et obéissant à des règles parfois différentes. **Elle s'est développée au fil du temps et est devenue en quelque sorte un modèle, en marge des autres régions du Québec.** Avec les années, une dualité d'approche s'est installée entre les régions et Urgences-santé. En effet, le modèle d'Urgences-santé s'est inspiré d'éléments préhospitaliers nord-américains et européens très valables dans leur milieu, mais qui ne sont pas nécessairement exportables partout au Québec. Cette distinction s'est accentuée par les investissements supérieurs dont a bénéficié Urgences-santé. Cette situation a eu pour conséquence directe d'élargir le fossé entre Urgences-santé et le développement régional des services préhospitaliers d'urgence.

Un ensemble de facteurs a créé des conditions favorables à Urgences-santé, notamment une masse critique de population, un centre de communication à la fine pointe de la technologie avec un système de répartition assistée par ordinateur (RAO), un centre de formation continue en techniques ambulancières répondant aux besoins du maintien et du rehaussement des compétences en matière de formation clinique, le corps ambulancier le plus important en nombre au Québec, un centre de recherche en services préhospitaliers

4. Ce chiffre comprend 130 entreprises privées, 7 coopératives et entreprises municipales. Ces informations proviennent de la banque du Régime de retraite des techniciens ambulanciers.

et en formation médicale de niveau universitaire, et une équipe de médecins sur la route. Ces facteurs devraient permettre à Urgences-santé de tendre continuellement vers des services de qualité accrue dans les meilleurs délais.

Malgré le caractère unique du modèle représenté par Urgences-santé, les travaux de révision ont mis en lumière des difficultés au sein de cette organisation. Ainsi, les relations sont souvent tendues entre la direction et le syndicat des techniciens ambulanciers et il y a peu de contrôle sur la qualité du travail des répartiteurs et des superviseurs sur le terrain. Il existe une dualité persistante entre l'opérationnel et le corps médical, ce qui questionne le rôle futur des médecins dans la Corporation ; il y a également peu de contrôle sur la qualité des interventions des premiers répondants et un problème de communication persiste entre les techniciens ambulanciers et le centre de réception des appels. De plus, une certaine instabilité a été vécue à la suite des changements fréquents de gestionnaires au cours des dernières années.

En dépit de ces problèmes, Urgences-santé demeure le seul modèle québécois intégré et opérationnel d'intervention préhospitalière qui pourrait, autour d'une mission, couvrir l'ensemble du cheminement préhospitalier (de la prise d'appel au suivi de la qualité), avec comme centre névralgique des opérations, une centrale de coordination. Possédant des infrastructures technologiques de pointe, Urgences-santé pourrait mieux contrôler la qualité des interventions des répartiteurs, ainsi que les interventions cliniques des techniciens ambulanciers.

1.1.5.2 Le modèle privé : les entreprises ambulancières

Parmi l'éventail de ses fonctions, la régie régionale doit, en collaboration avec les établissements et les organismes communautaires de sa région, ainsi qu'avec les intervenants des secteurs d'activité ayant un impact sur la santé et les services sociaux, le cas échéant, élaborer et mettre en œuvre des plans d'organisation de services (PROS) (Loi sur les services de santé et sur les services sociaux, L.R.Q., 1991, c. S-4.2, art. 347).

La notion de plan régional d'organisation de services s'est appliquée au système préhospitalier d'urgence et les régies, autres que celles de Montréal-Centre et de Laval,

devaient déposer un plan respectant les balises formulées dans le cadre de référence du ministère, soit le rapport *Chaque minute compte !* À ces balises, s'ajoutaient certaines indications qui précisaient, parfois à un niveau plus opérationnel, les intentions ministérielles (les guides d'orientation, le cadre de référence sur les centrales de coordination des appels urgents, etc.). Toutefois, « même si le ministère demanda aux régies régionales d'élaborer et d'implanter un plan d'organisation de services avant la fin de 1996, deux plans ont été acceptés jusqu'à présent » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.54). Ces plans proviennent des régions de Québec et de l'Outaouais.

À cet égard, il faut cependant préciser qu'en 1995, le ministère conviait toutes les régies régionales du Québec à procéder à l'élaboration de plans de transformation du réseau sociosanitaire (Plans 1995-1998) et par la suite, pour la période 1999-2002, à présenter des plans de consolidation des services. Dans l'ensemble, ces plans recoupent diverses mesures particulières touchant les programmes à la clientèle, dont celui du préhospitalier d'urgence. Plusieurs régies régionales s'inscrivent dans une « logique » de services locaux, régionaux et nationaux qui concernent les services préhospitaliers d'urgence, d'où l'importance de donner la priorité au programme préhospitalier et de l'intégrer.

Par ailleurs, plusieurs actions menées par certaines régies régionales dans le secteur du préhospitalier l'ont été en respect et en conformité des orientations définies dans *Chaque minute compte !*

Les régies régionales doivent contracter les services auprès d'entreprises à l'intérieur d'un cadre de gestion dont certains mécanismes diffèrent de celui du réseau de la santé et des services sociaux.

Elles ont la responsabilité de signer un contrat avec des entreprises privées de transport ambulancier dans lequel ces dernières s'engagent à fournir les services aux points de service selon les horaires de travail déterminés par la régie. Le pouvoir des régies régionales de négocier de gré à gré avec les entreprises ambulancières de leur territoire est réel seulement depuis l'année 1995-1996. Il est intéressant de constater qu'auparavant le gouvernement déterminait les conditions et les règles budgétaires régissant les contrats à budget. D'ailleurs, l'ensemble des règles du contrat à budget liant

l'entreprise ambulancière et le Conseil régional de la santé et des services sociaux, devenu en 1992 la régie régionale, était déjà défini par des négociations entre le ministère et les associations de propriétaires de services d'ambulance.

À partir de l'année financière 1995-1996, le ministère établit un nouveau cadre de financement pour les services préhospitaliers d'urgence qui octroyait aux régies régionales, la latitude nécessaire quant à l'établissement des nouvelles règles relatives au financement des services ambulanciers. Cependant, durant la période de rationalisation et de transformation du réseau de la santé, le ministère modifia les règles du jeu et demanda aux régies de conclure des contrats avec les entreprises ambulancières à partir d'une enveloppe budgétaire fermée (non indexée) mettant ainsi un terme à l'utilisation du modèle préconisé au départ, sans pour autant proposer d'alternative.

Ce contexte a eu des répercussions sur les rapports entretenus entre les régies régionales et les entreprises ambulancières. Pour tenter de transiger avec celles-ci, certains assouplissements budgétaires ont dû se faire et, avec les années, des disparités ont surgi d'une région à l'autre.

En conséquence, la situation, parfois difficile, entre les régies régionales et les entreprises s'est progressivement détériorée. De plus, devant des problèmes opérationnels (rareté d'expertise et de ressources assignées au dossier, absence fréquente de ligne directrice standardisée et régionalisée, difficulté de recrutement et d'encadrement au niveau médical, priorité déficiente des services préhospitaliers d'urgence au sein des régies et par les intervenants et structures du réseau de la santé), certaines régies ont remis en question le bien-fondé de leur mandat.

Les travaux de révision ont illustré certains litiges dans le rapport entre les régies régionales et les entreprises ambulancières. Ce rapport demeure néanmoins important et doit se redéfinir dans le contexte auquel il appartient. Malgré qu'elles soient largement financées par le ministère, les entreprises ambulancières sont des entités en marge du système de santé québécois et les rapports qu'elles entretiennent avec les régies sont davantage basés sur les prémices d'une relation d'affaire.

Les entreprises ambulancières sont liées par contrat aux régies régionales et répondent aux obligations qui s'y rattachent. Leurs responsabilités s'inscrivent dans le cadre du financement du ministère (1995) soit :

- ⇒ offrir les prestations de transport ambulancier en conformité avec les orientations, les objectifs, les politiques, les directives, les normes, les critères et les guides émis par le ministère ;
- ⇒ assurer la qualité des services de transport ambulancier dispensés à la population, notamment en s'assurant de la compétence du personnel et du bon état de l'équipement ;
- ⇒ fournir aux régies régionales toutes les informations essentielles au suivi financier et opérationnel des services préhospitaliers sur leur territoire, pour veiller à la qualité des services et leur permettre de réaliser leur mandat.

Pour répondre aux critères établis dans les contrats, les entreprises ambulancières doivent être en mesure de transporter les malades ou les blessés dans un contexte d'urgence, bien connaître leur territoire, s'assurer que les véhicules et les équipements sont conformes aux normes établies et que les techniciens ambulanciers ont les compétences requises pour prodiguer les soins adéquats.

Nonobstant leurs obligations contractuelles, les entreprises ambulancières sont parfois aux prises avec des situations difficiles à gérer, où leur marge de manœuvre s'avère limitée sur le plan de l'organisation du travail. Malgré qu'elles aient un statut privé, les entreprises évoluent dans un champ qui est largement encadré par l'État où presque tous les rapports sont soumis à la négociation.

1.1.5.3 Zones ambulancières

La notion de zone, exclusive au secteur préhospitalier d'urgence, a été introduite en 1977 par un règlement de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c. P-35). La zone permet d'assurer la présence d'ambulances sur tout le territoire québécois peuplé et

permet partout une réponse en un temps maximum de 30 minutes dans des conditions normales de circulation routière. Le nombre de zones est basé sur un découpage en fonction de ce temps de réponse et un découpage en vertu de la loi, qui délivrait un premier permis à toute personne qui opérait un service d'ambulances le 17 avril 1974.

Depuis 1985, les régies régionales ont le pouvoir délégué d'émettre aux entreprises ambulancières les permis d'opération dans ces zones.

Le permis accorde à une entreprise le droit d'exploiter un service d'ambulance. Le permis détermine également les zones et le nombre d'ambulances autorisé. La loi permet à une régie d'émettre plus d'un permis par zone.

Le tableau 2 présente les données les plus récentes en matière de zones ambulancières, ainsi que le nombre d'ambulances, et une moyenne d'ambulances par zone selon la population pour chaque région sociosanitaire.

TABLEAU 2
ÉTAT DE SITUATION SUR LE NOMBRE DE ZONES ET D'AMBULANCES AU QUÉBEC
SELON LA POPULATION RÉGIONALE
(NOVEMBRE 2000)

Régions sociosanitaires	Population par région	Nombre de zones	Nombre d'ambulances	Ratio ambulance par zone
(01) Bas Saint-Laurent	206 591	17	32	2,0
(02) Saguenay–Lac-Saint-Jean	289 696	13	23	2,0
(03) Québec	645 156	18	37	2,0
(04) Mauricie et Centre-du-Québec	486 342	18	44	2,0
(05) Estrie	288 599	14	24	2,0
(07) Outaouais	318 771	13	26	2,0
(08) Abitibi-Témiscamingue	156 039	13	17	1,0
(09) Côte-Nord	103 735	12	20	2,0
(10) Nord-du-Québec	39 304	4	5	1,0
(11) Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	103 799	12	26	2,0
(12) Chaudière-Appalaches	390 131	19	33	2,0
(14) Lanaudière	396 656	10	30	3,0
(15) Laurentides	463 091	14	35	2,5
(16) Montérégie	1 311 493	24	74	3,0
(18) Terres crie de la Baie-James	11 370	3	3	1,0
Total des régions	5 210 773	204	429	2,0
(06 et 13) Montréal et Laval (Urgences-santé)	2 145 987	5	118	24,0
Grand total	7 356 760	209	547	26,0

Sources : Les données de population proviennent de Statistiques Québec (1999). La donnée démographique pour la région 18 (Terres Cries de la Baie James) est datée de 1996. Les données sur les zones et le nombre d'ambulances proviennent d'un recensement et d'une validation effectués auprès des régions régionales en janvier 1999.

L'analyse sommaire de ces données illustre qu'environ 80 % des zones sont desservies par une ou deux ambulances. On remarque que le nombre d'ambulances peut se ressembler entre des régions qui n'ont pas la même densité de population (par ex. : Québec 37 ambulances, Chaudières-Appalaches 33 ambulances et Bas St-Laurent, 32 ambulances). Ces écarts reflètent bien une constance dans la configuration des services préhospitaliers d'urgence : les différences de densité de population et l'étendue des territoires des régions sociosanitaires ainsi que des zones ambulancières qu'elles comportent.

La zone ambulancière représente :

- (1) un territoire sur lequel les services préhospitaliers d'urgence peuvent être rendus en 30 minutes ;
- (2) une façon d'assurer sur ce territoire la présence d'un service d'ambulance ;
- (3) une manière de rendre une entreprise responsable de la prestation des services sur ce territoire.

En contrepartie, la zone constitue, par le fait du renouvellement presque automatique du permis, la base de la valeur économique de l'entreprise.

Le fait d'inclure au permis d'exploitation le nombre de véhicules autorisé rend plus difficile et onéreux pour la régie régionale l'adaptation du nombre de véhicules à la fluctuation de la demande. De fait, la capacité d'intervention des régies régionales en matière de zone et de véhicules est plutôt restreinte. **La régie régionale a le pouvoir de refuser tout ajout de véhicules dans une zone mais elle ne peut cependant en retirer aucun, sauf s'il y a une entente explicite avec l'entreprise.**

Les contrats conclus entre les entreprises d'ambulances et les régies régionales permettent la prise en charge d'un usager dans la zone d'une autre entreprise lorsque le service l'exige. Toutefois, avec la mise en œuvre de centrales de traitement et de répartition des appels d'urgence médicale, une nette distinction devra être faite entre l'exclusivité de la zone, afin d'établir la valeur économique d'une entreprise et de

dispenser les services préhospitaliers d'urgence à la population qui l'habite. De même, un mécanisme devrait être instauré pour permettre aux régies régionales d'adapter le nombre d'ambulances à la fluctuation de la demande.

1.1.5.4 Techniciens ambulanciers

Le maillon des services ambulanciers repose essentiellement sur l'intervention des techniciens ambulanciers. Le technicien ambulancier a comme fonction principale de prodiguer les soins d'urgence préhospitalier tout en assurant, de façon sécuritaire, le transport de la personne prise en charge vers un centre hospitalier.

Comme c'est le cas pour plusieurs intervenants du système préhospitalier d'urgence, les techniciens ambulanciers font aussi face à une méconnaissance de leur rôle et de leurs responsabilités tant de la part de leur environnement de travail (*i.e.* sur le terrain) que dans le réseau de la santé en général. **Les difficultés d'interrelations opérationnelles avec d'autres intervenants du secteur préhospitalier (par ex. : répartiteurs, premiers répondants, propriétaires d'entreprises ambulancières), ainsi qu'avec d'autres acteurs du réseau sociosanitaire (par ex. : personnel de la salle d'urgence) rendent l'intégration systémique difficile.**

- *Effectifs*

Le Québec compte approximativement 3 100 techniciens ambulanciers, dont près de 800 œuvrent à Urgences-santé. Ces travailleurs sont représentés majoritairement par deux entités syndicales, la CSN et la FTQ.

Les consultations effectuées auprès des acteurs du milieu témoignent que le Québec connaîtra une pénurie de main-d'œuvre imminente dans le secteur ambulancier. Le peu d'informations obtenues sur les effectifs indiquent que, depuis quelques années, il y aurait une diminution légère mais constante de l'effectif au Québec. Certains facteurs particuliers (régions éloignées, horaires de faction) accentuent les difficultés et rendent difficile la rétention de la main-d'œuvre. Trop souvent la formation est

utilisée pour remédier à des besoins sporadiques de main-d'œuvre, sans planification à une échelle plus large.

En plus de tenir compte du taux normal d'attrition du personnel ambulancier et des ajouts de postes dans plusieurs régions compte tenu de la croissance des besoins en services, de nombreux techniciens ambulanciers quitteront bientôt leur emploi pour leur retraite. Selon les informations obtenues de la banque du Régime de retraite des techniciens ambulanciers, plus de 50 techniciens ambulanciers par an seront éligibles à la retraite, et ce, pour les quatre prochaines années. Le cumulatif est approximativement de 280 personnes d'ici l'an 2004. De plus, la croissance des besoins en services exigera du système qu'il se dote de 70 nouveaux postes pour répondre à la demande.

Il appert qu'au cours des prochaines années, le système devra assurer une augmentation significative des effectifs dans ce secteur.

- *Formation et encadrement*

Il y a vingt ans, la formation de technicien ambulancier était de 40 heures pour le chauffeur et approximativement 125 heures pour le préposé. Au fil des ans, cette formation de base a été rehaussée pour atteindre une moyenne de 120-150 heures. Depuis 1993-1994, la formation de technicien ambulancier s'offre dans deux collèges d'enseignement professionnel au Québec : le Collège Ahuntsic à Montréal et le Cégep de Sainte-Foy à Québec. Avant 1996, ces collèges offraient une formation de base de 810 heures préparatoire à la fonction du travail de technicien ambulancier, et ce, dans le respect des protocoles d'intervention clinique en usage depuis 1993. À la suite d'une révision de la situation de travail des techniciens ambulanciers en 1995, le programme d'études a été modifié à 840 heures de formation, conduisant à l'obtention d'une attestation d'études collégiales (AEC). Les changements encourus à l'égard de la formation de base, du rehaussement des compétences et de la reconnaissance des acquis témoignent de l'évolution de la pratique de technicien ambulancier au Québec.

Les travaux portant sur l'accès à une formation de type collégial ont permis de relever une cohorte importante de techniciens ambulanciers qui travaillent depuis plusieurs années

sans posséder le niveau de formation attribuable aux nouveaux effectifs. L'analyse de la situation de travail des techniciens ambulanciers démontre que malgré des tentatives régionales de rehaussement des compétences, la formation est restée disparate et certains techniciens ambulanciers, incapables d'adhérer aux nouveaux standards, demeurent à un niveau de formation minimal ou quittent le système préhospitalier.

Il en résulte que **la formation, tant chez les nouveaux techniciens ambulanciers que parmi ceux en place, demeure inégale.**

Les activités de formation réalisées depuis quelques années ne se sont pas faites de façon univoque et concertée. L'absence d'une planification centrale et d'un suivi de programme cohérent avec les exigences a vite permis de réaliser l'impact de cet aspect sur l'efficiency et l'efficacité des services sur le territoire québécois.

De plus, le programme actuel de recrutement du personnel comporte des lacunes et se limite parfois à des facteurs d'admissibilité aux programmes de financement et de formation (centres locaux d'emploi). Ce mécanisme de recrutement ne favorise pas nécessairement la sélection de candidats répondant davantage au profil d'exigences des services préhospitaliers d'urgence, lesquels demandent certaines aptitudes particulières.

Le rapport *Chaque minute compte !* soulignait que la formation des intervenants n'était pas chose facile à établir mais qu'elle devait permettre l'exécution pertinente des protocoles d'interventions incluant la protection des voies aériennes et la défibrillation automatique ou semi-automatique (chapitre III, p.7). De plus, certains éléments clés devaient guider les décisions (chapitre III, pp.7-8) :

- ⇒ le travail de technicien ambulancier est exigeant sur le plan physique et psychologique (niveau de stress, blessures, etc.) ce qui conduit à une attrition très élevée. Les techniciens ambulanciers quittent leur emploi pour des tâches moins exigeantes à mesure qu'ils vieillissent ;

- ⇒ Le niveau d'exposition aux techniques de soins est très bas : cela complique le maintien des compétences minimales et contribue à augmenter le stress face aux cas les plus graves. L'investissement massif dans un enseignement de base très extensif ne peut que conduire à un gaspillage de temps et d'argent ainsi qu'à une démotivation des intervenants ;
- ⇒ l'enseignement continu et l'encadrement médical soutenu constituent les éléments à privilégier pour assurer la qualité d'intervention des intervenants, augmenter leur satisfaction personnelle et diminuer leur niveau de stress ;
- ⇒ des débouchés réalistes devraient être explorés pour faciliter les plans de carrière des techniciens ambulanciers.

Les coordonnateurs médicaux des régions régionales ont travaillé à l'amélioration des protocoles d'intervention clinique afin d'encadrer le mieux possible les gestes des techniciens ambulanciers. D'ailleurs, depuis 1993, le Collège des médecins du Québec a accepté l'utilisation du moniteur défibrillateur semi-automatique par les techniciens ambulanciers dans le cadre de projets pilotes ; les coordonnateurs médicaux régionaux encadrent la formation et la qualité des actes posés par les techniciens ambulanciers. Toutefois, sur une base strictement légale, certains actes posés par les techniciens ambulanciers ne sont que des mécanismes d'accommodement pour des cas qui nécessitent ces types d'interventions.

Aujourd'hui, la formation et l'encadrement médical des techniciens ambulanciers continuent de faire l'objet de débats.

Au chapitre de l'encadrement des interventions des techniciens ambulanciers, les coordonnateurs médicaux peuvent retirer le droit à l'utilisation d'un défibrillateur cardiaque. Il s'agit du seul protocole évalué systématiquement et rigoureusement pour les techniciens ambulanciers. Cependant, le pouvoir des coordonnateurs médicaux se limite à cette action. Ils ne peuvent donc ni retirer une carte de compétence, ni empêcher un technicien d'exercer s'il n'a pas réussi sa formation ou en cas d'une dérogation majeure. D'ailleurs, le Vérificateur général déplorait cet état de fait. « En outre, le renouvellement de la carte de technicien ambulancier n'est pas du tout tributaire de la réussite d'un ou de

plusieurs cours obligatoires. Un technicien ambulancier peut continuer de prodiguer des soins même s'il ne réussit pas certains cours jugés importants pour une clientèle à risques » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.215*).

En contrepartie, les entreprises ambulancières, malgré qu'elles soient tenues légalement de surveiller la qualité des actes « professionnels » posés par leurs employés, n'ont pas toujours les moyens pour le faire. Toutefois, elles peuvent être tenues responsables à titre d'employeurs et, à cet égard, souscrivent à une assurance responsabilité.

Finalement, le Québec comporte une seule catégorie de techniciens ambulanciers. Dans d'autres provinces canadiennes, ainsi qu'aux États-Unis, certains techniciens ambulanciers, désignés sous le vocable de *paramedics* reçoivent une formation plus avancée permettant de poser des gestes médicaux jugés plus complexes. Au Québec, comme ailleurs dans le monde, la tendance est à la remise en question de la pertinence du rôle de *paramedics* dans un système axé sur une approche dite *scoop and run* qui consiste à stabiliser et à évacuer le plus rapidement possible le malade ou le blessé vers un centre hospitalier plutôt que de le traiter *in extenso* sur le lieu de l'incident. Le débat actuel porte plus précisément sur la révision du niveau d'intervention des techniciens ambulanciers et sur leurs responsabilités relatives à des besoins cliniques précis.

- *Organisation du travail*

En 1989-1990, le ministère procédait à une réorganisation régionale du travail des techniciens ambulanciers sur la base d'horaires de travail. En fonction des territoires desservis, des quarts de travail différents ont été établis :

- 8, 10 ou 12 heures par jour pour un total de 40 heures par semaine ;
- horaires de faction de type 7/14, 8/14 et 14/21.

L'horaire de faction signifie que le technicien est de garde 24 heures par jour, par exemple, 7 ou 8 jours sur 14. Graduellement, les horaires de type 14/21 ont été convertis

en 8/14 et des 8/14 en 7/14. Aujourd'hui, des horaires de type 7/14 existent toujours dans presque toutes les régions du Québec. Il est important de noter que, contrairement à d'autres provinces où les effectifs sont souvent bénévoles, des efforts exceptionnels ont été réalisés au Québec pour assurer une couverture minimale par des techniciens professionnels sur l'ensemble du territoire.

Dans son analyse sur les quarts de travail, le Vérificateur général déplorait l'absence d'une réévaluation régionale de la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers, dans le but d'allouer les ressources de manière équitable et de consentir les quarts de travail les plus appropriés (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.167 et 3.168).

Depuis, des changements ont été apportés concernant l'évaluation de la charge de travail. En mars 1999, un comité de soutien sur l'allègement de la charge de travail des techniciens ambulanciers était mis en place. Les membres de ce comité, constitué de représentants de la Conférence des régies régionales sur les services de santé et les services sociaux, ainsi que des coordonnateurs régionaux sur les services préhospitaliers d'urgence, se sont entendus sur une évaluation, basée sur la formule Tremblay améliorée, à partir de deux critères objectifs de stabilisation des horaires :

- (1) le nombre de transports sur une base annuelle par véhicule (selon les normes du rapport Tremblay) ;
- (2) la charge de travail hebdomadaire (selon les normes du rapport Tremblay).

Cette évaluation a été faite pour répondre, avant tout, à une surcharge de travail relevée dans certaines zones ambulancières et non pour évaluer la conversion des horaires de 7/14 en 40 heures. Chaque coordonnateur régional des services préhospitaliers d'urgence a transmis les données pertinentes aux membres du comité de travail sous la responsabilité de la Conférence des régies régionales.

Plusieurs intervenants du milieu considèrent que cette formule est « monofactorielle », car elle semble s'appuyer sur le volume de transports, sans tenir compte d'autres facteurs qui influent sur l'optimisation des temps de réponse du système. Les régies régionales, de

concert avec les syndicats de techniciens ambulanciers, ont contribué depuis le printemps 1999 à la détermination des charges de travail dans le cadre de l'exercice d'amélioration des horaires de travail.

L'analyse des données recueillies a permis de répertorier les besoins de stabilisation selon un ordre de priorités établissant les sommes requises à 11 M\$. À l'occasion des dernières négociations provinciales à l'été 1999, la disponibilité budgétaire du Conseil du trésor a été fixée à 5,4 M\$. Ce montant récurrent représente 83 % des besoins prioritaires déterminés et a été distribué entre les régions régionales dans le cadre de l'amélioration des horaires de travail. Toutefois, l'analyse a démontré que les besoins demeurent importants et qu'ils sont en évolution constante.

Il ressort des récents travaux d'évaluation de la charge de travail des techniciens ambulanciers que d'importants ajustements devraient être apportés sur le plan des effectifs, des horaires de travail et de la coordination des ressources avant de pouvoir penser atteindre, dans toutes les régions, les objectifs de performance chronométriques établis par le ministère. Toute planification en matière de main-d'œuvre doit tenir compte de ces considérations et du corollaire d'apporter les ajustements appropriés.

Constats sur les services ambulanciers

Transport sanitaire terrestre :

- ☞ incongruité entre les besoins réels de l'utilisateur et l'affectation pertinente d'une ressource appropriée ;
- ☞ disparité entre Urgences-santé et les autres régions du Québec ;
- ☞ rapports parfois difficiles entre les régions régionales et les entreprises ambulancières ;
- ☞ problème d'encadrement et de règles contractuelles de gestion ;
- ☞ ambiguïté entre le système préhospitalier d'urgence et le rôle des entreprises ambulancières ;
- ☞ concept de zone axé surtout sur des considérations économiques et non cliniques.

Constats sur les services ambulanciersTechniciens ambulanciers :

- ☞ pénurie de main-d'œuvre importante ;
- ☞ niveau de formation non standardisé ;
- ☞ absence d'une planification centrale et d'un suivi de programme cohérent avec les exigences de formation ;
- ☞ profil de carrière sociosanitaire parfois limité ;
- ☞ charge de travail et horaires de faction ne favorisant pas le raccourcissement du temps de réaction du système.

B) Transport sanitaire aérien

D'abord développé à des fins militaires, les premières évacuations par avion ont été réalisées au cours de la Première Guerre mondiale, alors que la Deuxième Guerre a permis le rodage du système. En ce qui a trait aux évacuations par hélicoptère, le banc d'essai fut la guerre de Corée, alors que la guerre du Vietnam permit l'opérationnalisation du système. C'est au milieu de la décennie 1960 que la mise en œuvre de systèmes civils d'évacuation aéromédicale a connu un essor important.

Contrairement aux autres éléments des services préhospitaliers d'urgence, le Vérificateur général n'a pas abordé les services sanitaires aériens. Toutefois cet aspect des services préhospitaliers d'urgence a fait l'objet d'une analyse par le Comité national (se reporter au document de référence).

1.1.5.5 Situation dans le monde

Pour des raisons humanitaires, les pays industrialisés se sont dotés de systèmes de transport aéromédical il y a déjà plusieurs années. On retrouve de tels systèmes même

dans les pays en voie de développement de l'Afrique et de l'Amérique du Sud. C'est l'Australie qui possède la plus grande organisation de transport aéromédical au monde. En effet, elle dessert une population de 15 800 000 habitants, dont une partie est nomade, répartie sur un territoire de 7 700 000 kilomètres carrés. En Europe, les systèmes d'évacuation aéromédicale les mieux connus sont ceux de l'Allemagne, de la France, du Royaume-Uni, de la Suisse et du Danemark. En raison de la taille des états, de la densité de leur population et des contraintes géographiques, l'hélicoptère constitue l'outil de base des systèmes européens.

Les États-Unis sont desservis par environ 150 services d'évacuation aéromédicale, répartis dans la presque totalité des états et territoires. Des quelque 160 000 personnes déplacées annuellement par ces services, 85 % sont transportées par hélicoptère, sur une distance de 25 à 275 kilomètres. Les aéronefs sont fournis par le programme MAST (*Military Assistance to Safety and Traffic*) de l'armée, les hôpitaux, des individus et des compagnies privées, la police, la garde côtière, la garde nationale, de même que les gouvernements locaux. Le coût de ces services est assumé par les usagers, des agences privées, des agences gouvernementales ou par des programmes spéciaux.

Au Canada, les provinces maritimes font principalement appel aux services des forces armées, de la garde côtière et de la Grenfell Foundation pour leurs évacuations aéromédicales. Les provinces des Prairies, l'Ontario, le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest achètent ces services de l'entreprise privée selon diverses modalités. La Colombie-Britannique et le Québec possèdent des systèmes d'évacuation aéromédicale faisant appel à la fois à l'entreprise privée et aux ressources gouvernementales. De façon générale, l'avion constitue l'outil de base des systèmes canadiens d'évacuation aéromédicale, bien que sept des dix provinces utilisent aussi l'hélicoptère.

1.1.5.6 Situation au Québec : la place du transport sanitaire aérien dans l'ensemble des services ambulanciers

Le transport sanitaire aérien constitue un élément essentiel du système de santé. Lorsque les distances à franchir sont longues, il complète l'arsenal préhospitalier ambulancier pour les transports primaires et permet les transferts interétablissements de victimes

d'accidents et de grands malades plus rapidement, plus confortablement et de façon plus sécuritaire que l'ambulance terrestre.

Il facilite aussi, grâce à un personnel spécialement formé, la surveillance et les traitements spécialisés pendant le transport vers les établissements les plus appropriés du réseau sociosanitaire. Il permet également de diminuer, comme le reconnaît la documentation médicale, la mortalité, la morbidité et les séjours hospitaliers.

Le transport aérien des malades est nécessaire pour permettre aux usagers des régions, l'accessibilité à des services médicaux spécialisés disponibles seulement dans certains établissements désignés des grandes villes. Ces services toucheront tant les clientèles externes nécessitant une chirurgie d'un jour, des examens diagnostiques sophistiqués et des consultations ultraspécialisées non disponibles dans leur région, que les clientèles gravement malades nécessitant des transferts urgents pour des soins non disponibles dans leur région et cela, dans un délai court qui respecte le degré d'urgence en cause.

Les plus récents développements technologiques de la médecine dans le contexte de notre géographie, particulièrement en cardiologie, associés à la reconfiguration du réseau sociosanitaire et à la concentration des soins spécialisés et ultraspécialisés dans un nombre réduit de centres tertiaires ont généré une augmentation significative de la demande de transport sanitaire aérien.

Le démantèlement d'Inter Canadien, seul transporteur de ligne à pouvoir transporter les malades sur civière au Québec, a provoqué une situation de crise au sein des équipes attitrées au transport aérien des malades urgents et instables d'ÉVAQ qui disposent du seul avion ambulance gouvernemental, en y imposant une clientèle non urgente et plus stable, faisant ainsi grimper subitement la demande de plus de 50 %. Les récentes démissions massives du personnel médical d'escorte et les difficultés de recrutement confirment que les moyens actuels ne peuvent pas répondre aux besoins des régions. La mise en place de moyens alternatifs de transport sanitaire aérien est une urgence compte tenu que le seul système d'urgence pour tout le Québec, ÉVAQ, menace de disparaître.

Dans le contexte budgétaire actuel, il faut toutefois prendre en compte les coûts associés au transport sanitaire aérien ; il convient de rappeler ici que pour les transports de moins

de 50 km, sur un territoire permettant le transport terrestre, l'ambulance demeure habituellement le moyen de transport pertinent le plus économique pour les cas urgents sur civière ; l'ambulance terrestre et le transport adapté demeurent aussi les moyens à privilégier pour les malades grabataires nécessitant un transport non urgent de moins de 250 km.

➤ L'avion

Au Québec, en matière de déplacement des usagers par voie aérienne, il convient de distinguer les transports primaires qui sont des transports aériens permettant le déplacement d'usagers du lieu d'un accident, d'un événement dramatique, d'une catastrophe ou encore de leur domicile, vers un établissement où ils n'ont été préalablement ni admis ni adressés par les transports secondaires. **Les transports primaires ne font actuellement l'objet d'aucune organisation formelle et ils ne sont pas couverts par la politique de déplacement des bénéficiaires. D'ailleurs le ministère ne détient aucune information relative à cette activité, que ce soit sur le plan de la clientèle à desservir ou des services offerts.**

Quant aux transports secondaires (transports interétablissements), ils comprennent les évacuations aéromédicales d'urgence et les autres transferts.

Un volume annuel approximatif de mille transports provenant surtout des régions périphériques et nécessitant des soins intensifs en cours de vols étaient, jusqu'à récemment, transférés d'urgence par voie aérienne vers des établissements à Montréal et à Québec, offrant des services médicaux spécialisés. Ces évacuations aéromédicales sont assurées par l'avion ambulance du gouvernement, connu sous le nom d'ÉVAQ. Il s'agit d'un système de transport aéromédical permettant l'évacuation d'usagers dont la condition clinique exige un transport rapide ou des soins médicaux intensifs qui ne sont pas offerts par les autres moyens de transports ; ce système est une extension de l'hôpital spécialisé qui permet le transport d'un usager gravement malade d'un lit d'hôpital en région vers un lit d'hôpital spécialisé à Québec ou à Montréal. Son volume d'activité atteindra plus de 1 500 cas pour l'année en cours.

ÉVAQ possède une structure modulaire qui ne lui permet pas d'ajuster ses moyens ni ses méthodes aux besoins changeants des régions puisqu'il repose sur un ensemble de relations partenariales entre les cinq entités suivantes :

- le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- le Service aérien gouvernemental (Conseil du trésor) ;
- la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec ;
- l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec ;
- l'approvisionnement des Deux Rives inc.

Compte tenu de sa structure, le cadre administratif d'ÉVAQ comporte plusieurs aspects :

- l'aspect de l'aviation (service aérien gouvernemental) ;
- l'aspect clinique (l'Hôpital de l'Enfant-Jésus de Québec) ;
- l'aspect de la facturation (Régie régionale de Québec).

Dans leur quasi-totalité, les missions d'ÉVAQ sont réalisées à l'aide d'un avion à réaction Challenger 601-1A, construit par Bombardier-Canadair et appartenant au Service aérien gouvernemental. Cet aéronef, permettant d'évacuer simultanément jusqu'à sept usagers sur civière, dispose en tout temps d'une équipe composée d'un pilote, d'un copilote, d'un médecin et d'une infirmière. L'aéronef est basé à Québec et réalise toutes ses évacuations vers Québec et Montréal. Le coût moyen annuel brut de ce service est d'environ 9 M\$. Pour chaque transport réalisé, un montant de 625 \$ est facturé à l'établissement référent ; le coût facturé au centre hospitalier pour un transport par avion ambulance ne représente donc que 7 % du montant réel de l'opération, le coût moyen par usager étant de 8 770 \$.

En plus, quelque 18 000 déplacements d'usagers sont aussi organisés par voie aérienne chaque année, principalement par les établissements des régions périphériques. Ces déplacements sont effectués à bord de vols commerciaux réguliers et de vols nolisés. Environ les deux tiers de ces usagers sont autonomes, donc capables de satisfaire, sans aide, la totalité de leurs besoins. Ils sont souvent déplacés à des fins de diagnostic et ne nécessitent aucun service particulier en cours de vol. Le coût annuel de ce service avoisine 9 M\$ et il est assumé par les établissements référents.

Il ressort de la révision que le système de transport sanitaire aérien du Québec ne se compare que partiellement à ce qui se fait ailleurs au Canada, aux États-Unis et dans le monde. En effet, l'étendue du territoire, la dispersion géographique de la population, les conditions climatiques et la localisation des services tertiaires de santé créent des conditions particulières pour l'opération d'un tel système.

Outre le système d'avion ambulance gouvernemental instauré en 1981, le Québec ne dispose pas actuellement d'une organisation intégrée et globale de transport sanitaire aérien. Les régions n'ont pu, jusqu'à maintenant, bénéficier d'aucune ressource centralisée capable de gérer l'ensemble des besoins de transport sanitaire aérien. Aucun service de transport par hélicoptère n'est en opération à l'exception de celui de la Basse Côte-Nord. Les achats de billets pour les avions de ligne ne font pas l'objet d'appels d'offres centralisés qui pourraient permettre des économies d'échelle substantielles. Les transports interétablissements d'urgence sont autorisés et gérés à la pièce et les transports semi-urgents et électifs sont laissés à la discrétion des régies régionales et des établissements. Il n'existe pas non plus de lien formel entre le système de l'avion ambulance et les services préhospitaliers d'urgence.

Bien que le système gouvernemental de l'avion ambulance (ÉVAQ) assure un service dont les performances sont très satisfaisantes sur le plan de la qualité et de la disponibilité, son coût demeure élevé. Comme il s'agit d'un service essentiel hautement spécialisé, son coût d'utilisation devra tenir compte de la capacité de payer des établissements pour qu'il puisse demeurer accessible pour les malades dont le cas est urgent. Il ne pourra pas être rentabilisable à proprement parler, comme c'est le cas pour ce type de service partout ailleurs dans le monde. ÉVAQ a déjà permis et permettra encore de sauver plusieurs vies, de diminuer la morbidité et les séquelles à long terme pour plusieurs malades et plusieurs blessés graves des régions éloignées et isolées du Québec. Son accessibilité pour les usagers de tout âge et de toute condition permet certainement d'économiser des coûts sociaux importants ; ces coûts demeurant cependant difficiles à préciser. Ce service essentiel devra demeurer public afin de garantir aux populations des régions éloignées et isolées, une disponibilité optimale, comme il l'a démontré depuis sa mise en place il y a près de vingt ans.

Le transport par avion des cas non urgents ne fait l'objet d'aucune norme ni d'aucun encadrement particulier. Pourtant, cette activité représente près de 20 000 transports par année, soit 95 % des transports sanitaires aériens actuellement effectués au Québec.

➤ **L'hélicoptère**

Bien que, dans le domaine militaire, l'hélicoptère transporte des blessés depuis la guerre de Corée, ce n'est qu'en 1972 que Denver a vu naître le premier programme civil de transport sanitaire hélicoptéré d'Amérique, basé dans un hôpital. L'hélicoptère fait maintenant partie de la plupart des systèmes préhospitalier d'urgence tant en Amérique, en Europe, qu'ailleurs dans le monde, même dans les pays sous-développés. Malgré que certains défendent la pertinence de ce service, son coût élevé en limite le développement et il fait encore l'objet de questionnements.

Depuis plusieurs années, divers groupes d'intérêt proposent que le Québec se dote d'un système de transport sanitaire urgent par hélicoptère. Pour plusieurs, le Québec est loin derrière le reste de l'Amérique du Nord. Un tel service hélicoptéré de soins d'urgence servirait principalement pour les transferts interétablissements de cas graves et urgents sur de moyennes distances (transports secondaires) ; il pourrait occasionnellement effectuer des transports directement à partir des lieux d'un événement, le plus souvent de nature traumatique, dans des lieux difficiles d'accès ou à l'occasion d'incarcérations prolongées (transports primaires). Certains usagers des régions périphériques ont actuellement accès par avion aux hôpitaux spécialisés de Québec et de Montréal plus rapidement que ceux des régions plus rapprochées mais trop éloignées pour qu'un transport terrestre soit adéquat. Aussi, il n'est pas rare de voir à la télévision, des images saisissantes de catastrophes humaines à partir de caméras installées dans des hélicoptères, alors que les victimes de ces mêmes catastrophes doivent franchir de longues distances par la route, l'hélicoptère ne leur étant pas accessible.

Compte tenu des coûts élevés de ce type de service, il faut poser franchement la question : l'existence d'un système hélicoptéré permettrait-il véritablement, dans le contexte québécois, de réaliser des gains significatifs sur le plan de la mortalité et de la morbidité ? Cette question fondamentale a animé les discussions du comité. Une révision extensive de la documentation a permis de réaliser que la question suscite encore des débats.

L'époque de l'instauration massive de nouvelles façons de faire dans le domaine des soins de santé sur l'ensemble d'un territoire comme le Québec, avant même d'en connaître les impacts, l'efficacité et l'efficience, est révolue. La prudence est de rigueur.

La décision de développer un service de soins d'urgence hélicoptéré doit être prise à la lumière d'une évaluation objective et bien documentée. Son inclusion dans la chaîne des services préhospitaliers d'urgence, où chaque maillon est optimisé, est essentielle. L'hélicoptère doit demeurer un complément des moyens terrestres et il doit permettre non seulement de transporter les usagers plus vite à l'hôpital, mais de leur fournir des soins de haut niveau en route, des soins non disponibles par d'autres moyens.

Il demeure néanmoins difficile de décider définitivement d'implanter ce moyen d'intervention. Un projet pilote de démonstration, encadré par des méthodes d'évaluation appropriées, à l'intérieur d'un projet de recherche bien structuré, constitue une avenue logique à explorer.

Constats sur le transport sanitaire aérien :

- ☞ le Québec ne dispose pas d'une centrale nationale intégrée du transport sanitaire aérien ni d'une instance organisationnelle dûment mandatée pour répondre à l'ensemble des besoins des régions ;
- ☞ absence de normes et d'encadrement pour le transport non urgent ;
- ☞ l'achat des billets d'avion de ligne ne fait pas l'objet d'appels d'offres centralisés ; les régions sont laissées à elles-mêmes ;
- ☞ seuls les cas urgents et instables des régions éloignées et isolées bénéficient d'un encadrement national et de l'avion ambulance gouvernemental qui connaît toutefois une situation de crise à cause de l'augmentation importante de la demande ;
- ☞ l'hélicoptère ne fait pas partie de l'arsenal préhospitalier d'urgence national.

1.1.6 Établissements receveurs

L'établissement receveur, dernier maillon de la chaîne, termine l'intervention préhospitalière en assurant une prise en charge de l'utilisateur par le service d'urgence.

Depuis longtemps, la salle d'urgence a été considérée comme la porte d'entrée pour les services hospitaliers dans le réseau de la santé. Cette vision des choses a contribué à rendre difficile la coordination et l'intégration des services préhospitaliers d'urgence.

L'absence d'intégration entre les deux réseaux est certainement une des principales lacunes relevées par les travaux du comité. Il est difficile d'établir des liens efficaces entre les urgences hospitalières et les services préhospitaliers d'urgence, pourtant essentiels aux intervenants, afin de concevoir et d'appliquer une approche structurée du début à la fin de l'épisode de soins.

Dans la foulée des échanges tenus à l'occasion du Forum sur la situation dans les urgences, à l'automne 1999, les services préhospitaliers d'urgence n'ont pas fait l'objet d'une préoccupation significative. Pourtant, en 1998-1999, près de 20 % des cas d'arrivée à l'urgence provenaient d'un transport par ambulance.

Les travaux effectués par le Groupe d'experts en organisation clinique ont cependant illustré que la nature récurrente de certains problèmes dans les urgences s'apparente souvent aux mêmes problématiques signalées dans le secteur préhospitalier : mission de l'urgence non définie, problème d'intégration de l'urgence à l'hôpital et au réseau de soins, grande difficulté d'échanger des données cliniques, interfaces entre l'urgence et le CLSC ou d'autres ressources extérieures à l'hôpital (CHSLD, cliniques privées, préhospitalier) marginalement développées ou très peu fonctionnelles.

Dans le cadre de ce forum, il a été convenu par le réseau de définir une mission qui viendrait soutenir le processus de l'urgence. L'une des premières étapes à considérer dans le processus de l'urgence, est le moment où arrive la personne en salle d'urgence, soit par ses propres moyens ou par ambulance. Dans le cadre de cette première étape, le rapport du Groupe d'experts énonçait qu'il faudrait « considérer le préhospitalier comme partie intégrante du processus de l'urgence » (*Projet Urgence 2000 : de paratonnerre à*

plaque tournante, MSSS, septembre 1999). À cela, le rapport ajoutait que la proposition méritait d'être plus approfondie, car elle dépassait le cadre du mandat dévolu au groupe d'experts. Cette proposition s'inscrit toutefois dans les mandats du présent comité.

Dans le contexte du vieillissement de la population et du virage ambulatoire, la permanence d'un accès facile à des soins d'omnipratique est un incontournable pour la gestion rationalisée des demandes et des transports, sans oublier la décongestion des services d'urgence hospitaliers. **Il y a un problème d'accès important à une permanence omnipratique** ce qui a pour conséquence d'accroître la consommation des services dans le secteur préhospitalier et ultimement l'engorgement des salles d'urgence.

Les travaux de révision sur l'organisation des services ont aussi permis de recenser les problématiques suivantes sur le plan opérationnel :

- problème de communication entre les répartiteurs, les techniciens ambulanciers et les salles d'urgence en cas de préavis, ce qui accentue le délai de rétention du technicien ambulancier en salle d'urgence et retarde la prise en charge de l'utilisateur ;
- problème de communication entre les techniciens ambulanciers et les médecins de l'urgence, plus particulièrement en milieu urbain ;
- problème de réseautage et de détermination de critères d'orientation optimale (orientation immédiate de l'utilisateur vers un centre tertiaire de traumatologie plutôt que secondaire, etc.) ;
- problème de rétroaction de l'information sur les clientèles.

Ces problèmes menacent la continuité des interventions dans la prise en charge rapide et efficiente de la clientèle particulièrement celle qui présente un risque de morbidité importante.

Constats sur les établissements receveurs :

- ☞ absence d'intégration entre le système préhospitalier et le réseau des établissements de santé ;
- ☞ peu de fluidité opérationnelle ;
- ☞ surcharge des services d'urgence en l'absence de réelle alternative au centre hospitalier pour la réception primaire.

La révision de chaque maillon de la chaîne permet de faire le point sur un certain nombre de constats révélateurs des difficultés encourues par le milieu quant à l'implantation et l'application de chaque élément de la chaîne. Ces résultats confirment l'utilité de l'exercice sur le plan systémique à l'égard des changements à faire et des moyens pour y parvenir.

1.2 PRINCIPALES LACUNES SYSTÉMIQUES

En remettant en perspective la compréhension des problèmes et en dressant un état de situation des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière, le Comité a pu faire le point sur un certain nombre de problématiques dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence, quitte à conclure ce que d'autres avaient pu constater au fil des ans.

Cet exercice a aussi permis d'être attentif aux lacunes décelées qui ont des impacts sur la qualité et l'évaluation des services, ainsi que sur la structure du système et sa gestion, pour mieux diriger subséquemment les travaux vers des solutions pertinentes.

1.2.1 Impacts sur la qualité des services

➤ Une chaîne d'intervention peu développée et mal arrimée

Malgré la volonté du milieu de vouloir implanter en 1992, un système intégré, **les maillons de la chaîne d'intervention se sont peu développés et demeurent mal arrimés les uns aux autres**. L'intégration des maillons de la chaîne et le fonctionnement de ceux-ci reposent, la plupart du temps, sur des initiatives régionales ou locales non concertées à l'échelle nationale.

Les travaux ont démontré que cette chaîne demeure en soi une composante systémique essentielle, surtout dans les cas de détresse réelle ou présumée où l'intervention coordonnée des maillons peut faire toute la différence sur l'efficacité des services et la réduction de certains délais. Toutefois, les fonctions dévolues à chacun des intervenants de la chaîne n'ont pas été actualisées de façon à mieux répondre, de manière efficace et efficiente, aux besoins de la population. Un travail d'envergure reste à faire pour assurer la mise en place de cette chaîne et des services qui s'y rattachent sur l'ensemble du territoire québécois.

➤ Un système sensible mais peu spécifique

L'identification des besoins de la population à l'égard de la réponse disponible de l'ensemble des composantes du système demeure inadéquate. Le système tend à réagir « en mode linéaire » à une grande majorité de situations et affecte les ressources reconnues pour intervenir : une ambulance et deux techniciens ambulanciers. Les travaux de révision indiquent cependant qu'un pourcentage significatif de la demande acheminée à travers les systèmes de réponse de soins d'urgence pourrait être modulé par des moyens qui sont différents de ceux utilisés actuellement.

Sur le plan des services offerts à la population, le système maintient un niveau de sensibilité assez élevé, sans répondre nécessairement à la demande de manière particulière et appropriée en fonction des besoins de la clientèle. La qualité des services

est donc altérée par une utilisation accrue des ressources préhospitalières destinées en cas de détresse réelle compte tenu de l'unicité de la réponse.

Il y a eu quand même une évolution dans la réponse aux besoins par l'entrée en vigueur des centrales de coordination et du système de prise d'appel SMPAU. Cependant, des faiblesses persistent à ce niveau. Premièrement, la couverture du territoire québécois par des centrales de coordination approuvées est incomplète, ce qui pose de sérieux problèmes sur le plan de la standardisation et, ultimement, de la qualité de la réponse à l'usager. Deuxièmement, là où il y a des centrales, un doute subsiste quant à la capacité réelle de celles-ci à évaluer le type de demandes auxquelles les services préhospitaliers doivent répondre étant donné les limites du seul outil valable d'évaluation qu'elles utilisent, soit le SMPAU. Finalement, le système demeure tributaire de l'information fournie par la personne en besoin.

➤ **Un encadrement médical inconstant**

Le rapport *Chaque minute compte !* accordait une place et un rôle importants à l'encadrement médical : « les actes posés doivent être encadrés et contrôlés comme ils le sont dans les centres hospitaliers, afin de garantir tant la sécurité que la qualité des interventions faites auprès des bénéficiaires. Le but de l'encadrement médical est d'assurer un contrôle professionnel efficace de l'ensemble des interventions préhospitalières axées sur l'optimisation de la qualité des services préhospitaliers d'urgence (*Chaque minute compte !* Chap. X).

Ce rôle est d'autant plus indispensable dans le secteur préhospitalier où les malades ne peuvent choisir les moyens qu'ils jugent les plus adéquats pour se faire traiter.

Tous les principaux acteurs dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence s'entendent sur la nécessité d'un encadrement médical des soins préhospitaliers au Québec. Qui plus est, certains des mandats et des objectifs établis dans le rapport *Chaque minute compte !* ont été actualisés par le milieu, d'autres toutefois sont demeurés au stade de la proposition. À plusieurs égards, des améliorations doivent être apportées

afin d'assurer une meilleure efficacité des soins préhospitaliers offerts à la population québécoise.

Le système préhospitalier québécois ne s'est pas pourvu d'un directeur médical national tel que proposé : « Afin d'assurer une certaine homogénéité de base entre les régions quant aux structures organisationnelles, aux principes fondamentaux à respecter, ainsi qu'au niveau des opérations il est nécessaire d'assurer une coordination générale au niveau provincial » (*Chaque minute compte !* Chap. X). En principe, cette coordination devait impliquer les instances décisionnelles d'une direction ministérielle forte, incluant une autorité professionnelle compétente, soit le directeur médical national. Cet objectif ne s'est toutefois pas concrétisé.

Par ailleurs, chaque régie régionale de la santé et des services sociaux s'est dotée d'un coordonnateur médical responsable d'assurer un encadrement professionnel quant à la formation, aux normes, aux procédures et aux protocoles utilisés et à l'assurance de qualité des services préhospitaliers d'urgence. À la Corporation d'urgences-santé, ces fonctions sont remplies par le directeur médical.

L'absence d'un directeur médical national a eu comme conséquence de limiter l'encadrement médical au niveau régional sans assurer une véritable uniformisation de la formation, des normes, des procédures et des protocoles utilisés par la totalité des intervenants du secteur préhospitalier.

Ceci étant dit, des gestes concrets ont toutefois permis l'amorce, au niveau des territoires particuliers, d'une mise en place d'activités d'encadrement médical tant sur le plan prospectif (élaboration des protocoles d'intervention clinique et d'autres protocoles, le choix des intervenants, leur formation et certification, le choix des équipements et des médicaments utilisés), que rétrospectif (mécanismes de mise en place pour le maintien des compétences cliniques des intervenants, contrôle et appréciation de la qualité, gestion des plaintes de premier niveau).

Selon le Vérificateur général, cette structure comporte en soi des limites quant aux leviers dont disposent réellement les coordonnateurs médicaux dans l'exercice de leurs fonctions : « le coordonnateur médical n'a aucune autorité sur les premiers répondants ni

sur les techniciens ambulanciers. Son seul pouvoir est de retirer à un technicien le droit d'utiliser un défibrillateur. Il ne peut pas retirer une carte de compétence, ni empêcher quiconque d'exercer s'il n'a pas réussi sa formation ou s'il a posé un geste fautif à d'autres égards. En effet, la législation québécoise n'attribue à personne la responsabilité médicale liée aux actes des techniciens ambulanciers » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, art. 3.210*).

Nonobstant l'importance à accorder au rôle des médecins dans le secteur préhospitalier, les travaux de révision ont illustré que leur présence directe sur le terrain n'entraîne pas de changements significatifs dans le contexte de l'approche systémique du *scoop and run* préconisée actuellement au Québec. De fait, tel qu'indiqué dans le rapport *Chaque minute compte !* l'intervention des médecins sur le site d'un événement doit être limitée aux cas particuliers qui nécessitent vraiment leur présence. Comme l'indique le rapport Fréchette, ainsi que le Collège des médecins, le contrôle médical direct sur le terrain devrait demeurer une activité réservée à des situations particulières dont la fréquence est à limiter.

Finalement, le contrôle de la qualité des interventions en préhospitalier d'urgence est très limité, voire même insuffisant dans plusieurs régions.

Constats sur la qualité des services

La chaîne d'intervention :

- ☞ délai de réaction du citoyen ;
- ☞ délai de réponse du système ;
- ☞ lacunes dans les ressources sur le terrain (par ex. : absence de premiers répondants) ;
- ☞ délai dans la mise en route des ressources ;
- ☞ communications directes déficientes avec les établissements receveurs ;
- ☞ manque de « réseautage » des établissements et délai dans les transferts.

Constats sur la qualité des services

La sensibilité du système :

- ☞ la disponibilité des ressources préhospitalières pour les cas de détresse réelle n'est pas optimale, compte tenu de l'unicité de la réponse.

L'encadrement médical :

- ☞ absence de support médical direct en temps réel ;
- ☞ absence de banques de données permettant une gestion rétrospective de la qualité ;
- ☞ absence d'une direction médicale nationale et régionale.

1.2.2 Impacts sur l'évaluation des services

Malgré les orientations énoncées dans le rapport *Chaque minute compte !* à l'effet de s'assurer que l'appréciation de la qualité est une activité régulière et reconnue comme essentielle à tous les niveaux (*i.e.* national, régional et local), il appert qu'aujourd'hui, mis à part les cas d'exception, l'évaluation systématique des opérations et de la qualité des services préhospitaliers rendus s'avère être quasi absente de la gestion quotidienne du système.

À l'exclusion des régions où sont implantées des centrales dont les infrastructures organisationnelles et technologiques permettent un meilleur contrôle de la qualité des services, **aucun programme d'assurance de la qualité n'existe actuellement au Québec pour ce secteur d'activité.** Des discussions pour implanter un programme d'assurance de la qualité ont cependant été amorcées par le biais de quelques plans régionaux d'organisation de services (PROS), mais rien n'a été véritablement actualisé.

Selon le modèle d'analyse de l'appréciation de la qualité proposé dans le rapport *Chaque minute compte !*, les aspects systémiques à évaluer sont la structure (la disponibilité des ressources humaines, matérielles et financières), les différents processus (les services rendus par la structure en conformité avec les politiques, procédures et protocoles), et les

résultats ou les impacts (l'atteinte des objectifs systémiques). L'exercice d'appréciation de la qualité selon ces trois domaines d'évaluation représente une finalité en soi « d'une certaine manière, elle dépasse même les services de soins préhospitaliers comme tels. Elle doit évaluer dans quelle mesure ces services s'intègrent judicieusement à leur environnement, c'est-à-dire à la population en général, aux salles d'urgence des centres hospitaliers receveurs, à la communauté médicale, aux premiers répondants, aux autres services d'urgence, etc.» (Chaque minute compte ! , chap. XI), ce qui est loin d'être la situation présentement.

Lorsqu'on examine chacun des paramètres retenus dans le cadre d'une démarche d'appréciation de la qualité, on réalise vite que l'intégration du suivi nécessaire aux activités courantes du préhospitalier d'urgence ne s'est pas concrétisée de manière uniforme sur le terrain. Plusieurs raisons expliquent ce constat.

➤ Des conditions de réussite à développer

En 1995, le ministère déposait son Guide de soutien à l'organisation sur l'appréciation de la qualité des services hospitaliers d'urgence. Ce guide, conçu à partir des principes du rapport *Chaque minute compte !* , encadrait les régies régionales et les autres acteurs préhospitaliers dans la démarche à suivre pour implanter un programme d'appréciation de la qualité.

Le guide ministériel faisait état notamment de la présence de plusieurs facteurs de réussite internes et externes nécessaires à la réalisation d'une démarche de qualité *Guide de soutien à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence*, Appréciation de la qualité, version préliminaire, avril 1995). Lorsqu'on porte un regard critique sur ces facteurs, on constate que, dès le départ, plusieurs des conditions de base au succès futur d'une démarche de qualité n'étaient pas présentes.

Sur la base des facteurs internes, certaines des conditions requises sur le plan organisationnel pour assurer le succès d'une démarche de qualité s'avèrent absentes du modèle actuel : la relation employé-cadre de supervision doit refléter une confiance mutuelle à tous les niveaux ; la haute direction doit s'engager à intégrer, à toute

l'organisation, les principes de gestion de la qualité ; une politique claire quant à la qualité de service recherchée doit être énoncée ; toutes les activités d'un service préhospitalier d'urgence doivent être reliées entre elles justifiant donc de réunir régulièrement, dans un même programme global, l'ensemble des intervenants concernés ; la relation client-fournisseur doit être un point de mire important, etc.

Quant aux facteurs externes, on constate aussi que, malgré la clientèle qu'ils desservent, les services préhospitaliers d'urgence ne sont pas considérés comme faisant partie intégrante du réseau de la santé et des services sociaux. De plus, des difficultés d'harmonisation persistent avec certains partenaires externes dont les services de police et d'incendie, les municipalités et les centres d'urgence 9-1-1.

La démarche de qualité des services préhospitaliers d'urgence est donc remise en cause étant donné que, de prime abord, les conditions de succès à l'implantation d'une telle démarche ne sont pas satisfaites.

Actuellement, l'appréciation de la qualité des services préhospitaliers d'urgence passe surtout par une seule et unique mesure : l'examen du chronométrage des appels, c'est-à-dire de la réception de l'appel jusqu'à l'arrivée de l'ambulance sur les lieux de l'intervention. Il s'agit donc d'une évaluation axée principalement sur un des volets du processus, soit le temps de réponse. Le temps de réponse est défini selon des objectifs de performance chronométrique précis qui se résument de la manière suivante (*Guide de soutien à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence*, Appréciation de la qualité, version préliminaire, avril 1995) :

Activités	Délais (s = seconde)	Temps de réponse (minimal)	Temps de réponse (visé)
Réception de l'appel	95 % < 9 s		
Prise de coordonnées	90 % < 15 s	80 % en dedans de 8 minutes (urbain)	90 % en dedans de 8 minutes (urbain)
Traitement de l'appel	90 % < 30 s 90 % < 60 s	15 minutes (suburbain) 30 minutes (rural)	12 minutes (suburbain) 30 minutes (rural)
Affectation des ressources	90 % < 15 s		

À cet effet, le rapport du Vérificateur général soulignait l'imprécision de ces objectifs étant donné que le ministère n'avait pas clairement défini la notion de territoire (zone ambulancière, municipalité, etc.), ainsi que celle de transport urgent (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.240*).

Effectivement, cette nomenclature comporte quelques lacunes. Premièrement, les balises ne concernent que l'intervention des services ambulanciers sans tenir compte d'autres ressources telles les premiers répondants. Deuxièmement, les objectifs sont imprécis dans la mesure où ils sont liés *uniquement* à la notion de territoire sans considération de la nature de l'urgence, par exemple dans le cas d'arrêt cardiaque ou de traumatisme sévère. Troisièmement, il est vrai que la notion de territoire n'est pas bien définie. Parfois elle représente une zone ambulancière rurale, parfois une municipalité urbaine, ce qui ne donne pas les mêmes résultats quant au temps de réponse. Ceci rend les comparaisons interrégionales difficiles à établir car des territoires parfois similaires se voient fixer des objectifs de temps de réponse différents.

L'efficacité relative des interventions préhospitalières d'urgence se mesure aussi par un autre indicateur, celui du taux de survie notamment dans les cas d'arrêt cardiaque avec une fibrillation ventriculaire où les chances de survie du patient dépendent de la rapidité d'une intervention de défibrillation. Dans le rapport *Chaque minute compte !*, on stipulait que pour être efficace « la défibrillation préhospitalière doit être faite à l'intérieur de 8 minutes et les manœuvres de réanimation de base doivent avoir été instaurées en

dedans des 4 premières minutes, à défaut de quoi, la survie diminue de façon drastique » (Chap. I). La rapidité avec laquelle une intervention est effectuée devient donc cruciale dans l'accroissement des taux de survie. Les recherches évaluatives menées sur le sujet indiquent que les taux de survie augmentent quand le public est formé pour intervenir en réanimation cardio-respiratoire et qu'une défibrillation rapide est exécutée notamment par un service de premiers répondants (Stiell IG, *et al.* 1998 ; Nichol, *et al.* 1999 ; Cummins, R.O, *et al.* 1991).

Présentement, le ministère n'a pas encore établi une norme de performance en matière de taux de survie. Néanmoins, certaines régies régionales calculent le taux de survie aux arrêts cardiaques avec une méthode qui n'est pas uniforme. Une étude comparative menée l'an dernier par Urgences-santé sur les taux de survie à la fibrillation ventriculaire démontre que Montréal se situe dans la moyenne des villes recensées avec un taux de survie de 12 % et un délai d'intervention de 9 minutes ⁵.

Nonobstant l'importance à accorder, avant tout, à la réduction de la mortalité et de la morbidité résultant d'un traumatisme ou à toutes autres situations médicales nécessitant une intervention immédiate, le temps global de réaction du système doit aussi faire l'objet d'une évaluation systématique, ce qui n'est pas le cas actuellement. Malgré des efforts notables pour tenter d'améliorer les services à la population (temps de réponse, etc.), ce n'est pas l'ensemble des acteurs du système qui s'implique au processus d'amélioration continue de la qualité.

Le processus d'amélioration de la qualité des services se limite au programme de formation supplémentaire des techniciens ambulanciers⁶ et à des programmes de recertification, ainsi qu'à une révision, par le coordonnateur médical ou une autre personne habilitée, du respect des protocoles d'intervention ou des actes délégués autorisés par le Collège des médecins dans le cadre de projets pilotes (par ex. : MDSA, combitube).

5. La ville d'Helsinki avait le meilleur taux de survie recensé, soit 27 % avec un délai d'intervention de 11 minutes tandis que Chicago avait le taux de survie le plus faible, soit 3 % avec un délai d'intervention de 6 minutes.

6. Il s'agit de cinq cours de formation : protocoles cliniques, RCR et SPU, urgence traumatique préhospitalière, moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) et combitube, mesures d'urgence.

En résumé, l'évaluation s'effectue davantage sur les processus donc sur les soins rendus aux usagers notamment sur la mesure du respect des normes cliniques (par ex. : respect des protocoles) ou administratives (par ex. : temps de réponse). Les questionnaires ne se sont pas donnés de véritables outils ou moyens pour évaluer la qualité des services préhospitaliers d'urgence dans le cadre d'une réelle planification stratégique du système.

Constats sur l'évaluation des services :

- ☞ seules deux régions régionales ont produit un plan régional d'organisation de services (PROS) dans le secteur préhospitalier ;
- ☞ aucun outil véritable pour évaluer la qualité des services dans le cadre d'une réelle planification stratégique du système.

1.2.3 Impacts sur les structures et la gestion du système**➤ Des structures fragilisées**

Sur le plan de l'architecture du système, **l'absence d'une structure centrale organisée** est, sans équivoque, la principale lacune systémique observée dans le cadre de la révision dont les conséquences se répercutent sur l'ensemble des instances et des intervenants du réseau.

Plusieurs facteurs concomitants tels le manque de planification du ministère, malgré une décentralisation de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence vers les régions régionales, les compressions budgétaires accompagnées d'une réduction importante des effectifs affectés à ce dossier au ministère, sans pourvoir les régions régionales des ressources nécessaires, et l'absence de normes législatives, ont fait en sorte que la démarche d'implantation d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence ne s'est pas réalisée.

Depuis plusieurs années, les intervenants du milieu œuvrent avec un modèle préhospitalier sans véritable planification structurée, sans orientation claire et sans objectif opérationnel précis. Ces lacunes se transposent dans chacune des régions du Québec.

Les régies régionales ont développé, tant bien que mal, des services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire respectif sans les balises nécessaires à une organisation de services efficace et efficiente. Les régies régionales se sont retrouvées dans une position où elles devaient intervenir directement sur la prestation des services et auprès des intervenants (entreprises, techniciens ambulanciers) qui les dispensent. Faute d'avoir les ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à la gestion efficace de ce secteur, certaines régies se sont essouffées et ont perdu une grande part de leur crédibilité dans le système. Ainsi, les services ne sont pas développés de manière uniforme à travers le Québec.

Sur le plan local, il est tout à fait légitime, compte tenu qu'il n'y a jamais eu de planification pour intégrer les premiers répondants dans la chaîne et interpeller adéquatement les municipalités, que les municipalités aient hésité à adhérer aux services préhospitaliers d'urgence via un service de premiers répondants. La municipalité n'a aucun incitatif à s'engager, d'autant plus sans un encadrement ministériel clair sur les objectifs visés par ce service et les moyens financiers requis pour y accéder.

➤ Une intégration marginale

L'absence d'un leadership solide encadrant l'ensemble du système a causé notamment des difficultés d'uniformisation et d'intégration des composantes du système entre elles et avec d'autres réseaux de services, dont ceux de la santé et de la sécurité civile.

Les services préhospitaliers d'urgence demeurent marginalement intégrés au réseau de la santé et reposent, encore ici, principalement sur des initiatives régionales. L'utilisateur qui recourt à des services préhospitaliers d'urgence transite donc dans deux univers, celui du préhospitalier et celui de la santé (CH). De plus, la perception envers ces services et les

intervenants qui y travaillent est la plupart du temps négative (par ex. : les techniciens ambulanciers surchargent les urgences en amenant du travail de plus, etc.). On constate l'absence d'une promotion positive, à titre de plus value à l'intégration des services préhospitaliers d'urgence, à celui des soins hospitaliers.

L'arrimage des services préhospitaliers d'urgence à d'autres secteurs, notamment la santé publique, la sécurité publique et le communautaire reste au stade embryonnaire. Sur le plan systémique, la détermination du positionnement des services préhospitaliers d'urgence envers les autres réseaux et la définition d'une interface entre les services et d'autres acteurs restent à faire.

➤ Une imputabilité relative

Actuellement, l'imputabilité des acteurs à l'égard des services préhospitaliers d'urgence est à questionner.

Le Vérificateur général évoquait notamment le désengagement du ministère, depuis 1993-1994, à connaître l'état de situation relatif à la performance globale du système. Pourtant, le ministère subventionne les services préhospitaliers d'urgence, mais il ne détient pas l'information pertinente lui permettant d'évaluer la situation.

Les régies, pour leur part, produisent un rapport annuel sur l'ensemble de leurs activités. Toutefois, certaines d'entre elles omettent d'inclure des renseignements sur les services préhospitaliers d'urgence et quand il y a des données relatives à ce secteur d'activité, elles tendent à être disparates d'une région à l'autre. Urgences-santé doit, conformément à la loi, produire un rapport annuel incluant des indications sur la performance des services. Ce rapport contient effectivement toutes les données opérationnelles et comparatives nécessaires à la compréhension des activités préhospitalières : nombre d'appels téléphoniques, nombre de transports ambulanciers, interventions médicales, temps de réponse, etc. Toutefois, le Vérificateur soulignait le fait que « comme les régies régionales, Urgences-santé ne rend pas compte de l'efficacité des services en ce qui concerne le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle ainsi que les coûts

et la productivité » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.255*).

Dans leur entente contractuelle avec leur régie régionale respective, les entreprises ambulancières doivent répondre à un certain nombre d'obligations et de responsabilités qui ont été négociées avec le ministère en 1988-1989 et qui ont été peu modifiées depuis dans chacune des régions. En fait, au cours des dernières années, les négociations de gré à gré prévues par la loi ont essentiellement porté sur des considérations budgétaires, la préoccupation des parties ne se situant pas au niveau de normes ou d'objectifs qualitatifs mais davantage au niveau de l'équilibre budgétaire à maintenir entre les augmentations et la progression salariale des techniciens ambulanciers d'une part (la masse salariale a augmenté de 32 % depuis 1992) et les enveloppes budgétaires dévolues par le ministère au système, d'autre part.

Dans le cadre des contrats à budget ouvert, les régies régionales pouvaient concilier, voire contrôler, et ajuster de façon rétroactive le budget des entreprises avec les dépenses réellement engagées par ces dernières au chapitre de la masse salariale des techniciens ambulanciers. Cette transparence comportait cependant des inconvénients sur le plan de la gestion des coûts car les entreprises n'étaient alors pas incitées à gérer de façon serrée cette masse salariale. Les contrats à budget fermé introduits en 1995-1996 ont permis de simplifier la procédure de conciliation annuelle des régies régionales et de responsabiliser davantage les entreprises à cet égard.

Néanmoins, l'imputabilité des entreprises ambulancières dans la gestion des fonds publics quant aux services à la population est souvent qualifiée d'inadéquate et peu d'efforts ont été engagés pour se doter de mécanismes d'évaluation et de reddition de comptes. Comme pour la plupart des établissements du réseau, les contrats de service ne prévoient aucun objectif de performance ni de qualité, ni aucun incitatif à cet égard. Il faut comprendre cependant que l'introduction des objectifs de performance adoptés par le ministère en avril 1995 dans les contrats de services devait conduire à un leadership sur la mise en place de centrales de coordination des appels urgents sur l'ensemble du territoire québécois et à une augmentation sensiblement importante des effectifs sur le terrain.

➤ **Des informations systémiques fragmentées et parcellaires**

L'appréciation de la qualité des services préhospitaliers d'urgence repose, en grande partie, sur des systèmes d'information fiables et compatibles. La participation de tous les acteurs du réseau à cette collecte de données est impérative pour mesurer efficacement la performance globale du système et suivre objectivement l'évolution des services préhospitaliers tant sur le plan clinique qu'administratif.

Le rapport *Chaque minute compte !* faisait état des principales sources sur lesquelles devait reposer un système d'information de nature préhospitalière : la centrale de réception et de répartition, le dossier clinique complété par les techniciens ambulanciers, par le médecin affecté à la direction médicale et celui des centres hospitaliers receveurs (Chap. XI). Le rapport indiquait aussi que parmi ces sources, le rapport d'intervention préhospitalière (RIP) rempli par les techniciens ambulanciers était important et représentait une exigence inéluctable.

Les travaux de révision à l'égard des systèmes d'information en place font état d'une situation plutôt décevante. **Les services préhospitaliers d'urgence ne disposent actuellement que de très peu de données objectives, compte tenu notamment de l'absence de centrales dans plusieurs régions du Québec.**

Depuis déjà quelques années, le ministère est dépourvu d'informations cliniques et administratives sur le plan statistique « les dernières données qui esquisaient un portrait des services (volume d'activité, temps de réponse, etc.) datent de 1993-1994 (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.254).

Pour leur part, les régies régionales tiennent à jour des informations de nature administrative et clinique. Les données quant à l'administration des services préhospitaliers d'urgence sont colligées habituellement par l'ensemble des régies régionales. En contrepartie, les données de nature clinique ne sont pas traitées systématiquement par l'ensemble des régions.

Il y a aussi des disparités importantes en ce qui a trait à la saisie et au traitement des données dans les centrales de coordination. Mis à part la standardisation de l'encodage

des situations SMPAU, le traitement d'autres données comme les types de transport, la priorité d'appel, l'âge des clientèles, etc., varie d'une centrale à l'autre. Il est important de garder à l'esprit que l'inférence des données des centrales de coordination à l'échelle nationale se limite à une réalité démographique. Sur le plan géographique, les données actuelles ne représentent pas certaines réalités particulières vécues dans des régions périphériques ou éloignées.

Il est aussi difficile d'échanger des données cliniques avec d'autres systèmes du réseau de la santé dont les centres de réception. Pourtant, ces liens sont essentiels pour les intervenants afin de reconstituer la trame du début des épisodes de soins et d'analyser, en rétroaction, les interventions cliniques pour mieux apprécier la qualité des services offerts.

Les services préhospitaliers d'urgence peuvent produire des données provenant de plusieurs sources informationnelles mais aucune mise en commun de ces dépôts informatiques n'existe à l'heure actuelle. **Il en résulte que, dans l'attente d'une régularisation et d'une normalisation des systèmes en place, les données disponibles demeurent fragmentaires et parcellaires.**

Constats sur les structures et la gestion du système :

- ☞ absence de planification ;
- ☞ absence d'actualisation du contexte législatif et réglementaire ;
- ☞ absence d'actualisation financière en regard de l'évolution du système de santé ;
- ☞ manque de ressources humaines nécessaires dans les régies régionales ;
- ☞ absence d'orientations claires ;
- ☞ absence d'objectifs opérationnels ;
- ☞ absence de leadership du ministère de la Santé et des Services sociaux : difficulté d'intégration des composantes du système préhospitalier d'urgence entre elles et avec le réseau sociosanitaire ;
- ☞ absence de liens opérationnels entre les services préhospitaliers d'urgence et les autres réseaux de services (ex. sécurité civile) ;

Constats sur les structures et la gestion du système (suite) :

- ☞ imputabilité relative des différents acteurs ;
- ☞ peu de données objectives ;
- ☞ objectifs de résultats peu mesurés.

1.3 FINANCEMENT DU SYSTÈME**1.3.1 Contexte financier**

Des sommes importantes sont consacrées annuellement aux transports sanitaires terrestres et aériens. Pour l'exercice financier 1998-1999, les dépenses brutes imputables aux transports ambulanciers et à l'avion ambulance s'établissaient à 214 M\$.

Au cours de la dernière décennie, les budgets consentis au secteur ambulancier par le ministère de la Santé et des Services sociaux ont augmenté de près de 50 % passant de 147 M\$ à 214 M\$. Cette hausse est attribuable principalement à la consolidation des entreprises avec l'instauration des contrats à budget, à l'implantation ou la consolidation de quelques centrales de coordination des appels, à la mise en place d'une structure préhospitalière dans la région du Montréal métropolitain et à la stabilisation des emplois pour les techniciens ambulanciers.

➤ Sources de financement

La majeure partie du financement est assumée par les fonds publics et parapublics, lesquels représentent en 1998-1999 92,5 % des dépenses totales, soit 197,9 M\$. Les sources de financement se ventilent de la façon suivante :

Contribution du MSSS (1)	103,6 M\$	48,4 %
Subvention de la SAAQ	45,2 M\$	21,1 %
Revenus autonomes (2)	65,2 M\$	30,5 %
– Établissements du réseau.....	33,9 M\$	
– SAAQ	5,5 M\$	
– CSST	0,6 M\$	
– Ministère de la Solidarité sociale	8,7 M\$	
– Individus ou assureur privés	16,1 M\$	
– Autres	0,4 M\$	
TOTAL	214, M\$	100 %

Sources : (1) Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du budget ; (2) Données du Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ) des régions régionales.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux et les établissements du réseau assument 64,3 % de la dépense totale avec 137,5 M\$. La contribution du MSSS est versée pour assurer une couverture du territoire québécois par des services ambulanciers et pour maintenir une tarification en deçà du coût réel de transport. Dans le cas des établissements, ils défraient les coûts des transports secondaires (interétablissements), le transport pour les personnes âgées de 65 ans et plus, ainsi que le coût de l'avion ambulance.

Quant à la SAAQ, elle verse depuis 1989 une subvention discrétionnaire qui se chiffrait en 1998-1999 à 45,2 M\$ pour le soutien au développement des services préhospitaliers d'urgence. Elle assume également, pour les accidentés de la route, le transport primaire et secondaire ainsi que les retours à domicile. Il en est de même pour la CSST, sauf que les transports primaires sont assumés par les employeurs. Le ministère de la Solidarité sociale assume, quant à lui, la facturation des services ambulanciers pour le compte des bénéficiaires de la sécurité du revenu.

Enfin, les individus ou leurs assureurs privés ne participent que marginalement au financement des services ambulanciers en ne contribuant que 16,1M\$ ou 7,5 % des dépenses totales.

Ces constats démontrent clairement que le financement du transport ambulancier au Québec est assumé principalement par l'État. Les personnes âgées, les assistés sociaux, les anciens combattants, les accidentés de la route et ceux du travail n'ont pas à assumer le coût de leur transport ambulancier. De plus, les transports interétablissements et ceux de l'avion ambulance ne sont pas facturés à l'utilisateur.

1.3.2 Tarification des services

Les services préhospitaliers d'urgence sont sujets à la tarification fixée par la ministre en vertu de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., c.P-35).

La tarification de base se situait à 70 \$ en 1989 pour la prise en charge. Ce tarif a connu des hausses successives de 29 % en 1990, de 11 % en 1991 et de 25 % en 1997 pour se situer à 125 \$. Par ailleurs, il n'y a pas eu de révision de la tarification au kilométrage depuis 1989 où elle avait été fixée à 1,75 \$/km.

Par rapport aux autres provinces, la tarification québécoise est parmi les plus élevées avec des services préhospitaliers qui sont, dans les faits, moins développés qu'ailleurs au Canada. On remarque, par exemple, qu'avec une tarification inférieure à la nôtre, certaines provinces offrent des services de premiers répondants et des centrales d'appel mieux structurés.

Au chapitre du transport par avion ambulance gouvernemental, le tarif appliqué depuis 1981 est de 625 \$ par transport et il est entièrement assumé par les établissements. Par rapport au coût moyen réel qui est de l'ordre de 8 770 \$ par transport, la tarification est marginale. D'ailleurs, cette tarification n'a pour but que de financer les fournitures médicales, les services infirmiers et les autres dépenses afférentes. Dans les faits, on peut affirmer qu'il s'agit d'un service gratuit pour l'utilisateur ou les établissements.

1.3.3 *Financement des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière*

Nous présentons sous cette rubrique d'autres constatations sur le financement de chacun des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière. Il est question ici des premiers intervenants, de la Centrale de coordination des appels, des services de premiers répondants et des services ambulanciers. Le tableau suivant présente les dépenses effectuées pour chacun des maillons de la chaîne d'intervention pour l'exercice financier 1998-1999.

TABLEAU 3
DÉPENSES EFFECTUÉES POUR CHACUN DES MAILLONS
(EN MILLIONS DE \$)
(1998-1999)

Maillons de la chaîne	Urgences-santé	Régies régionales	Total
Premier intervenant	0,0	0,0	0,0
Centrales de coordination des appels :			
- Opérations	6,2	2,4	8,6
- Réponse téléphonique	0	5,1	5,1
Premiers répondants	0,0	0,0	0,0
Services ambulanciers :			
<u>Transport sanitaire terrestre :</u>			
- Opérations	57,7	131,3	189,0
- Dépenses assumées directement par les Régies régionales			
▪ Formation des techniciens ambulanciers	0,0	1,4	1,4
▪ Allocations versées à des individus (cas électifs)	0,0	1,3	1,3
▪ Autres	0,0	0,2	0,2
<u>Transport sanitaire aérien :</u>			
- Avion ambulance			8,4
Totaux pour 1998-1999	63,9	141,7	
GRAND TOTAL pour 1998-1999			214,0

Source : Le ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction du budget. Rapport annuel de la Corporation d'urgences-santé.

1.3.3.1 Premiers intervenants

La cause principale de l'absence systémique de ce maillon est qu'il n'existe aucune stratégie nationale pour la formation en secourisme de base pour la population du Québec.

Certaines régions régionales supportent des initiatives locales mais il a été impossible de connaître les sommes investies à cet égard.

Des organismes ont tenté d'introduire ces formations au niveau des écoles mais ils se sont butés généralement à des problèmes de financement.

1.3.3.2 Centrales de coordination des appels urgents

Les sommes consacrées au financement des centrales de coordination des appels pour l'exercice financier 1998-1999 sont de 8,6 M\$ dont 6,2 M\$ consacrés à la Centrale d'Urgences-santé. De plus, des sommes sont versées aux entreprises ambulancières via les régions régionales pour la réponse téléphonique, soit 8 760 \$ par zone exploitée et un montant additionnel de 10 \$ par transport. À cet égard, les sommes versées aux entreprises ambulancières, en 1998-1999, représentent 5,1 M\$. Ainsi, en 1998-1999, une somme de 13,7 M\$ est consacrée globalement pour ce maillon.

Depuis plusieurs années, le ministère n'a transmis aucune directive précise aux régions régionales sur certains paramètres budgétaires, sur l'équipement et sur le nombre nécessaire de centrales. Les budgets autorisés par le ministère à cette fin ont peu augmenté au cours des dernières années.

« Sans ressources financières, plusieurs régions renoncent à se doter d'une centrale de coordination et elles évaluent les propositions de certaines entreprises ambulancières qui sont prêtes à gérer une centrale de répartition qui, elle, n'offre que la réponse téléphonique et l'affectation des ressources, mais sans se conformer aux normes de qualité du MSSS » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.93*).

Les contrats à budget actuels prévoient que les entreprises ambulancières assurent la réponse téléphonique dans leur zone, sans fournir nécessairement le soutien requis à l'appelant. Dans ce contexte, la qualité de la réponse téléphonique varie d'une région à l'autre et d'une entreprise ambulancière à l'autre. D'ailleurs, selon le rapport du Vérificateur général « certaines entreprises prennent elles-mêmes leurs appels ; d'autres les confient à une centrale de répartition gérée par une entreprise ambulancière de la région ou d'une région voisine, ou à une entreprise commerciale spécialisée en la matière » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, Tome II, chapitre 3, article 3.95).

De fait, les modalités de financement diffèrent d'une régie à l'autre, compte tenu qu'elles sont généralement spécifiques à chaque centrale de coordination ou de répartition des appels. Le ministère n'alloue pas le même financement aux centrales de coordination reconnues si on compare celle d'Urgences-santé à celle de Québec ou à celle en Montérégie. Pour ce qui est des autres centrales de réception des appels, il y a un financement particulier si le personnel est syndiqué, sinon les paramètres du contrat à budget qui prévoient un montant de base de 8 760 \$ et 10 \$ par transport s'appliquent.

1.3.3.3 Services de premiers répondants

En examinant les difficultés d'implantation des services de premiers répondants, on se rend compte que l'un des principaux problèmes est l'absence d'un programme de financement par le ministère, pour en assurer le développement sur l'ensemble du territoire québécois.

Les travaux de révision ont démontré qu'aucune planification n'a été faite par le ministère au fil des ans afin de développer des services de premiers répondants. D'ailleurs, le rapport du Vérificateur général faisait état de la situation : « l'implantation des services de premiers répondants reste largement tributaire de la volonté du milieu. La plupart des régies n'ont pas de plan d'action à cet égard et elles ne consacrent que peu de ressources à la promotion et à l'encadrement du service » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, articles 3.111-3.112).

Quelques régies régionales ont néanmoins signé des ententes avec certaines municipalités pour initier des services de premiers répondants. En septembre 2000, il existait 133 municipalités sur 1 835 qui opéraient un service de premiers répondants. L'absence d'un soutien financier de la part du gouvernement explique en grande partie la prudence et la réticence des municipalités à prendre de nouvelles responsabilités extra-sectorielles appartenant au secteur de la santé.

D'ailleurs, avec l'entente établie en 1997 entre le gouvernement québécois et les municipalités à l'effet qu'aucune nouvelle responsabilité ne leur serait confiée sans un financement adéquat ou une nouvelle source de revenus, il est évident que l'implantation d'un réseau de premiers répondants ne pourra se réaliser sans un soutien financier bien concret.

À partir de ce constat, le Comité a voulu connaître les coûts assumés par les municipalités qui opéraient un tel service. Sur la base d'un échantillon de sept municipalités, les informations suivantes ont été retenues : le nombre de sorties annuelles, les effectifs, la formation, les immobilisations et les dépenses d'équipement, les dépenses d'entretien et de réparation ainsi que celles reliées aux fournitures médicales.

La compilation des informations obtenues des sept municipalités, a permis d'identifier qu'en milieu rural et suburbain (25 000 habitants et moins) le coût moyen par sortie est de 70 \$ par rapport à 137 \$ en milieu urbain. On a également constaté que les dépenses pour ces services varient considérablement d'une municipalité à l'autre passant de 35 \$ à 251 \$ par sortie.

Pour ce qui est du volume moyen de sorties, les premiers répondants sont engagés, en milieu rural et suburbain, pour 63 % des affectations ambulancières alors qu'en milieu urbain, ce pourcentage se situe à 32 %. Il appert qu'en milieu rural et suburbain, les premiers répondants se déplacent sur presque tous les appels et sont en général des pompiers volontaires et des bénévoles.

Le tableau 4 résume les informations obtenues des sept municipalités.

TABLEAU 4
COÛT MOYEN PAR SORTIE SELON LES MUNICIPALITÉS
(1998-1999)

Municipalités	Coût par sortie	Nombre de sorties des premiers répondants	Nombre d'affectations ambulancières	Ratio %
Rurales et suburbaines	70,27 \$	2 972	4 725	63 %
Urbaines	137,29 \$	1 200	3 711	32 %
Total	89,55 \$	4 172	8 436	49 %

1.3.3.4 Services ambulanciers

A) Transport sanitaire terrestre

En 1998-1999, les sommes consacrées au transport ambulancier (entreprises ambulancières 131,3 M\$ et la Corporation d'urgences-santé 57,7 M\$) totalisaient 189 M\$. La masse salariale des techniciens ambulanciers représentait, à elle seule, 63,4 % des dépenses avec 119,9 M\$, alors que les dépenses d'opération, incluant les frais de gestion et profits, étaient de l'ordre de 36,6 % avec 69,1 M\$. A cela, s'ajoute un remboursement de la part des régies régionales pour des ajustements technologiques (matelas immobilisateur) de l'ordre de 0,2 M\$.

Les modalités de financement des services préhospitaliers d'urgence des entreprises ambulancières sont définies dans un contrat à budget signé annuellement avec les régies régionales. Quant à Urgences-santé, ses prévisions budgétaires annuelles sont présentées au ministère pour approbation.

- *Budget des entreprises ambulancières et Urgences-santé*

Le financement des services préhospitaliers d'urgence repose largement sur des bases historiques conçues au départ pour stabiliser les emplois dans le domaine ambulancier et par la suite pour « assurer une rentabilité minimale aux entreprises dans ce secteur ». (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.174).

Tel que mentionné dans le rapport du Vérificateur général, le financement des services préhospitaliers d'urgence repose sur des données établies principalement sur la base de sondages (1989) et d'informations obtenues de Transport Canada. Ces assises historiques n'ont jamais fait l'objet d'une véritable révision mais elles ont été indexées occasionnellement et ajustées pour tenir compte du renouvellement des conventions collectives. Au cours de la dernière décennie, d'innombrables débats et arbitrages ont eu lieu concernant les coûts d'opération et la sous-budgétisation possible de certaines dépenses, mais sans faire d'analyses exhaustives des coûts réels, ce qui aurait grandement aidé à résoudre les problèmes rencontrés.

La Corporation d'urgences-santé et les régies régionales produisent un rapport annuel mais elles ne rendent pas compte de l'efficacité des services en ce qui concerne le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle ainsi que les coûts et la productivité.

Le modèle implanté en 1989 pour établir les budgets d'exploitation ne suit plus aujourd'hui l'évolution systémique des besoins de la clientèle et de la performance du réseau.

L'analyse des contrats à budget a permis de comprendre certaines des problématiques liées aux modalités actuelles de financement du système préhospitalier d'urgence.

Rappelons d'abord que le contrat à budget a été élaboré à partir d'un cadre de référence produit en 1989. Les modalités budgétaires ont été établies en fonction de trois grandes composantes, soit le budget « salaires et avantages sociaux », le budget d'opération incluant les frais de gestion et les profits, et le budget pour la réponse téléphonique.

- Le budget « salaires et avantages sociaux » tient compte des salaires négociés dans le cadre des conventions collectives.
- Le budget d'opérations incluant les frais de gestion et les profits comporte différents coûts, modulés sur les paramètres financiers suivants :

Frais variables :

- coûts/km = 37 ¢/km en vigueur en 1993-1994 (pneus, essence, entretien et réparation) ;
- par transport : 7,10 \$ (nettoyage et achats de draps, fournitures médicales et mauvaises créances).

Frais fixes :

- amortissement – véhicules 200 000 km ou 7 ans ;
- autres frais fixes : 10 162 \$ par ambulance incluant :
 - l'équipement médical (2 646 \$ par ambulance),
 - l'équipement de communication (1 569 \$ par ambulance),
 - autres coûts fixes (5 947 \$ par ambulance),
 - (assurances, permis, immatriculation, etc.).

Frais de gestion et profits :

En 1989, les frais de gestion et les profits représentaient 20 % des coûts d'opération et des salaires dont 13 % en frais de gestion et 7 % en profits. Ces frais ont été indexés jusqu'en 1993.

- Le budget de la réponse téléphonique se répartit comme suit :

8 760 \$ par zone annuellement + 10 \$ par transport

Entre 1989 et 1995, les versements aux entreprises ambulancières ont été effectués selon les trois composantes, à savoir un budget applicable exclusivement au paiement des salaires et avantages sociaux des techniciens ambulanciers, un budget d'opération

établi sur quatre grands paramètres (transports, kilomètres, revenus autonomes, et amortissement et financement des véhicules) et un budget pour la réponse téléphonique. Les régies régionales conciliaient, à la fin de chaque année financière, les résultats réels avec ceux projetés.

« En 1995, le ministère décida que les sommes versées aux régies régionales étaient désormais gelées et il leur a demandé de conclure des contrats fermés avec les entreprises ambulancières. Il a mis ainsi un terme, du moins théoriquement, à l'utilisation du modèle avec paramètres, mais sans pour autant proposer un nouveau mode de financement. » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.176*). « Les régies, dont le rôle est de s'entendre concrètement avec les entreprises ambulancières, essaient de négocier avec elles, mais sans marge de manœuvre suffisante » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.176*).

En 1998-1999, le ministère a autorisé des crédits additionnels de l'ordre de 7 % basés sur les dépenses d'opération de 1997-1998 et mettait ainsi fin au gel du financement du budget d'opération des entreprises ambulancières.

L'absence d'une stratégie commune de négociation, au moment du renouvellement, par les régies régionales, des contrats à budget avec les entreprises ambulancières a eu pour effet d'accentuer les disparités à ce niveau : « Comme les négociations des contrats ne reposent plus sur des règles claires, le débat se transforme en revendications ponctuelles » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.178*).

Le financement de la flotte des véhicules ambulanciers n'a pas été révisé depuis 1993-1994. Il n'existe pas de système d'appels d'offres pour des achats de véhicules par les entreprises privées sauf pour Urgences-santé. Ainsi, le prix des véhicules et les taux d'intérêt payés par les entreprises sont plus élevés que si les achats étaient regroupés. Les versements effectués aux entreprises ambulancières pour l'achat d'une ambulance, par les régies régionales, sont inférieurs de près de 16 000 \$ par rapport au prix actuel, en 2000. Les entreprises ambulancières conservent la valeur de revente de ces

ambulances. Aussi, les régies régionales financent ces véhicules sur la base du taux préférentiel plus 2 %.

Ces contrats à budget permettent de contrôler certains coûts mais ne favorisent pas une approche responsabilisante de la part des entreprises ambulancières sur le plan de la rationalisation des dépenses et de l'imputabilité quant à la qualité des services offerts à la population. Les contrats à budget actuels ne tiennent pas compte des objectifs de performance à atteindre basés sur des indicateurs précis de résultats. En outre, aucun rapport financier annuel n'est demandé aux entreprises ambulancières par les régies, ce qui permettrait au ministère de mettre en place un outil d'évaluation continue des paramètres budgétaires.

En fait, dans le contexte actuel, il y a lieu de revoir en profondeur le concept de contrat à budget pour qu'il évolue dans le sens d'une responsabilisation des acteurs impliqués à l'égard de la prestation des services, du financement et de la reddition de comptes sur le plan qualitatif et quantitatif. La reddition annuelle de comptes devrait se faire également sur la base d'objectifs de performance sur le plan de la qualité et de l'efficacité à atteindre.

- *Techniciens ambulanciers*

Dans le financement des services ambulanciers, les régies régionales dépensent également 1,4 M\$ pour la formation des techniciens ambulanciers. Ces sommes ont permis d'augmenter les heures de formation des techniciens ambulanciers et la prestation de cinq cours jugés prioritaires pour améliorer les services à la population.

Sur le plan de l'organisation du travail, « le ministère et les régies ne connaissent pas la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers et, par conséquent, ils ont du mal à faire face aux revendications des syndicats. » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.168). Avant 1999, aucun outil provincial et standardisé n'a été utilisé pour réévaluer la charge de travail réelle des techniciens ambulanciers.

Cependant, les budgets consentis aux régies régionales ne sont pas nécessairement réajustés en fonction de la charge de travail et des besoins de la clientèle. Comme il est mentionné dans le rapport du Vérificateur général du Québec, « en 1993-1994, le ministère cesse d'indexer les sommes injectées dans le transport d'urgence. Pourtant, il ne réévalue pas les besoins de chacune des régies avant de procéder à ce gel de ressources ». (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, Tome II, chapitre 3, article 3.148*).

- *Équité interrégionale*

En dépit de la volonté ministérielle de vouloir favoriser l'équité entre les régions, aucune initiative n'a été prise pour établir l'équilibre entre les services offerts dans les différentes régions du Québec.

Le Vérificateur général formulait ce commentaire : « par ailleurs, les budgets alloués à Urgences-santé et au système privé obéissent à des méthodes différentes, sans qu'il ait été prouvé que certains besoins justifient cet état de fait. Toutes proportions gardées, les ressources accordées à Urgences-santé sont plus abondantes que celles que reçoivent les régions. Par exemple, le taux d'encadrement d'Urgences-santé est plus élevé qu'ailleurs. » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.153-3.154*). De plus, « au chapitre de l'avance dont bénéficie Urgences-santé sur le plan financier, notons que plusieurs régies tentent de trouver les ressources financières pour implanter une centrale de coordination et pour améliorer leur système de radiocommunication, pendant qu'Urgences-santé se dote, à la demande du ministère, d'un système de répartition assistée par ordinateur évalué à 7,2 M\$. » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.156*).

B) Transport sanitaire aérien• *Avion ambulance*

Le coût moyen de l'avion ambulance pour les exercices financiers de 1995-1996 à 1999-2000 est d'environ 8 M\$ et se répartit comme suit :

– avion (financement et opération)	8,44 M\$
– équipe infirmière, médicament, etc.	0,41 M\$
– entretien sanitaire de l'avion	0,11 M\$
– facturation et gestion des services	0,05 M\$
	9,01 M\$
– Moins : revenus	0,60 M\$
TOTAL	8,41 M\$

Au cours de cette même période, entre 847 et 1 138 usagers ont été transportés, pour une moyenne de 959 personnes par année. Dans ce contexte, le coût moyen par usager transporté s'est élevé à 8 770 \$. Pour chacun de ces transports, un montant de 625 \$ a été facturé à l'établissement référent. Il est à noter que ce n'est pas l'utilisateur qui se voit facturer pour les services de l'avion ambulance, mais plutôt l'établissement du réseau de la santé qui le réfère.

Rappelons enfin que le service ÉVAQ est constitué d'une structure modulaire reposant sur un ensemble de relations partenariales, mais il ne dispose pas d'une administration centralisée.

➤ **L'utilisation de l'avion**

En vertu de l'entente de service entre le ministère et le Service aérien gouvernemental, ce dernier négocie annuellement avec le Conseil du trésor le coût d'utilisation de ses avions qui sera imputé à l'avion ambulance. En cours d'exercice budgétaire, le Service aérien

gouvernemental facture ce montant global au ministère de la Santé et des Services sociaux sans autres détails. Pour l'exercice budgétaire 2000-2001, le budget de l'avion ambulance a été estimé à 13,2 M\$ en fonction d'une prévision de 1 800 heures de vol, soit une facture mensuelle de 1,1 M\$.

➤ **Les honoraires des médecins**

En vertu de l'entente de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec avec le ministère, les médecins de la Clinique d'urgence Enfant-Jésus et du service d'escorte facturent leurs honoraires à la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ).

➤ **Les autres frais**

Le troisième volet de la facturation pour l'avion ambulance relève de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux de Québec. Ainsi, la régie facture 625 \$ à l'établissement référent pour chaque usager transporté par l'avion ambulance. Cette facturation ne représente que les coûts générés pour les services rendus concernant les soins infirmiers, les médicaments, les fournitures médicales et chirurgicales, les frais d'équipements médicaux, ainsi que l'entretien sanitaire de la cabine de l'avion ambulance selon les accords du contrat octroyé par l'entremise d'Approvisionnement des Deux Rives Inc. Certains frais d'administration de la Régie régionale de Québec sont aussi inclus dans les coûts de la facturation.

- *Hélicoptère*

Il n'existe actuellement au Québec aucun service d'hélicoptère ambulance régulier d'envergure nationale.

- *Autres déplacements par voie aérienne*

Environ 18 000 bénéficiaires sont transportés annuellement par voie aérienne pour le compte des établissements des régions périphériques du Québec. Ces déplacements sont autorisés par les établissements référents et sont réalisés à bord de vols commerciaux réguliers et de vols nolisés. Environ les deux tiers de ces bénéficiaires sont autonomes, c'est-à-dire qu'ils sont capables de satisfaire sans aide la totalité de leurs besoins. Ils sont souvent déplacés à des fins de diagnostic et ne nécessitent aucun service particulier en cours de vol.

Le coût annuel de ce service, de l'ordre de 9 M\$ en 1998-1999, est assumé par les établissements référents.

Puisque l'organisation du transfert des usagers relève de chaque établissement, les volumes de cette clientèle n'ont pas d'impact sur le prix du transport.

Contrairement à l'avion ambulance, il n'existe pas actuellement pour ces déplacements, un système intégré, ni de contrôle exercé par le ministère concernant l'optimisation des ressources affectées. De plus, aucun rapport annuel de gestion n'est produit concernant ce service, donc aucune vision globale.

1.3.4 Analyse des coûts

Toujours dans l'esprit des constats qui se sont dégagés des travaux de révision, l'analyse des mesures financières en place permet de poser un diagnostic sur quelques problématiques particulières.

En premier, lorsqu'on examine les difficultés à colliger les données statistiques et financières des services préhospitaliers d'urgence, on constate le manque d'uniformité dans le traitement de l'information d'une régie à l'autre ainsi qu'au ministère. D'une part, le ministère ne fournit pas de directives concernant la comptabilisation des revenus et des dépenses des services préhospitaliers d'urgence et il n'y a pas de concertation avec les régies régionales au moment de la préparation des prévisions budgétaires annuelles.

D'autre part, on constate que la structure des comptes de dépenses et de revenus est différente d'une entreprise à l'autre (pas de charte de comptes systémique). Il existe en plus une iniquité dans les bases applicables sur les frais de gestion et profits. Ainsi, deux entreprises, ayant en 1998-1999 le même volume de transport, peuvent avoir eu des versements différents de ce type de frais dus aux coûts d'opération qu'ils ont eu en 1989. « En 1996-1997, le taux varie de 12,8 % à 24,1 %, même si le montant accordé à cette fin devait, en théorie, être resté le même depuis 1993-1994 », soit 20 %. (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.150).

Le MSSS ne possède pas de système central d'information lui permettant d'avoir un suivi budgétaire adéquat : « en effet, il ne détient pas l'information qui lui permettrait d'évaluer la performance globale du système et les améliorations à y apporter. Depuis 1993-1994, le ministère n'a pas cherché à connaître l'état de situation. » (*Constat au rapport du Vérificateur général du Québec*, 1997-1998, tome II, chapitre 3, article 3.254). Les régies régionales ne disposent d'aucun outil permettant d'évaluer efficacement les bases budgétaires établies en 1989 et ne sont pas en mesure de connaître les coûts réels d'opération des entreprises ambulancières et des centrales de coordination des appels.

À partir de ces constats, le Comité a procédé à l'analyse des coûts sur la base de douze rapports financiers d'entreprises ambulancières fournis et choisis par les associations patronales et de la Corporation d'urgences-santé. Cet exercice avait pour but d'une part d'élaborer de nouvelles règles et paramètres budgétaires et, d'autre part, de faire une comparaison entre les dépenses encourues par Urgences-santé et celles des entreprises ambulancières.

Ainsi, dans le but de répartir les dépenses uniformément, une charte de comptes a été élaborée et les dépenses ont été réparties par centre d'activités et par catégories de coûts. Aucun redressement ou ajustement n'a été effectué aux rapports financiers obtenus.

L'échantillonnage retenu est 17,2 % et 17,8 % du chiffre d'affaires des entreprises ambulancières excluant Urgences-santé.

Dans le cadre de cette étude, le problème principal rencontré a été de répartir les dépenses selon la charte établie puisque la classification des dépenses était différente d'une entreprise à l'autre. Les coûts apparaissant dans cette étude ont été établis sur une base comparative entre Urgences-santé et les entreprises ambulancières.

L'analyse des résultats obtenus (échantillon) se présente selon le coût moyen par transport (total des transports effectués / les dépenses réelles), par heure rémunérée⁷ et *per capita*⁸. Elle indique une certaine uniformité dans les coûts. Le tableau ci-dessous présente ces résultats.

TABLEAU 5
COÛT MOYEN PAR UNITÉ DE MESURE
URGENTES-SANTÉ ET LES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES
(1997-1998 ET 1998-1999)

Unité de mesure	Années	Urgences-santé ⁽¹⁾ 100 %	Entreprises – échantillon de 17 %	Coût réel 1998-1999
Transport	1997-1998	346,50 \$	323,98 \$	473,29 \$
	1998-1999	314,50 \$	318,44 \$	466,40 \$
Heure rémunérée	1997-1998	50,07 \$	45,73 \$	51,46 \$
	1998-1999	48,22 \$	47,86 \$	53,38 \$
<i>Per capita</i>	1997-1998	27,34 \$	20,05 \$	25,73 \$
	1998-1999	25,99 \$	20,99 \$	26,69 \$

⁽¹⁾ Source : Rapports annuels de la Corporation d'urgences-santé

Pour 1998-1999, sur la base de l'échantillon, les coûts par transport sont comparables entre la Corporation d'urgences-santé et les entreprises ambulancières alors que ceux afférents aux heures rémunérées et *per capita* sont moins élevés pour les entreprises ambulancières.

⁷ Heure rémunérée : s'applique aux techniciens ambulanciers et comprend les heures travaillées et les heures applicables aux avantages sociaux (ex. : vacances, jours fériés, etc.).

⁸ Institut de la statistique du Québec : population 1998 : 7 322 995 et 1999 : 7 345 390.

Toutefois, si on compare les coûts moyens basés sur les montants versés par les régies régionales aux entreprises ambulancières, ceux concernant les heures rémunérées et ceux *per capita* sont comparables à Urgences-santé alors que les coûts par transport sont supérieurs pour les entreprises ambulancières de l'ordre de 127 \$ et 152 \$ respectivement pour 1997-1998 et 1998-1999. Ces variations sont principalement attribuables au fait que les coûts fixes en milieu rural sont supérieurs à ceux en milieu urbain en raison d'un volume de transport inférieur en milieu rural. Par contre, les coûts des salaires des techniciens ambulanciers, pour les différents types d'horaires de travail, en milieu rural et urbain, sont les mêmes partout dans la province et peu importe le nombre de transports effectués.

Par ailleurs, faute d'outils fiables et comme cet échantillon n'est pas suffisamment représentatif puisqu'il est composé essentiellement d'entreprises en régions urbaines, il serait prématuré et hasardeux de tirer de façon définitive quelques conclusions que ce soit.

Cependant, une analyse en profondeur, à partir d'une charte des comptes uniformisée devrait être effectuée dans les plus brefs délais afin de déterminer le coût réel des dépenses d'opération des entreprises ambulancières et de réviser, si nécessaire, l'ensemble des règles et des paramètres budgétaires compte tenu que l'on n'a pas actuellement tous les éléments et outils fiables permettant de réviser ces coûts.

Constats sur le financement du système

Les maillons de la chaîne d'intervention

Premiers intervenants :

- ☞ aucune stratégie de financement pour la formation des premiers intervenants au niveau national.

Constats sur le financement du système (suite)*Centrales de coordination :*

- ☞ les modalités de financement sont différentes d'une région à l'autre ;
- ☞ peu de directives émises par le MSSS concernant le développement de centrales ;
- ☞ stratégie globale de financement non révisée à l'échelle nationale et basée sur des considérations *ad hoc*.

Services de premiers répondants :

- ☞ absence de stratégie de financement des services de premiers répondants ;
- ☞ absence de modalité concernant la formation et l'implantation des services de premiers répondants ;
- ☞ absence d'orientation et d'encadrement fournis par le MSSS à cet égard.

Services ambulanciers :

- ☞ faiblesse dans les orientations normatives et financières relatives aux contrats ;
- ☞ absence d'objectif de résultat dans les contrats à budget ;
- ☞ absence d'obligation de reddition de comptes.

Le système

- ☞ stratégie globale de financement non révisée à l'échelle nationale et basée sur des considérations ponctuelles et non planifiées ;
- ☞ initiatives de financement régional et local non concertées à l'échelle nationale ;
- ☞ absence d'outil permettant d'évaluer efficacement les bases et paramètres budgétaires et financiers ;
- ☞ ignorance du coût des services par la population ;
- ☞ pas ou peu de reddition de comptes ;
- ☞ pas de système d'information adéquat permettant le traitement de l'information budgétaire et financière.

1.4 ENVIRONNEMENT JURIDIQUE : ÉTAT DE SITUATION ET PROBLÉMATIQUES RENCONTRÉES

1.4.1 Cadre juridique général

D'un point de vue juridique, le secteur des services préhospitaliers d'urgence au Québec est principalement régi par deux lois, la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q, c. P-35) et la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5). Ces deux textes de loi ne visent pas exclusivement les services ambulanciers et comprennent d'autres sujets.

C'est dans la Loi sur la protection de la santé publique que l'on retrouve les responsabilités dévolues à la ministre de la Santé et des Services sociaux en matière de services d'ambulances. On y prévoit précisément les pouvoirs de réglementation que la ministre peut exercer en cette matière dont :

- la détermination des zones de services d'ambulance et de normes permettant de fixer le nombre maximum d'ambulances par zone ;
- la détermination des normes relatives à la qualification du personnel et des normes d'équipement, de fonctionnement, d'inspection et d'opération des services d'ambulance, de même que les conditions et modalités que doit remplir toute personne qui sollicite un permis d'exploitation de services d'ambulance.

Ces pouvoirs peuvent être, et ont effectivement été, délégués aux régies régionales. Préalablement à cette délégation, un règlement avait été adopté par le gouvernement (Règlement d'application de la loi sur la protection de la santé publique), lequel prévoit des dispositions relatives aux pouvoirs réglementaires mentionnés ci-dessus. On y prévoit, entre autres, des conditions et modalités que doit remplir une personne qui sollicite un permis d'exploitation de services d'ambulance, des normes d'équipement, d'opération et de fonctionnement des services d'ambulance de même que certaines dispositions relatives à la qualité du personnel en place.

Il est intéressant de constater que certaines des dispositions prévues sont maintenant caduques en différents endroits, compte tenu de l'exercice assez étendu par les régies régionales des pouvoirs qui leur ont été délégués par la ministre. Cela signifie que certaines des dispositions relatives à ce règlement d'application peuvent continuer de s'appliquer sur le territoire d'une régie qui n'a pas réglementé sur un sujet, alors que ces mêmes dispositions ne seront plus applicables sur le territoire d'une autre régie qui, elle, aurait exercé son pouvoir réglementaire sur le même sujet.

Par ailleurs, la ministre a également le pouvoir de fixer le taux du transport par ambulance, pouvoir qui ne peut être délégué aux régies régionales et dont le résultat de l'exercice se retrouve dans « l' Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subvention aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance ».

C'est également la Loi sur la protection de la santé publique qui campe de façon claire l'obligation d'être titulaire d'un permis, en plus d'avoir conclu un contrat avec la régie régionale pour pouvoir exploiter un service d'ambulance, obligation qui ne s'applique pas à la Corporation d'urgences-santé.

Cette loi définit quels sont les droits et obligations d'un titulaire de permis et prévoit les cas, conditions et circonstances pour lesquels la ministre peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un titulaire.

La Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5) comprend, pour sa part, certaines dispositions relatives aux services préhospitaliers d'urgence dont celles visant à :

- créer la Corporation d'urgences-santé, y prévoir ses pouvoirs et responsabilités, déterminer la composition de son conseil d'administration et prévoir que la ministre de la Santé et des Services sociaux peut exercer l'administration provisoire de la Corporation pour les motifs qui sont mentionnés ;

- coordonner les services préhospitaliers d'urgence dans les régions autres que celles dont le territoire est couvert par la Corporation d'urgences-santé.

C'est dans ces articles de loi que se retrouve l'obligation qu'ont les régies régionales de soumettre à la ministre un plan de coordination des services préhospitaliers d'urgence pour leur région, ainsi que l'obligation de négocier un contrat avec chaque titulaire de permis d'exploitation de services d'ambulance qui opère dans leur région.

Le secteur des services préhospitaliers d'urgence est également touché par l'application de diverses législations dont la portée est beaucoup plus générale.

D'abord, il y a les chartes en matière de droits et libertés : la Charte canadienne des droits et libertés qui a un statut constitutionnel et la Charte (québécoise) des droits et libertés de la personne laquelle possède un statut quasi constitutionnel. Ces deux chartes constituent la bible de l'action gouvernementale ou législative du Québec. Elles consacrent notamment le droit à la vie, à la sécurité et à la liberté des personnes de même qu'elles interdisent toutes formes de discrimination qui y sont mentionnées.

Le Code civil est une pièce législative de grande importance. C'est dans ce code que l'on retrouve, entre autres, toutes les règles relatives au consentement à recevoir des soins ou des traitements ou au refus de recevoir de tels soins ou traitements. Ces règles découlent du principe que l'on retrouve dans le Code civil, à savoir que toute personne est inviolable, qu'elle a droit à son intégrité et que, sauf dans les cas prévus par la loi, nul ne peut lui porter atteinte sans son consentement libre et éclairé.

Les règles relatives au consentement ou au refus de soins prévues dans le Code civil du Québec diffèrent selon que l'on est en présence d'une personne majeure apte ou inapte, d'une personne mineure âgée de 14 ans ou plus ou de moins de 14 ans et sont également différentes selon qu'il s'agit de soins requis ou non requis par l'état de santé de l'individu ou qu'il s'agit de soins d'urgence.

La loi médicale est également pertinente car elle définit ce qu'est un acte médical, définition de portée très générale et qui englobe plusieurs actions que posent quotidiennement les techniciens ambulanciers. C'est dans cette loi que l'on retrouve le

pouvoir réglementaire, dévolu à l'ordre professionnel et sur l'approbation du gouvernement, permettant de déléguer certains actes médicaux à des classes de personnes autres que des médecins.

Les deux lois sur l'accès, soit la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (L.R.Q., c. A-2.1) et la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (L.R.Q., c. P-39.1) sont également en application quotidienne ; la première s'appliquant notamment à la Corporation d'urgences-santé et à ses employés, dont les techniciens ambulanciers, et la deuxième, aux entreprises ambulancières et à leurs employés.

La Loi sur la recherche des causes et des circonstances de décès (L.R.Q., c. R-0.2) et plus particulièrement, le Règlement sur l'identification, le transport, la conservation, la garde et la remise des cadavres, objets et documents sous son autorité, intéressent également le secteur des services préhospitaliers d'urgence, plus particulièrement les règles relatives à ce qui est communément appelé le « constat de mort évidente » et les conséquences qui s'ensuivent quant au transport d'un cadavre présentant des caractéristiques de mort évidente.

Les sujets sur lesquels le législateur a choisi de légiférer ou de ne pas légiférer et conséquemment, les dispositions législatives existantes semblent poser certains problèmes dans la pratique quotidienne des activités.

1.4.2 *Problématiques particulières rencontrées par les intervenants*

Le Comité national a été saisi de la présence de certains problèmes qui lui ont été présentés par des intervenants qui les vivent quotidiennement : les techniciens ambulanciers, les entreprises ambulancières et les régies régionales.

1.4.2.1 Techniciens ambulanciers et entreprises ambulancières

Les techniciens ambulanciers déplorent notamment le fait que le rôle et les actes qu'ils sont habilités à poser souffrent d'un manque d'encadrement législatif. Actuellement, c'est un cadre factuel qui détermine les champs de compétence des techniciens ambulanciers et ce cadre diffère selon les régions en fonction de ce qui leur est enseigné par les régies régionales.

Il ne faut pas nier que certaines améliorations législatives pourraient être apportées, notamment pour clarifier les rôles et les responsabilités des intervenants. À cet égard, **il est important de réitérer que le rôle et les responsabilités des techniciens ambulanciers ou encore des premiers répondants ne sont pas clairement définis dans le corpus législatif ou réglementaire québécois.**

Ils évoquent également l'absence de normes provinciales relatives à la qualification des techniciens ambulanciers ce qui, semble-t-il, peut conduire à certaines aberrations quant à la présence au travail d'une personne dont la compétence peut être sérieusement mise en doute.

De plus, ils indiquent que le rôle et les responsabilités respectifs des régies régionales et des entreprises ambulancières à l'égard de cette qualification ne sont pas clairement définis, ce qui a pour effet de laisser la place à un certain laxisme de la part des intervenants qui ne se sentent pas concernés et qui, sur le plan de l'imputabilité, se renvoient la balle quant à leurs responsabilités respectives.

Par ailleurs, les techniciens ambulanciers et les entreprises ambulancières soulignent aussi la présence de problèmes quotidiens relatifs à la gestion du consentement ou au refus de soins ou de transport par un usager. Ils s'interrogent sur l'opposabilité aux techniciens ambulanciers de ce qu'ils appellent un « testament de vie » ou encore d'une ordonnance signée uniquement par un médecin demandant ou prescrivant une non-réanimation. Ils ont également certains griefs à l'encontre de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui, notamment sur le fait que cette loi ne leur donne pas les mêmes pouvoirs qu'aux policiers de transporter une personne sans autorisation dans des cas bien précis.

Le Comité a également été informé d'autres problématiques vécues par les techniciens ambulanciers et les entreprises ambulancières dont : l'absence de normes législatives ou réglementaires définissant la nature et les caractéristiques du transport ambulancier, l'absence de normes sur l'ensemble du transport adapté, les incertitudes relatives à l'identité de l'agent payeur d'un transport et l'unicité du type de transport par ambulance pour l'ensemble des usagers.

1.4.2.2 Régies régionales

Pour leur part, les régies régionales ont indiqué certains problèmes plus circonscrits qu'elles vivaient quotidiennement.

Alors que les régies régionales sont les instances appelées à s'assurer que les titulaires de permis des services d'ambulance ont et maintiennent les qualités requises pour conserver ce permis, ces dernières n'ont aucun pouvoir d'intervenir en cas de contravention à de telles qualités ou encore si l'évolution des besoins ne nécessite plus l'existence même du permis.

La dualité qui existe entre le permis et le contrat suscite des difficultés, autant sur le fait de l'existence même du permis combinée à l'obligation de signer un contrat avec les entreprises, que sur le fait qu'elles ont le pouvoir de délivrer un permis mais non celui de le suspendre ou de le révoquer.

La négociation du contrat à budget est également source de problèmes pour les régies régionales, car elles ne disposent pas d'une liberté de contracter, malgré le caractère dit de « gré à gré » de la transaction, dans la mesure où les conditions minimales et les considérations financières sont déterminées préalablement avec les entreprises ambulancières à l'occasion d'un processus de négociation provincial.

Le principe d'exclusivité de la zone réduit également la marge de manœuvre des régies dans la gestion de la flotte ambulancière et dilue de même le pouvoir d'une régie régionale dans la négociation du contrat à budget. La législation ne donne pas aux régies

régionales une marge de manœuvre essentielle à la détermination du type de transport le plus efficace et efficient dans toutes les situations.

Finalement, les régies régionales dénoncent également l'absence d'un pouvoir d'inspection et de tutelle à l'égard des entreprises ambulancières de même que l'inexistence d'une autorité en matière de suspension ou de révocation du droit de pratique d'un technicien ambulancier.

La réflexion du comité à l'égard de ces aspects amène à constater que quelques problèmes perçus comme étant généralisés et incontournables comportent des intensités différentes, en fonction notamment des individus qui y sont confrontés. De plus, parfois, il s'agit plutôt d'inconvénients pratiques liés à l'existence de certaines dispositions législatives.

Il est donc impératif de considérer les aspects juridiques, non pas de façon compartimentée et en parallèle aux autres aspects révisés, mais bien sous le principe de vases communicants avec les dimensions clinique, organisationnelle et financière de la réforme qui doivent d'abord être traitées avant de déterminer quelles solutions législatives leur apporter.

Constats sur le cadre juridique :

- ☞ cadre législatif et réglementaire anachronique et épars ne permettant pas aux gestionnaires d'implanter des modifications de système et de contribuer à l'effort national d'assainissement des dépenses publiques ;
- ☞ imprécision des rôles des intervenants et absence de dispositions législatives quant à l'application des protocoles cliniques et de la délégation de tâches ;
- ☞ clarifications nécessaires de l'imputabilité des différents niveaux de gestion et d'intervention, afin de pouvoir assurer une saine gestion de la qualité et de la sécurité de la population.

CHAPITRE II

VERS UN RÉSEAU INTÉGRÉ DE SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC : RECOMMANDATIONS ET PISTES DE SOLUTIONS

Le mandat du Comité national vise tout d'abord à concevoir un modèle préhospitalier d'urgence, répondant aux besoins de la population et axé sur des objectifs d'efficacité et d'efficience, à déposer des recommandations en ce sens, et à élaborer un plan d'action en vue d'actualiser les recommandations, afin d'assurer la mise en œuvre d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence.

Les membres du comité ont constaté des difficultés systémiques auxquelles doit pallier la présente réforme. Toutefois, le défi de la révision ne s'arrête pas à l'analyse objective du secteur préhospitalier d'urgence et à la détermination de nouvelles orientations pour améliorer l'efficacité et l'efficience des services. Au-delà de ce travail d'envergure, le véritable défi réside dans des moyens concrets, pour mettre en place les maillons manquants et donner naissance à un véritable système.

À la base, la réforme du secteur préhospitalier doit passer par la transformation d'un système actuellement centré sur les acteurs et les détails de procédure vers un système centré sur les usagers, leurs besoins et les services requis.

Les principes du rapport *Chaque minute compte !* font toujours l'unanimité au sein du comité. Conceptuellement, tous s'entendent sur la pertinence d'un système basé sur une chaîne d'intervention intégrée dont la finalité est de réduire la mortalité et la morbidité dans la population québécoise. À cet égard, les efforts consentis pour améliorer le secteur préhospitalier d'urgence visent avant tout à assurer que tous les éléments constitutifs de la chaîne d'intervention préhospitalière soient présents partout au Québec, avec des objectifs de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Les déficiences actuelles du secteur préhospitalier d'urgence font en sorte que des remaniements profonds devront être faits, afin d'assurer la mise en place d'un système intégré, tel qu'exigé par le mandat.

- ♦ Avant tout, la réforme doit parvenir à mieux circonscrire et renforcer les rôles et responsabilités des structures, des intervenants et des partenaires concernés par les services préhospitaliers d'urgence. Il s'agit là d'un premier pas vers l'augmentation de l'imputabilité des acteurs et une transparence accrue permettant une reddition de comptes et une assurance de la qualité.
- ♦ Afin d'uniformiser, de maintenir et d'améliorer la formation des intervenants de la chaîne, des efforts importants devront être consentis, particulièrement pour les premiers intervenants, les premiers répondants, les techniciens ambulanciers et le personnel des centres de communication santé. Aussi, des investissements considérables devront être accordés, au chapitre de la formation des nouvelles cohortes et des intervenants déjà en place.
- ♦ Des mécanismes d'encadrement médical sont à prévoir pour assurer une meilleure qualité des aspects cliniques de l'intervention, tant en temps réel que de façon prospective et rétrospective.
- ♦ Les services préhospitaliers d'urgence doivent mettre à contribution tous les intervenants susceptibles de prendre part à la réforme actuelle. Le rôle des uns et des autres doit être clairement défini pour faciliter la mise en opération et l'intégration des services.
- ♦ La réalisation des objectifs de la réforme requiert des ressources financières significatives, surtout sur le plan de la formation et de l'infrastructure du système proposé. Une planification budgétaire par phase est également à prévoir.

Pour formuler ses recommandations, le Comité a tenu compte des travaux effectués par les groupes de travail, des conditions essentielles au changement telles qu'énoncées dans le premier chapitre, des orientations systémiques préconisées dans le rapport *Chaque minute compte !*, ainsi que des commentaires et recommandations émis par le Vérificateur général du Québec et la Commission de l'administration publique. Les consultations menées au cours de la démarche ont largement contribué à enrichir les travaux de révision et à ajuster les recommandations encadrant la réforme du secteur préhospitalier aux besoins exprimés par les divers acteurs.

Les recommandations émises ont un impact sur l'ensemble des régions du Québec tout en gardant en perspective les caractéristiques propres à ces dernières. Elles sont le résultat d'un accord unanime des membres du Comité national.

Enfin, les membres du comité proposent un plan d'action définissant les actions jugées prioritaires et stratégiques pour la mise en place du système proposé. Ces actions impliquent obligatoirement des ressources jugées imputables à leur mise en place, identifient les partenaires avec lesquels doit s'associer le milieu et précisent l'échéancier retenu.

2.1 MISSION ET OBJECTIF POUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE QUÉBÉCOIS (SPUQ)

Le système de services préhospitaliers d'urgence doit reposer sur une mission claire, propre à sa réalité. Il est primordial de bien définir le type de système à implanter et d'en informer la population québécoise.

Le Comité propose la mission suivante pour les services préhospitaliers d'urgence québécois (SPUQ) :

Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.

Cette mission intègre les divers éléments jugés essentiels à la raison d'être du système et les objectifs auxquels doivent répondre les services préhospitaliers d'urgence. Pris isolément, chacun des éléments de l'énoncé de mission peut être mis en lien avec un principe directeur de l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence :

Énoncé	Principes directeurs
Les SPUQ assurent en tout temps à l'ensemble de la population	➤ Maintien des principes d'accessibilité et d'universalité des programmes de soins
faisant appel à leurs services	➤ Élaboration d'un système de services préhospitaliers d'urgence qui répond à un besoin spécifique de la population
une réponse appropriée, efficiente,	➤ Les services offerts misent sur la qualité, sont soumis à des programmes d'évaluation adéquats et s'associent à un réseau de services de santé dans le but d'améliorer la réponse donnée
ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité	➤ Détermination de l'objectif premier d'un système de soins d'urgence.
de la personne en détresse	➤ Identification par le centre de communication santé du niveau de détresse ressentie par l'appelant et de la réponse la plus appropriée.
et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.	➤ Évaluation des activités des services par l'instauration de normes objectives et reconnues afin de vérifier les performances de chacun des éléments du système.

2.1.1 Les principes

Selon les membres du comité, pour que cette mission conserve tout son sens, le système préhospitalier d'urgence de demain doit poursuivre des principes qui garantissent à la population québécoise l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité des services. En ce sens, les services préhospitaliers d'urgence doivent s'appuyer sur :

➤ L'accessibilité

Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps dans le territoire québécois habité. Pour réaliser cet objectif, ces ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité tenant compte des particularités régionales.

➤ **L'efficacité**

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permette une réduction maximale de son temps de réaction.

➤ **La qualité**

Les actions prises en réponse aux demandes de service doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles de l'art et maximiser les chances de survie des victimes.

➤ **La continuité**

Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

Les travaux de révision ont démontré sans équivoque que les services préhospitaliers d'urgence n'ont pas évolué uniformément sur le territoire québécois. Tout en respectant les particularités géographiques et démographiques des régions du Québec, il importe d'assurer à la population du territoire *l'accès* à des services préhospitaliers d'urgence de qualité. **À cet effet, le Comité recommande :**

Que, dans toutes les régions du Québec, soient mis en place des services préhospitaliers d'urgence comprenant tous les maillons de la chaîne d'intervention soit : le premier intervenant, le 9-1-1, le centre de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs.

Chacun des maillons contribue, dans un processus continu, à la réponse aux besoins des usagers nécessitant des soins préhospitaliers d'urgence, selon des protocoles et des rôles spécifiques. Cependant, les services de premiers répondants seront interpellés, dans certains cas prévus par des ententes spécifiques.

2.2 DES SERVICES DE QUALITÉ AVANT TOUT

Les recommandations et orientations mises de l'avant par le Comité font constamment référence aux objectifs de base des services préhospitaliers d'urgence définis par la mission. En conséquence, elles tiennent compte des conditions essentielles au changement, telles que présentées dans le premier chapitre.

Sans la préoccupation constante d'assurer la qualité dans les services rendus, les principaux objectifs poursuivis par le système ne sauront être réalisés. De même, sans conviction de la nécessité d'améliorer les services, le rehaussement du niveau de qualité ne pourra être atteint. Il faut donc que « le système » puisse sans cesse voir plus loin et évite de limiter la qualité à un acte précis ou à un aspect particulier ; **la qualité, vise l'ensemble du système**, principalement : l'intervenant, le réseau et la communauté. La qualité, c'est aussi une façon de penser, de faire et d'être, soutenue par les éléments suivants :

- le leadership ;
- l'information et l'analyse ;
- la planification stratégique ;
- la gestion des ressources humaines et des processus ;
- la mesure des résultats (organisationnels, cliniques, systémiques) ;
- l'orientation et la satisfaction des « usagers clients » ;
- la communication et la diffusion des orientations liées à la mission ;
- le maintien d'une vision systémique ;
- la gestion des informations et les stratégies d'amélioration des processus.

En considérant les lacunes identifiées au chapitre précédent, le Comité est convaincu que tout avancement dans l'amélioration de la qualité des services préhospitaliers d'urgence québécois dépendra de l'engagement du milieu et de la capacité du système à gérer des structures et des processus aptes à susciter et à soutenir l'apprentissage, pour le bénéfice des organisations, des communautés et des individus.

Pour ce faire, certains aspects devront faire l'objet d'attentions particulières de la part des responsables de la mise en œuvre des recommandations : la direction devra être

convaincue du besoin de valoriser la connaissance et la performance du système ; une stratégie de changement sera requise ; les échéanciers d'implantation devront être clairs et réalisables ; il faudra encourager l'expérimentation, la collaboration et l'innovation ; l'urgence d'agir devra être soutenue, tant dans le court terme que dans une vision à long terme ; enfin, un processus de rétroaction de l'information devra être mis sur pied.

Dans le but de soutenir les actions préconisées par le Comité, les objectifs de multidisciplinarité et de relations intersectorielles devront être mis de l'avant de façon concrète par la création d'alliances stratégiques avec les partenaires du milieu. Des tableaux de bord, avec indicateurs de performance pertinents, devront aussi être élaborés, sur les éléments fonctionnels usuels du système des services préhospitaliers d'urgence.

2.3 VERS UNE MODULATION DE LA RÉPONSE SYSTÉMIQUE

Tout au long des travaux du comité, l'unicité de la réponse a fréquemment été mise en cause pour les lacunes importantes des services préhospitaliers d'urgence québécois. Cette unicité est certes explicable dans le contexte du développement récent des services préhospitaliers mais une actualisation de différents moyens pour répondre aux besoins se fait sentir.

Toutefois, à la suite de la comparaison avec les structures de réponses différentes dans les provinces voisines ou encore à l'échelle d'autres pays (États-Unis, France, Allemagne, Australie, etc.), il apparaît clairement que les multiples besoins pour lesquels les services préhospitaliers d'urgence sont sollicités, doivent obligatoirement conduire à une plus grande spécificité de la réponse, assurant ainsi une utilisation plus efficace et efficiente des ressources de la chaîne d'intervention et des partenaires du réseau de la santé.

En considérant ces aspects, les membres du comité recommandent :

Que le concept de modulation de la réponse soit implanté graduellement et intégré de façon harmonieuse dans la chaîne d'intervention préhospitalière, et ce, au niveau de la réponse, tant primaire (demandes de la population) que secondaire (demandes du réseau d'établissements).

La modulation de la réponse fait référence à la façon dont le système réagit aux demandes de la population, en les identifiant et en y apportant une réponse. Cette analyse du besoin de l'utilisateur doit se faire en fonction de critères d'analyse quelque peu différents de ce que nous connaissons actuellement, afin de ne pas se restreindre aux ressources actuelles.

La modulation de la réponse représente un changement de paradigme important dans la conception des services préhospitaliers d'urgence québécois et de la réponse à offrir selon les besoins spécifiques.

Concrètement, elle se traduit de la façon suivante :

« Toute demande de services préhospitaliers d'urgence sera traitée et engendrera une réponse adaptée au niveau de détresse de l'utilisateur, sans se traduire nécessairement par l'envoi de ressources ambulancières (modulation de premier niveau). De même, chaque envoi de ressources ne se traduira pas nécessairement, après une évaluation adéquate, par un transport au centre hospitalier (modulation de second niveau).

Le Comité préconise cette approche, dans le but d'accorder une plus grande disponibilité de la réponse aux demandes d'aide qui représentent une urgence de plus haut niveau. Tout en maintenant une accessibilité et une offre de service qui pourraient s'avérer plus appropriée pour les demandes dont le degré d'urgence est moins évident, la modulation de réponse permet l'atteinte des objectifs de qualité, d'efficacité et d'efficience.

Malgré que ce concept semble novateur, déjà le système à Urgences-santé module la réponse de premier niveau via le code « Oméga » (aucun envoi de ressources). Ces protocoles « Oméga » sont maintenant intégrés de façon officielle dans les nouvelles versions du *système médicalisé de priorisation des appels urgents (SMPAU)* et sont utilisés également aux États-Unis. Nonobstant le fait que le code Oméga détermine qu'il n'y a pas d'envoi de ressources, les travaux ont démontré qu'une pression s'exerce toujours sur le système qui, n'ayant aucune alternative, commande souvent l'affectation d'une ambulance, faute de moyens alternatifs.

Aux plans conceptuel et théorique, le principe de la modulation de la réponse est fondamental et les membres du comité conviennent de sa pertinence et de son implantation. Cependant, il est entendu que, sur les plans opérationnel et fonctionnel, le système actuel ne permet pas la faisabilité de cette approche. Certaines conditions préalables doivent donc être rencontrées avant d'envisager une modulation de la réponse, soit :

- élaborer un système d'information clinique permettant un suivi linéaire de la demande et de la réponse du système ;
- faire une analyse objective de l'information obtenue et de la réponse générée selon le principe de modulation ;
- instaurer des programmes de formation incluant la satisfaction des objectifs poursuivis par la modulation de la réponse ;
- observer une démarche par étapes, permettant l'application des principes reconnus de gestion de la qualité, particulièrement au niveau de la rétroaction ;
- débiter l'application du principe de modulation de la réponse au niveau de la phase de l'interétablissement (réponse secondaire).

Il est impératif de satisfaire ces conditions et d'établir des règles bien définies, avant de pouvoir reconnaître l'existence d'une modulation complète et intégrée de la réponse.

2.3.1 Modulation dans la réponse primaire

La modulation peut ici être appliquée à trois moments :

1. l'analyse initiale de la demande ;
2. la configuration de la réponse systémique (type de réponse et temps de réponse) ;
3. l'intervention des ressources auprès de la victime.

2.3.1.1 Analyse initiale de la demande

En plus de conserver les objectifs de performance actuels en regard de l'accessibilité (efficacité des centres 9-1-1 et rapidité de l'accès aux centres de communication santé), le système doit se pencher sur l'analyse qualitative de la demande de l'appelant.

Cette analyse doit être adaptée en fonction de critères prédéterminés, destinés à évaluer la nature du besoin exprimé par l'appelant. Il sera alors possible pour le centre de communication de déclencher la réponse systémique habituelle (envoi de ressources ambulancières avec ou sans premiers répondants), une réponse modulée, ou de référer directement l'appelant à une autre ressource de première ligne (ex. : CLSC, centre de crise, programme de soins à domicile, etc.). Il faut noter qu'un suivi doit être fait pour assurer une orientation conforme à la demande reçue.

2.3.1.2 Configuration de la réponse systémique : le temps de réponse

Lorsque le centre de communication santé identifie une demande nécessitant l'envoi de ressources, deux éléments sont à considérer. Le premier porte sur le degré d'urgence de la réponse et se traduit par le type d'intervenants dépêchés sur les lieux et le véhicule affecté (choix de l'unité selon la localisation géographique).

Le deuxième élément mérite plus de précisions, puisqu'il s'agit d'une des notions les plus connues touchant la réponse préhospitalière : **le temps de réponse**.

Selon le principe retenu, la « norme » de réponse à la majorité des appels (80 %), à l'intérieur d'un délai de huit minutes en zone urbaine, n'est plus requise pour les services ambulanciers. Cette « norme » de réponse pour les détresses graves doit d'ailleurs être interprétée comme un objectif de réponse globale du système et non strictement ambulancière, et doit inclure le rôle du premier répondant. Ainsi, l'application du principe de modulation de la réponse touchant une situation de traumatisme ou d'arrêt cardiaque vise **toujours** un déploiement maximal de la réponse opérationnelle systémique, dont l'objectif se situe sous la barre des huit minutes.

À cette fin, le Comité recommande :

Que la norme actuelle du temps de réponse systémique fixée à un maximum de huit minutes pour les urgences vitales soit un objectif à atteindre par le système préhospitalier d'urgence.

Toutefois, une demande portant sur des éléments d'urgence de niveau moindre pourrait faire l'objet d'un temps de réponse plus long, si la nature de la demande ne révélait pas un risque immédiat d'atteinte à l'intégrité physique ou psychique de l'utilisateur.

En l'absence de modulation, la révision des données sur les temps de réponse a démontré que l'application d'un seul principe d'intervention à l'ensemble des demandes de la population est directement responsable de la contre-performance apparente du système.

En effet, des ressources sont actuellement affectées en priorité à une proportion très élevée de demandes dont le niveau de priorisation est peu justifié, alors que les statistiques généralement acceptées démontrent que la réponse médicale urgente et « lourde » n'est nécessaire que dans environ 20 % des situations. Conséquemment, une affectation massive en mode urgent réduit ainsi la disponibilité des ressources pour les situations de détresses sévères réelles, créant ainsi un manque de ressources, alors qu'il ne s'agit que d'une mauvaise utilisation de celles-ci. Tout processus de révision quant à la gestion et à la dispensation des soins et services préhospitaliers doit donc tenir compte du nombre important de faux positifs générés par l'absence de modulation de la réponse.

2.3.1.3 Intervention des ressources auprès de la victime

Les ressources qui interviennent auprès de la victime doivent être formées de façon à assurer une prise en charge adéquate afin de mieux répondre au besoin identifié. Il s'agit de la modulation de second niveau, faisant suite à l'évaluation sur le site.

Cette évaluation pourra également se traduire, comme maintenant, par un transport ambulancier au centre hospitalier le plus proche en cas de nécessité objectivée (situation estimée la plus fréquente), ou conduire à une référence directe à un autre service (maintien à domicile, programme d'enseignement sur l'asthme, recours à une ressource alternative spécialisée) et ce, en fonction de critères objectifs, soutenus par un encadrement médical en temps réel, dont nous soumettrons plus loin les principes.

2.3.2 Modulation dans la réponse secondaire

Le secteur des transports générés par les établissements représente certainement le niveau où la modulation de la réponse peut être le plus facilement mise en application. Pour ce faire, deux aspects sont à évaluer :

1. la nature de la demande ;
2. les moyens utilisés pour y répondre.

2.3.2.1 Nature de la demande

En regard de cet aspect, la détermination de critères cliniques, identifiant le niveau de détresse de la personne, représente la base de toute modulation propre à garantir l'efficacité des services et la sécurité des usagers. Ces critères cliniques se regroupent en quatre (4) niveaux, correspondant chacun à une modulation propre (se référer à la grille des critères cliniques).

Grille des critères cliniques	
Nature de la demande	Nature de la réponse SPU
1. Patients instables (risque de mortalité) Origine de la demande : a. Réseau – traitements spécialisés aigus : • traumatologie • neurologie • pédiatrie / obstétrique • cardiologie et autres b. Demandes d'unités spécialisées provenant de : • unité soins intensifs / coronariens • pouponnière / néo-natalité • urgence • étages (transports spécialisés pour patients instables)	Véhicule ambulancier requis • urgent • affectation immédiate • semi-urgent • affectation < 30 minutes
2. Patients stables nécessitant un transfert rapide • clientèle avec traitement débuté exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre référant • sans danger immédiat à la survie • don d'organes	Véhicule ambulancier requis • non urgent • affectation < 2 heures • civière et escorte
3. Cas programmés ou non instables (transports spécialisés pour patients stables)	Véhicule ambulancier requis • Support actif à la ventilation • Perfusion médicamenteuse • Monitoring spécial nécessaire • soins spécialisés requis en cours de transfert • risque de complications • non urgent • affectation > 24 heures ou plus (la majorité de ces cas seront faits dans les 24 heures)
4. Sans danger immédiat pour l'intégrité	Véhicule ambulancier non requis • retour à domicile • interétablissements sans risque

Il est possible que l'application de la grille de critères cliniques résulte en une augmentation du recours aux services ambulanciers dans certaines régions ou établissements ; le but visé étant la qualité des services offerts et l'utilisation optimale des ressources. Une planification régionale des services devra en tenir compte, le cas

échéant, et les ajustements appropriés y être apportés. Il importe également de mentionner que cet exercice de planification devra considérer les besoins significatifs en main-d'œuvre qui pourraient être nécessaires. À cet effet, des recommandations et un suivi devront être faits, auprès des entités responsables de la formation.

2.3.2.2 Moyens utilisés

La grille proposée met en relation chacun des niveaux cliniques avec le type de ressource requise et l'objectif visé de délai de réponse.

La modulation de la réponse secondaire doit permettre l'emploi d'autres types de véhicules en optimisant les ressources déjà présentes. Cette modulation devra répondre à des critères cliniques assurant la sécurité des usagers et à un encadrement défini par un programme d'assurance qualité.

Pour ces raisons, les membres du comité recommandent :

Que les ressources affectées aux transports générés par les établissements soient définies selon la nature de la demande et les besoins de l'utilisateur, sur la base de critères cliniques et dans le respect des recommandations énoncées par le Collège des médecins du Québec.

Il est évident que les centres hospitaliers doivent être mieux encadrés au niveau de la planification de la demande : les services préhospitaliers d'urgence doivent, en respect de ce principe, adapter la réponse à la demande non urgente, de crainte de voir une incidence importante sur la qualité des soins à la population présentant une réelle détresse au moment des demandes primaires. Des règles de modulation bien définies, reconnues et appliquées, seront donc associées aux incitatifs de performance pertinents pour les établissements ou les services ambulanciers.

L'application de la grille de critères cliniques permettant de mieux répondre aux besoins réels de l'utilisateur, la notion de « patient couché » ne fait dorénavant plus partie du

discours définissant le recours aux ressources ambulancières, en ce qui touche la modulation de la réponse aux transports générés par les établissements.

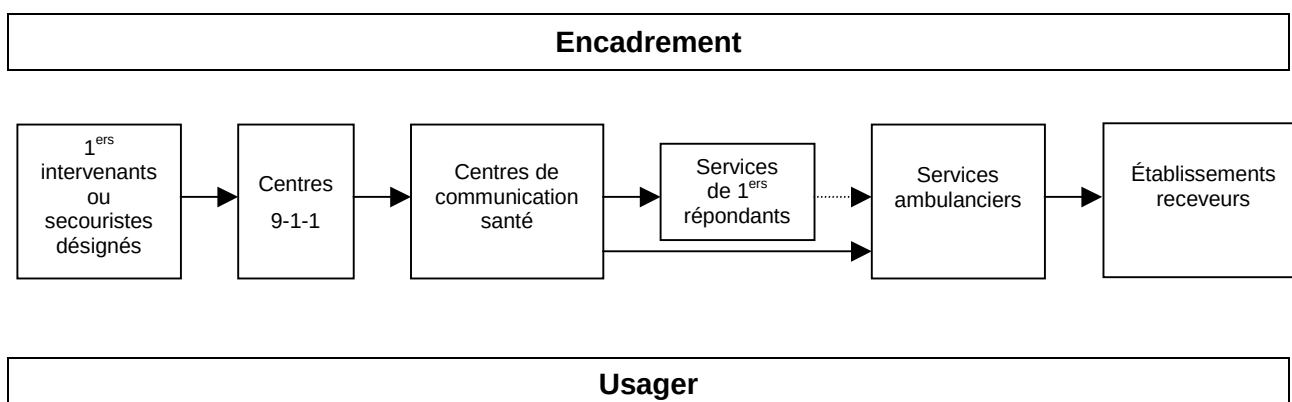
Enfin, il est impératif d'inclure l'aspect des transports générés par les établissements dans le programme d'amélioration continue de la qualité dont la responsabilité revient aux régions régionales. Celles-ci pourront alors en faire un suivi intégré, assurant la conformité aux objectifs systémiques.

2.4 SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE : UNE CHAÎNE D'INTERVENTION

Pour des raisons de qualité, de saine gestion, d'efficacité et d'efficience, les services préhospitaliers d'urgence doivent être dispensés en tenant compte des rôles et particularités de chaque maillon de la chaîne : le premier intervenant, le 9-1-1, le centre de communication santé, les services ambulanciers, les services de premiers répondants ainsi que les établissements receveurs.

Le schéma suivant présente les maillons de la chaîne d'intervention tels que définis par le Comité à la suite de discussions sur l'avenir de cette chaîne et sur son articulation dans le réseau.

La chaîne d'intervention préhospitalière



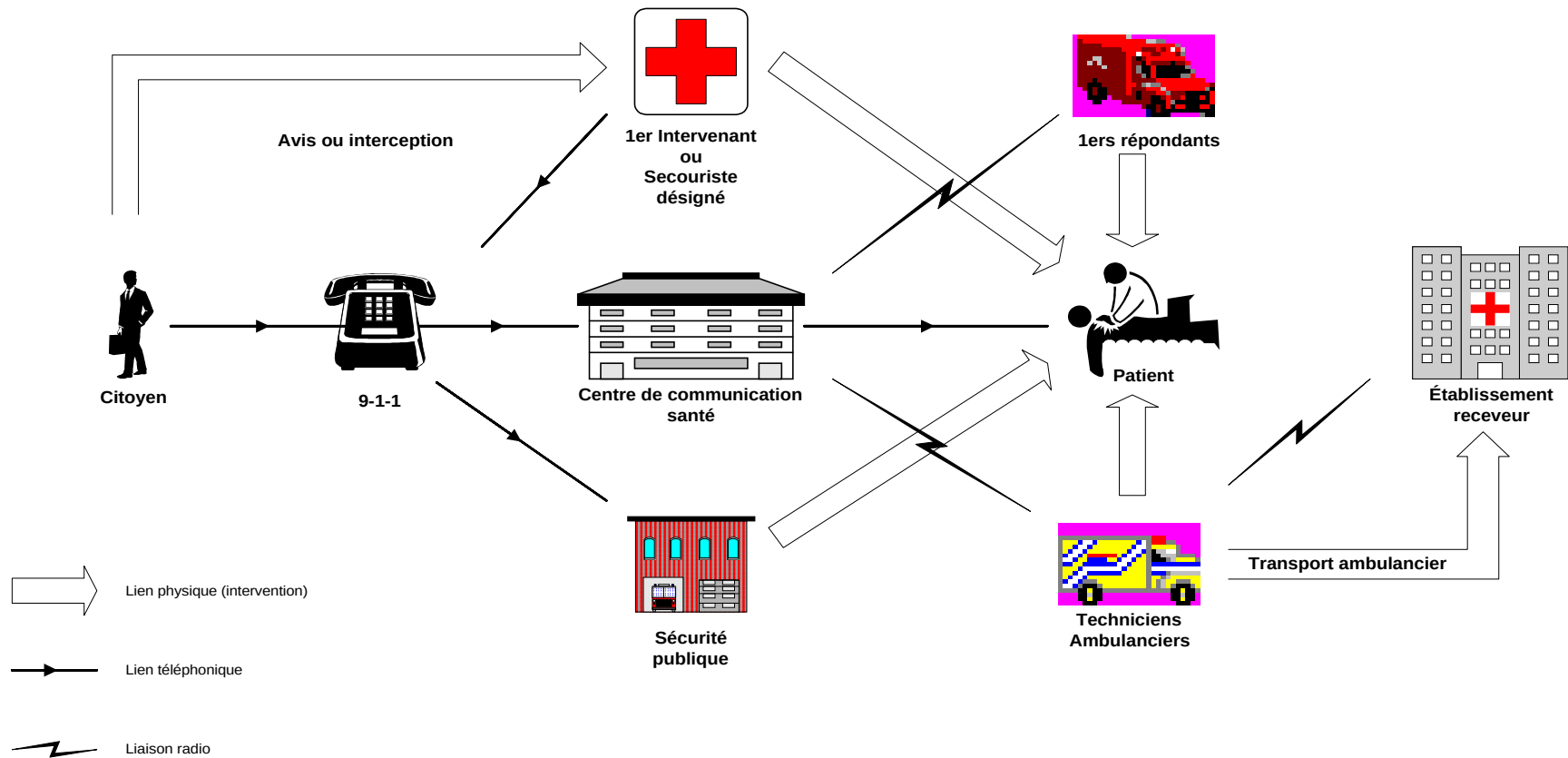
Cette chaîne représente un continuum dans lequel s'inscrit un ensemble de réactions :

- ⇒ *la réaction du citoyen* : découverte de l'événement, intervention de base (premiers soins) et signalement de l'événement au centre 9-1-1 ;
- ⇒ *la réaction du système préhospitalier d'urgence* : traitement de la demande par le centre 9-1-1, bascule vers le centre de communication santé, traitement de l'appel et répartition des ressources vers le site, incluant les premiers répondants si requis, intervention sur le site et transport vers un établissement receveur ;
- ⇒ *la réaction de l'établissement receveur* : prise en charge adéquate et immédiate de la personne en situation d'urgence et transfert, s'il y a lieu.



SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE
Architecture - Niveau opérationnel (Intervention)

Décembre 2000



D'entrée de jeu, il importe que les rôles et responsabilités de tous les intervenants de la chaîne soient bien définis afin que celle-ci puisse atteindre l'objectif visé qui est de répondre efficacement aux besoins de la population.

De plus, les réflexions et les commentaires au sujet des services préhospitaliers d'urgence et de la chaîne d'intervention ont amené les membres à constater un manque d'information sur ces services. De fait, la population en général ignore l'existence d'une chaîne d'intervention préhospitalière et des services qui s'y rattachent ainsi que sur la non gratuité pour certaines clientèles. Les consultations menées auprès de certains groupes, dont le Commissaire aux plaintes, ont d'ailleurs fait l'objet de préoccupations à cet égard.

Selon le Comité, il serait opportun :

Qu'une campagne de sensibilisation et d'information pour le public soit organisée sur les rôles et les responsabilités de tous les intervenants de la chaîne d'intervention préhospitalière, particulièrement sur le rôle complémentaire des premiers répondants à celui des techniciens ambulanciers, sur la notion du temps de réponse du système et sur les coûts d'utilisation.

2.4.1 Premiers intervenants

Le premier intervenant est le témoin circonstanciel qui se trouve sur les lieux d'un incident sans être mandaté par le système préhospitalier d'urgence pour poser un geste de secouriste. Actuellement, il existe un élément de passivité en regard du premier intervenant. La faible implication de témoins lors d'arrêts cardiaques ou de traumatismes indique que de grands efforts sont nécessaires pour sensibiliser davantage la population à intervenir dans les situations d'urgence auxquelles elle est confrontée.

2.4.1.1 Rôle des premiers intervenants

Les observations montrent de façon quasi unanime que les actions entreprises par le premier intervenant prennent tout leur sens lorsqu'il s'ensuit une réaction rapide des autres intervenants de la chaîne. Au Québec, il est de l'obligation du citoyen d'intervenir lorsqu'une personne se retrouve en situation d'urgence (en vertu de la Charte des droits et libertés de la personne, art. 2).

Le rôle du premier intervenant consiste à initier la réponse des services préhospitaliers d'urgence et à poser des gestes de premier secours ayant potentiellement une influence favorable sur la survie du patient.

L'encouragement à poser les gestes appropriés se heurte à une problématique de nature comportementale. Outre la passivité, on dénote l'appréhension de nombreux témoins qui hésitent parfois à porter secours aux victimes, surtout dans des cas d'inconscience ou de traumatisme : en effet, certains croient, à tort, que l'intervention auprès des victimes pourrait générer des poursuites ultérieures. Il importe dès lors de démythifier le rôle du premier intervenant.

À cet égard, le Comité recommande :

Que la population soit sensibilisée et informée de l'importance du premier intervenant en conformité avec l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, où il est stipulé que :

« Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable ».

2.4.1.2 Formation – information des groupes cibles

Le Comité a entrepris une démarche analogue à celle proposée par le Vérificateur général en ciblant les groupes qui pourraient bénéficier d'une formation en soins d'urgence et en réanimation et en proposant des moyens pour s'assurer que ces groupes reçoivent cette formation et sa mise à jour.

- *Le public*

En regard du secourisme et de la réanimation cardio-respiratoire, une intensification des programmes de formation devrait être faite dans les écoles primaires et secondaires ; il est reconnu qu'une sensibilisation en bas âge peut être d'une utilité certaine à long terme même lorsque les recertifications annuelles en réanimation ne sont pas maintenues.

Différents organismes proposent une formation en secourisme ayant des caractéristiques de base permettant de porter secours aux victimes en détresse cardiaque ou respiratoire et aux victimes de traumatismes. Ces modules de formation comprennent à la fois des contenus théoriques et pratiques, dont l'objectif commun est de sensibiliser les participants à intervenir dans de telles situations et de les former pour que leurs actions correspondent à des normes reconnues.

Le Comité ne porte pas de jugement sur une formation particulière, mais considère important que le secourisme de base, qui permet d'intervenir dans les cas de détresse cardio-respiratoire et traumatique, soit enseigné dans le réseau du ministère de l'Éducation et que des mécanismes d'actualisation soient intégrés dans les programmes collégiaux.

Le Comité recommande donc :

Que le ministère de l'Éducation du Québec intègre, dans ses programmes des niveaux primaire et secondaire, une formation obligatoire en secourisme de base et en assure une actualisation au niveau collégial.

- *Les clientèles du réseau sociosanitaire*

Les consultations ont souligné la pertinence de mettre de l'avant des programmes de formation d'intervenants de première ligne du réseau sociosanitaire, par exemple dans les cliniques médicales, les CLSC, les cliniques de chirurgie dentaire. Ces établissements sont démunis face à la formation en réanimation de base et en équipements de défibrillation. Trop souvent, le personnel hospitalier malheureusement n'est pas formé de façon régulière en réanimation.

Pour pallier cette lacune, le Comité recommande :

Que chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux rende disponible, d'ici trois ans, à un minimum de 25 % de son personnel clinique, une formation continue en secourisme et en assure une actualisation. À cet égard, les établissements donneront une priorité à cette formation à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire allouée à ce titre.

Le secourisme dans le réseau de la santé et des services sociaux doit viser une formation du personnel clinique et para-clinique afin que celui-ci puisse intervenir sur les cas de détresse cardio-respiratoire ou traumatique de leurs clientèles spécifiques. Les enveloppes existantes pour la formation devraient être utilisées pour rendre accessibles au personnel visé cette formation et son actualisation.

De même, l'absence de cours de secourisme et de réanimation cardio-respiratoire dans les cursus des techniques de santé est également un anachronisme qu'il faut corriger rapidement.

Très peu de cliniques médicales ou dentaires en dehors des hôpitaux ont des défibrillateurs à leur disposition, bien qu'il y ait un volume de clientèle qui dépasse les 30 000 ou 40 000 visites annuelles. De plus, d'autres endroits publics bénéficieraient d'appareillage de défibrillation, puisque cet équipement permet d'intervenir promptement au moment des arrêts cardiaques. Ceci représente une lacune qu'il serait important de corriger.

Pour ces raisons, le Comité recommande :

Que l'Institut national de la santé publique avec les directions de la santé publique des régions régionales conviennent, d'ici un an, de critères objectifs permettant de cibler les endroits où la défibrillation précoce devrait être accessible. Cette analyse portera notamment sur l'ampleur du risque en fonction de la population à desservir, des secteurs problématiques, des lieux désignés, de la disponibilité des intervenants et de leur formation.

Le Comité souscrit aux orientations de la Fondation des maladies du cœur, quant à la pertinence d'une défibrillation rapide et à son impact sur l'amélioration des taux de survie. La mesure énoncée vise donc à évaluer la possibilité de rendre accessible des défibrillateurs, à partir de critères démographiques et de mesure du risque. Au-delà d'une évaluation objective des besoins, le Comité est d'avis que certains facteurs locaux sont une occasion de favoriser l'accès à des défibrillateurs et qu'ils devraient faire l'objet d'une considération particulière.

- *Les clientèles à risque*

L'entourage de personnes à risque souffrant d'insuffisance coronarienne ou cardiaque, d'arythmie ou le diabète devra être sensibilisé à la réanimation cardio-respiratoire. Aussi, certains organismes, comme les agences de sécurité ou le personnel des garderies, des services de santé d'établissements, d'usines, etc., devraient aussi être sensibilisés de façon plus importante à la formation en réanimation cardio-respiratoire et même en défibrillation, tel que recommandé par la Fondation des maladies du cœur.

- *Le secouriste désigné*

Cet intervenant du système n'était pas inclus dans les propositions antérieures élaborées dans *Chaque minute compte !* Les secouristes désignés ne répondent pas à la définition reconnue du premier intervenant, qui est celle d'un témoin circonstanciel. Toutefois, ils

sont dûment mandatés par leur organisme local pour intervenir auprès de la clientèle touchée dans un environnement désigné, habituellement sur un site géographique restreint. Sauf exception, ces intervenants ne sont pas mandatés par le réseau public des soins d'urgence. À cet égard, nous pouvons citer les groupes de secouristes en usine, dans les centres commerciaux ou à l'intérieur d'édifices comme le Casino de Hull ou le centre des Congrès de Québec.

Une formation minimale pertinente est donnée aux secouristes désignés. Toutefois, une formation plus élaborée en regard de certaines interventions particulières pourrait leur être fournie, considérant leur rôle en milieu industriel. L'encadrement de ces intervenants devrait généralement relever des services médicaux de l'entreprise concernée et respecter les protocoles régionaux reconnus.

Au niveau de la formation, il importe que les cibles soient établies quant aux interventions de base, particulièrement en ce qui touche la ventilation, le traitement de l'anaphylaxie, de même que l'accès à la défibrillation précoce.

2.4.2 Centres 9-1-1

2.4.2.1 Rôle et responsabilités des centres 9-1-1

Le centre 9-1-1 demeure le guichet unique qui, dans la chaîne d'intervention, assure un accès et une orientation rapides de l'appelant vers des services préhospitaliers d'urgence selon des standards préétablis.

Le rôle et les responsabilités d'un centre 9-1-1 en regard des services préhospitaliers d'urgence doivent être les suivants :

- assurer l'accessibilité du service 9-1-1 selon les normes de fonctionnement et les standards reconnus en Amérique du Nord ;
- identifier la bonne ressource à interpeller ;

- basculer l'appel vers le centre de communication santé, dans le respect des ententes préétablies avec le système préhospitalier d'urgence ;
- rendre disponibles les informations pertinentes à la gestion de la qualité des services préhospitaliers d'urgence.

Les travaux de révision à l'égard de ce maillon de la chaîne ont soulevé quelques problématiques, dont une couverture incomplète du territoire québécois par le réseau 9-1-1, des difficultés d'intégration et de compréhension des divers rôles, un manque de respect des standards préhospitaliers d'urgence et certains impacts négatifs sur les délais de réponse, en l'absence de protocoles d'entente.

Le Comité est d'avis qu'il faut rendre le service 9-1-1 disponible sur l'ensemble du territoire québécois, là où la technologie le permet, et s'assurer que le mode de traitement et les protocoles de transfert d'appels vers les centres de communication santé soient uniformes.

2.4.2.2 Disponibilité des centres 9-1-1

La majeure partie de la population du Québec est desservie par le Service public d'appels d'urgence (SPAU 9-1-1), mis sur pied par Bell, Télébec et QuébecTel entre 1994 et 1999. Néanmoins, plusieurs zones, surtout rurales, restent à être raccordées.

Par ailleurs, bien que la technologie 9-1-1 soit uniforme sur tout le territoire, l'intercommunication des divers centres est tributaire du central téléphonique SPAU auquel ils sont raccordés. Ces centraux sont reliés en réseau pour la gestion et la relève pour des entreprises de téléphonie. Mais, du point de vue de l'utilisateur, aucun lien direct n'existe entre les centres d'appel non reliés à un même central SPAU.

Par exemple, la Communauté urbaine de Montréal (CUM) peut communiquer directement avec la Ville de Laval, car les deux centres partagent le même central téléphonique. Par contre, il est impossible de transférer un appelant en Montérégie (sauf par un numéro à 10 chiffres), car cette région est rattachée à d'autres centraux.

Il est donc recommandé :

Que les entreprises de télécommunication opérant le réseau 9-1-1 relient les équipements et les lignes téléphoniques de tous les centres d'appels d'urgence, afin de permettre le transfert des appelants entre les zones de desserte, sans perte des coordonnées de ceux-ci ainsi que l'intercommunication des centres de communication santé, sans passer par le réseau téléphonique normal.

Enfin, la gestion des coordonnées des appels logés à partir de téléphone sans-fil est également souhaitable à moyen terme.

2.4.2.3 Les centres 9-1-1 et les services préhospitaliers d'urgence

Sur le plan fonctionnel et opérationnel, il faut bannir :

- le dédoublement du questionnement à l'usager,
- tout **retard dans le basculement** des appels de santé ;
- toute affectation d'autres intervenants, principalement les premiers répondants et les services policiers, avant que l'appel ne soit transféré avec toutes les données pertinentes et pris en charge par le centre de communication santé.

D'ailleurs, seul le centre de communication santé doit avoir le pouvoir d'affecter les premiers répondants.

Pour pallier l'absence presque totale de protocoles d'entente définissant les rôles et responsabilités de chacun ainsi que le respect des standards préhospitaliers d'urgence, **le Comité recommande :**

Que le mode de traitement et les protocoles de transfert d'appels du centre 9-1-1 vers les centres de communication santé soient uniformes et respectent les normes et standards établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux par la signature obligatoire d'ententes de services entre ces centres et les responsables des centres 9-1-1.

Ces ententes s'inscrivent dans les recommandations du Vérificateur général et favoriseront une réponse plus efficace et conforme aux besoins de la population, en relation avec les standards établis par les services préhospitaliers d'urgence.

Les travaux de révision ont aussi permis de constater que le protocole d'entente établi entre Urgences-santé et la CUM comporte des clauses relatives à l'administration et à l'exploitation des services qui pourraient servir de modèle exportable dans d'autres régions.

2.4.3 Centres de communication santé (CCS)

Dans le cadre du mandat de révision, les membres du Comité national se sont attardés sur l'analyse et l'élaboration des structures d'un système préhospitalier québécois, ainsi qu'au rôle, aux objectifs et autres éléments techniques et organisationnels devant composer l'essentiel d'un centre de communication santé.

Les centres de communication santé sont impliqués tout au long du processus d'intervention préhospitalière : traitement de l'appel, soutien et conseil à l'appelant, répartition des ressources, encadrement et suivi, orientation des ambulances vers l'établissement receveur. Les centres constituent le centre nerveux des services préhospitaliers d'urgence et la pierre angulaire de la réforme proposée dans ce secteur (se référer au diagramme présenté à la fin de cette section).

Parmi les principales lacunes énoncées dans le premier chapitre, la couverture incomplète du territoire québécois par des centres de communication santé est, sans contredit, la partie la plus importante.

Pour pallier cette lacune et répondre à d'autres problèmes qui affectent la configuration actuelle, **les membres du comité recommandent :**

Que toutes les régions sociosanitaires du Québec soient desservies par un centre de communication santé reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, étant entendu que, de façon générale, un centre de communication santé desservira plus d'une région.

Selon les critères retenus, le Comité est d'avis qu'il ne doit pas y avoir un centre de communication santé par région sociosanitaire mais que par ailleurs une région doit être desservie par un seul centre de communication santé. Dans le respect de cette orientation qui vise une organisation de services efficace et efficiente, **le Comité recommande aussi :**

Qu'une même région sociosanitaire ne soit desservie que par un seul centre de communication santé.

La mise en place de centres de communication santé sur l'ensemble du territoire québécois sous-tend que la gestion des demandes des usagers transcende la notion actuelle de zones, en favorisant la perméabilité de celles-ci au moment de l'affectation des ressources requises.

Le Comité propose :

Que les centres de communication santé transcendent les zones d'exploitation de services d'ambulances afin d'affecter le véhicule le plus près dans les cas d'urgence et le véhicule le plus approprié pour les transports générés par les établissements.

Cette mesure répond aux préoccupations du Vérificateur général, et des membres de la Commission de l'administration publique, concernant la notion d'exclusivité des zones, en assurant une meilleure souplesse et une ouverture à la perméabilité des zones

existantes. De plus, il est entendu que, dans les cas d'urgences vitales, le véhicule plus susceptible d'arriver en premier sur les lieux est celui qui est affecté dans tous les cas.

2.4.3.1 Rôle et responsabilités des centres de communication santé

Avant tout, le centre de communication santé a une vocation opérationnelle. Son rôle est de recevoir une demande provenant d'un centre 9-1-1, d'un utilisateur ou d'un établissement et d'assurer un traitement adéquat par une réponse appropriée, efficiente, professionnelle et intégrée de tous les éléments du système.

Les objectifs poursuivis par un centre de communication santé sont généralement acceptés dans les services préhospitaliers d'urgence modernes :

- ⇒ raccourcir le temps de réaction globale du système ;
- ⇒ instaurer une approche standardisée et une prise de décision rapide ;
- ⇒ déterminer le niveau d'urgence et la configuration optimale de réponse appropriée ;
- ⇒ supporter l'appelant en attendant l'arrivée des ressources ;
- ⇒ raccourcir le temps d'intervention sur le site ;
- ⇒ assurer un encadrement médical et technique des intervenants ;
- ⇒ identifier et pourvoir aux besoins de ressources additionnelles ;
- ⇒ assurer l'orientation optimale des victimes.

Le centre de communication santé doit assumer l'ensemble des fonctions opérationnelles liées à la réception, au traitement, à la répartition et à l'affectation des ressources, ainsi qu'à la cueillette des données destinées à la gestion administrative.

En raison de la nature des appels reçus, le centre doit aussi fournir une réponse instantanée et continue, selon un système médicalisé de priorisation des appels urgents, appliquer des normes et standards de fonctionnement, disposer d'une main-d'œuvre qualifiée et d'une technologie permettant d'améliorer sans cesse la précision et la qualité du traitement des appels. De plus, il doit être arrimé au plan régional des mesures d'urgence de la région régionale.

Peu importe le nombre et le statut des centres, leur structure et leurs composantes doivent être uniformes, afin de permettre l'atteinte des objectifs visés par le système.

- *Fonctions de base*

Les fonctions de base d'un centre de communication santé sont celles qui sont essentielles au fonctionnement des services d'urgence. Elles visent principalement la réception et le traitement des appels, ainsi que la répartition et l'affectation des ressources. Pour jouer ce rôle important, ces fonctions doivent être accessibles en tout temps, de façon permanente et continue. La qualité et la disponibilité des ressources humaines, la performance des outils technologiques ainsi que l'efficacité des processus opérationnels sont déterminantes dans l'atteinte des résultats des centres.

➤ **La réception de l'appel**

Au niveau de la réception, il convient d'établir une courbe des effectifs nécessaires, en fonction d'un volume d'appels déterminé. La norme de performance acceptée (95 % des appels soient pris en charge en moins de 9 secondes) doit être maintenue. Cette donnée a été retenue antérieurement pour déterminer le personnel requis en fonction de l'achalandage. Il importe aussi de maintenir le contact et d'orienter rapidement l'appelant clientèle au moment des appels urgents. Par ailleurs, on doit assurer la validation, en 15 secondes ou moins, de l'information de localisation de l'appelant, à l'aide d'outils technologiques appropriés.

➤ **Le traitement de la demande**

En matière de traitement des appels, le ministère a déjà porté son choix sur le *Système médicalisé de priorisation des appels urgents* (SMPAU™ Clawson). Par conséquent, le Comité ne s'est pas attardé à l'évaluation d'autres alternatives. Le SMPAU™ est en utilisation dans 4 400 centres à travers le monde ; 48 d'entre eux sont reconnus centres d'excellence dont un au Québec, soit la Centrale de coordination santé de Québec Métro.

Selon le Comité, il est recommandé :

Que les centres de communication santé utilisent le système médicalisé de priorisation des appels urgents SMPAU™ (Clawson) comprenant l'obligation d'utiliser son programme d'assurance qualité afin de répondre aux urgences en fonction de la gravité qualifiée.

Afin de satisfaire à la mission des services préhospitaliers d'urgence, qui est de fournir une réponse appropriée, toute demande aux services préhospitaliers d'urgence fera l'objet d'une demande de modulation de la réponse tel que discuté antérieurement.

- *Fonctions de soutien*

Ces fonctions s'adressent à tous les éléments issus du centre de communication santé et permettant l'amélioration de la performance des services préhospitaliers d'urgence, la qualité des interventions ainsi que l'articulation des divers maillons de la chaîne vers une intégration des composantes du système. Les fonctions de soutien renvoient aux éléments suivants :

- la mise en œuvre de systèmes d'information de gestion relatifs à la performance du système et en relation avec l'assurance-qualité ;
- le développement de méthodes qui accompagnent l'évolution recherchée du système.

2.4.3.2 Statut des centres de communication santé et gestion imputable

Comme les centres de communications santé desservent généralement plus d'une région, **le Comité juge opportun**, pour des raisons d'efficacité administrative :

Que pour chacun des centres de communication santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux désigne une régie régionale mandataire de son implantation

et

que la régie régionale mandataire dispose de leviers pour s'assurer que le centre de communication santé respecte son mandat de façon efficiente et efficace.

La régie régionale mandatée a donc la responsabilité d'assurer la mise en place d'un centre de communication santé, selon les paramètres nationaux établis par le ministère. Elle transige avec l'organisation concernée, par le biais d'un mandat de gestion. Le financement du centre demeure public et transite par la régie régionale mandataire.

À l'instar de l'expérience du centre de communication santé de Québec, les membres du comité considèrent que le centre de communication santé doit être une organisation sans but lucratif, administrée par un conseil d'administration regroupant les intervenants concernés et favorisant l'intégration des ressources.

À cet effet, le Comité recommande :

Que la gestion de chaque centre de communication santé, à l'exception de la Corporation d'urgences-santé, soit confiée à un organisme sans but lucratif dont le mandat est strictement opérationnel et consiste à recevoir les demandes provenant d'un centre 9-1-1, d'un citoyen ou d'un établissement et à traiter celles-ci, jusqu'à la prise en charge de l'utilisateur par un établissement receveur. Ce centre, sous l'autorité d'un directeur général, est administré par un conseil de neuf membres, lesquels sont désignés par leur groupe représentatif, soit :

- cinq membres représentant les entreprises ambulancières ;
- un membre représentant les municipalités⁹;
- un membre représentant les établissements receveurs ;
- un membre représentant la ou les région(s) régionale(s) ;
- un directeur médical ;
- le directeur général du centre de communication santé, à titre de membre sans droit de vote.

De plus, il est recommandé :

Que la propriété des infrastructures immobilières et technologiques appartienne au domaine public via notamment la Corporation d'hébergement du Québec.

2.4.3.3 Scénario de configuration territoriale

La configuration des centres de communication santé a fait l'objet de plusieurs discussions au sein du comité. Pour les membres, il est impératif que l'ensemble du territoire québécois soit couvert par des centres de communication santé ; aucun système

⁹ Le représentant des municipalités peut provenir d'un centre 9-1-1, d'un service de premiers répondants ou de la Sécurité publique.

préhospitalier d'urgence ne peut fonctionner de façon efficace sans qu'il y ait un centre nerveux pour assurer l'exploitation des services.

Cela dit, les solutions quant à la configuration des bassins de dessertes sont complexes et plusieurs scénarios sont plausibles. Le Comité a entrepris sa réflexion sur les centres, le plus objectivement possible, en se dotant d'une série de critères de nature sociosanitaire, géographique, économique et technologique visant la détermination d'une configuration optimale. Nonobstant le fait que le Comité ne disposait pas de toute l'information requise, ni ne possédait l'ensemble des expertises technologiques pour poser un jugement **définitif**, les membres considèrent comme primordial que le choix des scénarios respecte, de façon générale, les critères suivants :

- ◆ l'obligation de préserver l'intégrité de la région sociosanitaire, afin de favoriser l'organisation et l'encadrement des services ;
- ◆ la nécessité d'un statut et d'une structure assurant la transparence, la fonctionnalité et la reddition de comptes ;
- ◆ la capacité des milieux à se mobiliser autour d'un projet d'implantation d'un centre, compte tenu de leurs habitudes et de leurs affinités naturelles ;
- ◆ des regroupements assurant :
 - l'atteinte d'une masse critique d'activités,
 - la complémentarité des services,
 - le respect des corridors de services et des réalités régionales,
 - la continuité et la contiguïté des zones de desserte,
 - la disponibilité et la proximité de relèves en situations exceptionnelles ;
- ◆ l'utilisation de plateaux technologiques existants, à partir desquels il serait possible de réaliser un déploiement subséquent.

Ces critères balisent le choix d'une configuration en matière de centres de communication de santé. Ils ne sont pas basés sur l'unique volet technologique, mais aussi sur des paramètres visant l'intégrité territoriale des régions, une meilleure continuité des soins via

les corridors de services et, plus que tout, le tissage naturel des liens entre les régions et les partenaires.

D'emblée, ces critères excluent les cas qualifiés d'extrêmes (par ex. : un seul centre ou dix-huit centres) et visent plutôt à amener le système préhospitalier d'urgence à se doter d'une combinaison jugée optimale, basée sur une pondération de multiples critères et mobilisatrice pour le milieu.

Il ressort de nos travaux que les centres auront résolument une couverture multirégionale, sauf pour la Montérégie et que, bien qu'il n'existe aucune configuration parfaite, les scénarios proposés répondent aux objectifs visés quant à la qualité des services et à l'utilisation optimale des ressources.

- *Nombre de centres de communication santé*

La réalisation d'un tel projet suppose que des choix doivent être effectués ; aucune configuration ne répondrait à la totalité des critères établis. En dépit des possibilités offertes par la technologie, les membres du comité considèrent que les solutions doivent davantage reposer sur la fonctionnalité du système et la qualité des services offerts.

Déjà, les mesures proposées par la réforme exigent, des intervenants du milieu, un effort considérable, sans compter les investissements importants à prévoir. Pour pallier les lacunes actuelles il faut donc que les scénarios de configuration se greffent, le plus possible, à des éléments mobilisateurs.

Constatant qu'il n'y a pas de panacée, le Comité a examiné plusieurs scénarios sur la base de critères objectifs. Il appert qu'une configuration comprenant six (6) ou sept (7) centres de communication santé constitue une combinaison souhaitable en tenant compte des facteurs suivants :

- une masse critique optimale d'appels ;
- des coûts d'investissements et de fonctionnement ;
- de la disponibilité des ressources humaines ;

- de l'efficacité et de l'efficience de ces centres ;
- de la capacité d'une relève en cas de panne.

Pour ces raisons, le Comité recommande :

Qu'en tenant compte de considérations d'ordre économique, géographique, technologique et sociosanitaire, il y ait, à terme, un nombre maximal de sept centres de communication santé, pour couvrir l'ensemble du territoire québécois.

Aussi, il a été convenu que certaines régions très éloignées et isolées devront être desservies localement, considérant le faible niveau d'activités et les contraintes en télécommunication.

Sur la base de la recommandation précédente, le Comité a évalué quelques hypothèses de configuration et a arrêté son choix sur trois scénarios (le caractère souligné indiquant le lieu d'implantation du centre de communication santé) :

Scénario A : sept centres multirégionaux

- 1- Montréal et Laval
- 2- Montréal
- 3- Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie
- 4- Québec, Chaudière-Appalaches, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Nord-du-Québec
- 5- Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord
- 6- Laurentides et Lanaudière
- 7- Outaouais et Abitibi-Témiscamingue

Scénario B : six centres multirégionaux

- 1- Montréal et Laval
- 2- Montérégie
- 3- Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie
- 4- Québec, Chaudière-Appalaches, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Nord-du-Québec
- 5- Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord
- 6- Laurentides et Lanaudière, Outaouais et Abitibi-Témiscamingue

Scénario C : six centres multirégionaux

- 1- Montréal et Laval
- 2- Montérégie
- 3- Mauricie, Centre-du-Québec et Estrie
- 4- Québec, Saguenay-Lac-Saint-Jean et Nord-du-Québec
- 5- Chaudière-Appalaches, Bas-Saint-Laurent, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Côte-Nord
- 6- Laurentides et Lanaudière, Outaouais et Abitibi-Témiscamingue

Dans chacun des scénarios présentés, les trois premiers regroupements régionaux, soit Montréal et Laval, Montérégie et Mauricie-Centre-du-Québec et Estrie sont, à toute fin pratique, immuables, compte tenu de certaines particularités : Urgences-santé possède déjà un centre de communication santé dont les infrastructures permettent la couverture complète des territoires de Montréal et de Laval ; les autres régions correspondent à des regroupements compatibles avec les critères retenus.

Pour ces raisons principales, le Comité recommande :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux maintienne le centre de communication santé pour les régions de Montréal et de Laval et qu'il procède immédiatement à la mise en place complète du centre de la Montérégie et de celui qui desservira la Mauricie-Centre-du-Québec et l'Estrie.

En ce qui a trait aux autres regroupements régionaux, la configuration finale pourrait varier selon les scénarios proposés. Le Comité n'a pas jugé opportun de statuer sur un scénario de configuration, étant donné que des vérifications techniques et des analyses complémentaires restent à faire. Il serait donc pertinent de poursuivre les travaux en consultant notamment les centrales existantes, les entreprises en technologies de l'information, la Direction générale des télécommunications et les centres 9-1-1, afin d'obtenir un portrait complet de la situation.

À cet effet, le Comité recommande :

Que la direction des services préhospitaliers d'urgence évalue, d'ici le 30 juin 2001, à partir des trois scénarios proposés par le Comité, la mise en place des centres de communication santé, pour les régions 01 (Bas-Saint-Laurent), 02 (Saguenay-Lac-Saint-Jean), 03 (Québec), 07 (Outaouais), 08 (Abitibi-Témiscamingue), 09 (Côte-Nord), 10 (Nord-du-Québec), 11 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), 12 (Chaudière-Appalaches), 14 (Lanaudière) et 15 (Laurentides), et qu'elle en propose le déploiement.

Par ailleurs, il est entendu que ce travail devra tenir compte, le cas échéant, des recommandations de la Commission Clair, pouvant avoir un impact sur la configuration des régions sociosanitaires du Québec.

- *Cheminement d'implantation : une approche graduelle d'intégration technologique*

L'atteinte de l'objectif d'une configuration à six (6) ou sept (7) centres de communication doit passer par une consolidation des outils technologiques au sein des futures entités multirégionales, ce qui nécessitera un travail majeur, réalisé par phases.

À cet égard, le Comité recommande :

Que l'on plante progressivement les centres de communication santé au fur et à mesure que la technologie permettra une réponse fiable à l'appelant et une communication efficace entre le centre de communication santé et les ressources impliquées.

Dans le but d'aborder la phase d'implantation d'une manière réaliste, le Comité préconise une approche par étapes, basée sur l'intégration technologique graduelle des centrales actuelles aux centres de communication santé.

Pour ce faire, le Comité recommande :

Qu'à l'exception des régions de Montréal et de Laval, il sera nécessaire de procéder par étapes et de recourir à des solutions transitoires, compte tenu des contraintes technologiques et économiques.

Les membres du comité considèrent que la démarche d'implantation proposée doit tenir compte de la réalité d'autres centrales existantes ou de services de réponse téléphonique pouvant servir de base aux nouvelles configurations. De plus, il est impératif de tenir compte des ressources humaines en place, ainsi que des investissements consentis dans certaines régions.

Pour ces raisons fondamentales, le Comité recommande :

Que des mesures compensatoires soient prévues après évaluation, le cas échéant, afin de tenir compte de l'impact des nouveaux centres de communication santé sur les centrales actuelles, sur les entreprises ambulancières impliquées et sur les ressources humaines afférentes.

2.4.3.4 Plateau technologique

Les outils technologiques sont aujourd'hui des composantes essentielles à tout centre de communication. Ces outils sont de plus en plus spécialisés, raffinés et adaptés aux opérations de tels centres. Ils ont eu pour effet d'améliorer de façon tangible la performance d'une centrale tout en modifiant radicalement l'organisation du travail. Ainsi, la qualification des ressources œuvrant dans ces centrales s'est, elle aussi, beaucoup transformée.

Il s'agit ici d'utiliser ces outils pour l'ensemble des activités afin d'améliorer l'accessibilité à l'utilisateur, le traitement de l'appel, les communications entre les intervenants et les liaisons entre les centres de communication santé.

Les plateaux technologiques devront être sensiblement identiques, de même que les réseaux de radiocommunication, les équipements téléphoniques devront être compatibles entre les centres jumelés pour la relève. De plus, un plan de contingence devra être établi, afin d'assurer une prise d'appel et une répartition des ressources.

Le plateau technologique devra être jumelé à un réseau de radiocommunication permettant idéalement l'exploitation des centres suprarégionaux, pour la coordination et l'entraide ; la communication avec les services préhospitaliers et leurs ressources, pour le traitement et la répartition ; la communication avec les partenaires en santé et en sécurité publique, pour la coordination des mesures d'urgence et l'intercommunication des unités ambulancières sur les lieux d'intervention, peu importe leur appartenance administrative et géographique.

Pour ces raisons, le Comité recommande :

Que le centre de communication santé dispose des équipements et des infrastructures nécessaires pour maintenir des liens de communication bidirectionnels entre ce centre et les intervenants sur le terrain (technicien ambulancier et premier répondant)

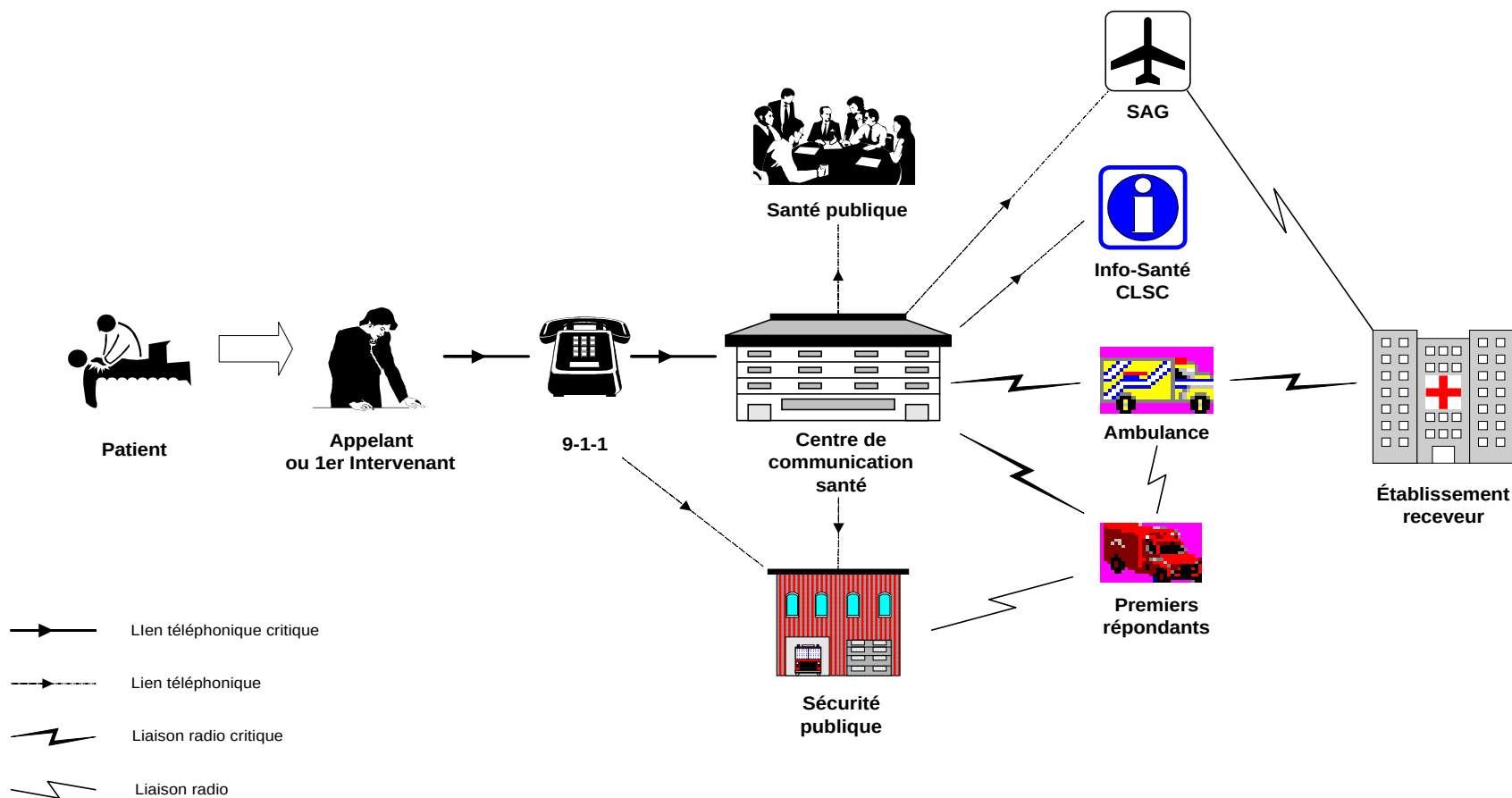
et

qu'à terme, tous les centres de communication santé utilisent des plateaux technologiques compatibles et puissent assurer une relève lorsque requis.



SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE Architecture - Niveau tactique (Communication)

Décembre 2000



2.4.4 Services de premiers répondants

La mise en place de services de premiers répondants constitue une composante essentielle à l'organisation d'un système efficace et intégré de services préhospitaliers d'urgence. La réduction du temps de réaction global du système, ainsi que la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les victimes en détresse sévère passent par à des services de premiers répondants bien intégrés.

Les travaux de révision ont illustré plusieurs éléments à considérer pour assurer l'implantation de services de premiers répondants et leur intégration à la chaîne d'intervention préhospitalière, notamment le besoin de connaître la raison d'être des premiers répondants, de mieux définir et encadrer leur champ d'intervention, et d'instaurer des mécanismes favorisant leur mise en place.

L'implantation des services de premiers répondants doit se faire selon des modalités clairement établies, afin que les acteurs concernés s'inscrivent dans l'encadrement prévu. De plus, les rôles et responsabilités des instances impliquées dans la gestion, le financement et la prestation des services de premiers répondants doivent être définis et encadrés de manière explicite, pour éviter toute ambiguïté quant à l'imputabilité des services et des interventions santé sur le terrain.

Pour ces raisons, le Comité est d'avis que les régies régionales et la Corporation d'urgences-santé demeurent les instances responsables de l'implantation et de la coordination des services de premiers répondants et qu'elles définissent, à partir de leur plan d'organisation des services, les modalités sur le plan des besoins, de l'intégration et de l'accréditation de ces services dans leur région respective.

À cette fin, le Comité recommande :

Que la responsabilité de l'implantation, de la coordination et de l'accréditation des services de premiers répondants soit confiée aux régies régionales et à la Corporation d'urgences-santé pour la région métropolitaine de Montréal et la ville de Laval.

Soulignons que l'accessibilité à un service de premiers répondants pourra être modulée d'un territoire à l'autre, en considération des priorités régionales et de la variabilité des besoins, des ressources disponibles et du volume d'activités. Il est toutefois essentiel d'assurer à la population québécoise l'accès à des interventions uniformes et encadrées par des protocoles cliniques et opérationnels respectant les standards reconnus.

Les travaux de révision ont aussi démontré que, pour répondre efficacement aux demandes de la population, l'organisation des services de premiers répondants doit relever des intervenants considérés comme étant les mieux équipés, positionnés et disponibles pour rendre accessibles ces services à la population.

Pour répondre à cette attente, le Comité recommande :

Que soient implantés, sur tout le territoire du Québec, des services de premiers répondants dont l'opération sera impartie aux municipalités et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, selon les modalités prévues dans le protocole d'entente convenu entre les parties.

2.4.4.1 Rôle et responsabilités des premiers répondants : définition du champ d'intervention

Les premiers répondants sont des intervenants formés et désignés pour agir dans certaines situations définies selon des protocoles opérationnels préétablis (*Chaque minute compte !*, juin 1992).

La révision a illustré certaines difficultés quant à la compréhension des rôles et des responsabilités attribués aux premiers répondants notamment au niveau de la délimitation du champ d'intervention lié au travail du premier répondant et finalement, au respect de celui-ci.

D'abord, la raison d'être d'un service de premiers répondants est d'assurer, en tout temps, à l'utilisateur se trouvant sur un territoire concerné, l'accès aux services d'une équipe d'intervenants formés pour toute situation pertinente et de dispenser par

protocoles des premiers soins dans le but de prévenir une détérioration de la condition de la personne jusqu'à la prise en charge par une équipe de techniciens ambulanciers.

Sur le plan de l'efficacité, le rôle du premier répondant vise à diminuer les délais systémiques d'intervention préhospitalières. Dans ce contexte, son intervention est pertinente dans la mesure où celle-ci permet :

- une diminution du temps d'accès à la défibrillation (cas d'ACR) ;
- une stabilisation initiale des cas de détresses graves ;
- une intervention en situation d'anaphylaxie ;
- une diminution du temps d'intervention sur le site (cas de traumatismes).

Le rôle du premier répondant est complémentaire à celui du technicien ambulancier. Il agit en soutien aux demandes d'affectation urgentes provenant du centre de communication santé et est soumis aux protocoles d'intervention standards et à l'encadrement clinique définis par les services préhospitaliers d'urgence régionaux.

Les membres du comité sont d'avis :

Que seuls les premiers répondants accrédités soient autorisés à intervenir et qu'ils soient affectés exclusivement par les centres de communication santé, afin d'optimiser la réponse du système dans les situations où leur présence est requise.

Ainsi, le premier répondant ne transporte pas d'usagers. Il doit intervenir conformément au cursus de formation et aux standards établis par le système. Le travail du premier répondant se situe donc sous la supervision des services préhospitaliers d'urgence et il se termine à l'arrivée des techniciens ambulanciers sauf si à leur demande, sa participation est requise pour le déroulement subséquent des interventions et ce, dans les limites de ses compétences.

2.4.4.2 Formation et encadrement

Afin que les protocoles standards ne fassent pas l'objet de dérogations et soient appliqués par tous les services de premiers répondants, **le Comité recommande :**

Que tous les premiers répondants reçoivent et réussissent une formation conforme aux standards établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En effet, certains principes directeurs doivent être pris en considération à l'égard de la formation des premiers répondants. Avant tout, la formation des premiers répondants doit être uniformisée à l'échelle nationale et en conformité avec les standards et les objectifs systémiques visés. De plus, des investissements importants en matière de ressources humaines et financières seront exigés du gouvernement pour développer et maintenir les compétences des nouvelles cohortes de premiers répondants.

Les travaux du comité ont démontré que la durée actuelle de la formation est appropriée et qu'il n'est pas nécessaire d'augmenter significativement la durée établie, à 45 heures. Seul des ajouts de formation sur la défibrillation externe automatisée et de celle portant sur l'utilisation de l'adrénaline lors de réactions allergiques sévères, devront faire l'objet d'additions éventuelles.

Il y a aussi une nécessité de procéder à une mise à jour des protocoles d'intervention des premiers répondants. Cet exercice est actuellement en cours : l'uniformisation des protocoles et du manuel de formation devrait être terminée à l'automne 2000 et servir de référence aux services de premiers répondants désirant être formés. De même, une entente assurant l'harmonisation et la reconnaissance de la formation avec l'Institut de prévention des incendies du Québec (IPIQ) est en voie d'être concrétisée.

Sur le plan de l'encadrement clinique, les interventions effectuées par des premiers répondants doivent faire l'objet d'une évaluation objective pour assurer, non seulement la qualité des gestes posés, mais aussi leur pertinence.

Dans ce contexte, le Comité recommande :

Que les interventions du premier répondant fassent l'objet d'un encadrement clinique régional assurant le respect des protocoles et des rôles de chacun.

Sur le plan opérationnel, le coordonnateur médical peut s'appuyer sur les techniciens ambulanciers pour exercer l'encadrement et la supervision directe des interventions sur le site d'un incident ainsi que la formation et la révision d'actes spécifiques.

2.4.4.3 Implantation des services de premiers répondants

Le *Guide de soutien à l'organisation en matière de services de premiers répondants* (ministère de la Santé et des Services sociaux, juillet 1996) quoi qu'imparfait, demeure un outil important pour guider les intervenants dans la mise en place de ces services. Il doit s'accompagner d'un encadrement plus actif de la part du ministère, notamment en ce qui a trait aux mécanismes pour implanter un service de premiers répondants.

Dans ce guide, le ministère propose aux régies régionales de considérer, en premier lieu, les services publics municipaux déjà existants (police, pompiers, etc.) comme entité de gestion d'une brigade de premiers répondants.

Quelques municipalités ont étendu d'emblée leur mandat de protection publique en offrant un service de premiers répondants par le biais de leur service de protection contre les incendies même si ce domaine, relié davantage à l'organisation des services de santé, est resté étranger à leur mission propre.

La consultation auprès de l'Union des municipalités du Québec (UMQ) a mis en évidence le contexte dans lequel se retrouvent les municipalités qui, depuis quelques années, composent avec des ressources humaines, matérielles et financières moindres, tout en étant sollicitées par leur population pour offrir de plus en plus de services. Une entente établie en 1997 entre le gouvernement québécois et les municipalités est venue confirmer

qu'aucune nouvelle responsabilité ne serait confiée aux municipalités sans un financement adéquat ou une nouvelle source de revenus.

D'autres réformes actuellement en cours dans le monde municipal auront aussi des conséquences sur la gestion des municipalités dont la nouvelle carte policière, la réorganisation des services de sécurité incendie et de la sécurité civile.

Afin de respecter les municipalités face à leur responsabilité financière accrue et à l'autonomie des moyens à utiliser pour actualiser la mise en place d'un service de premiers répondants, **il est recommandé :**

Que soit établi, à cette fin, un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Union des municipalités du Québec et la Fédération québécoise des municipalités, afin de déterminer le cadre général d'implantation et les lignes directrices requises pour l'opération des services de premiers répondants.

Le protocole d'entente devra permettre notamment de s'assurer que, peu importe où le service de premiers répondants est offert, il puisse répondre à un cadre national d'implantation. Dans ce contexte, **il est recommandé :**

Que ce protocole précise notamment le rôle et la formation du premier répondant, les standards de qualité, les modalités de fonctionnement, de financement et de remboursement des dépenses d'immobilisation et d'exploitation jugées admissibles et reliées directement à ce service ainsi que l'arrimage avec les services ambulanciers.

Quant aux moyens, diverses modalités sont possibles. Les municipalités peuvent avoir recours aux services de protection contre les incendies, sur la base de pompiers professionnels ou volontaires. Il existe aussi une diversité d'organisations locales ou municipales qui peuvent être mises à contribution pour agir comme service de premiers répondants. La diversité dans l'organisation des services de protection contre les incendies, ainsi que dans les services de premiers répondants actuellement opérants nous prouve que diverses formes d'opération sont possibles et efficaces.

Les travaux de révision ont toutefois mis en lumière un potentiel intéressant de ressources, déjà formées pour intervenir en situation d'urgence, qui pourraient éventuellement agir à titre de premiers répondants.

À cette fin, le Comité recommande :

Que les régions régionales, dans le cadre du plan régional d'organisation de services (PROS), et les municipalités soient sensibilisées au potentiel que représentent les secouristes en milieu de travail pour agir à titre de premiers répondants dans leur communauté.

2.4.4.4 Conditions d'intégration aux services préhospitaliers d'urgence

Le développement des services de premiers répondants et leur intégration aux services préhospitaliers d'urgence passent avant tout par la reconnaissance intersectorielle de leur légitimité dans le système et la confirmation de leurs rôles et responsabilités dans un cadre législatif.

Le développement de ces services doit se faire en complémentarité avec les autres intervenants de la chaîne et selon les besoins déterminés.

2.4.5 Services ambulanciers

Le rôle des services ambulanciers est de fournir des soins préhospitaliers d'urgence permettant de stabiliser l'usager et de le transporter vers un établissement receveur en mesure de lui offrir les soins requis par son état. Pour atteindre cet objectif, le système utilise des transports sanitaires terrestres ou à l'occasion, des transports sanitaires aériens, lorsque les distances sont trop grandes ou que le réseau routier est insuffisant ou bloqué.

La prestation des services dans le transport terrestre s'effectue conformément à l'entente de service établie entre les entreprises ambulancières et les régions régionales. La

Corporation d'urgences-santé est mandatée, pour sa part, selon les dispositions législatives établies (L.R.Q., c. S-5) et sur la base des budgets qui lui sont octroyés par le ministère de la Santé et des Services sociaux, pour offrir les services préhospitaliers d'urgence sur l'île de Montréal et dans la ville de Laval.

Ce sont toutefois les techniciens ambulanciers qui agissent directement auprès de la population québécoise, afin de lui fournir une intervention préhospitalière d'urgence et de transporter l'usager vers l'établissement receveur désigné. Leur rôle est donc déterminant dans la chaîne d'intervention et le système ne saurait s'améliorer sans que cette principale force de travail ne soit mise à contribution.

Les travaux de révision ont illustré que la qualité et l'efficacité du système préhospitalier passent nécessairement par une définition plus claire du rôle et des responsabilités confiés aux principaux intervenants impliqués. Des mesures au chapitre de l'imputabilité, de même que plus de souplesse dans les mécanismes d'organisation et de gestion des services préhospitaliers d'urgence s'imposent dans le cadre de ce mandat.

En effet, la réforme doit rendre les dispensateurs de services ambulanciers davantage imputables face à la population, en déterminant les résultats systémiques à atteindre mais aussi, en leur fournissant les marqueurs de performance qui feront l'objet d'une reddition de comptes.

A) Transport sanitaire terrestre

2.4.5.1 Entreprises ambulancières

L'entreprise ambulancière est une organisation habilitée à donner des soins préhospitaliers d'urgence de qualité, comprenant le transport ambulancier. Les entreprises doivent faire partie intégrante de la démarche de consolidation de la chaîne d'intervention et ultimement, prendre une part active à la réforme proposée.

- *Rôle et responsabilités des entreprises ambulancières*

Dans toute les régions desservies, le rôle des entreprises ambulancières se définit comme suit :

- assurer la disponibilité des ressources dans chacune des zones dont elle a la responsabilité, conformément aux modalités de fonctionnement prévues dans les ententes de services ;
- assurer, par l'entremise d'un centre de communication santé, la réponse appropriée aux demandes des personnes et des établissements qui nécessitent un transport sanitaire ;
- assurer la prestation de soins de qualité aux personnes qui le requièrent, en phase préhospitalière et en phase hospitalière (transports interétablissements), selon les protocoles ;
- assurer la gestion des ressources humaines, matérielles et financières nécessaires à l'offre de services préhospitaliers déterminée par la régie régionale ;
- rendre compte de la qualité des services donnés, ainsi que des coûts afférents, conformément aux ressources et aux budgets alloués.

Deux conditions s'appliquent toujours pour être en mesure d'opérer un service d'ambulance : détenir un permis délivré à cette fin et conclure une entente de service avec la régie régionale.

- *Permis de service d'ambulance : mécanisme pour adapter l'offre à la demande de service d'ambulance*

Le permis actuel, délivré pour une période de douze (12) mois, confère le droit d'exploiter un service d'ambulance dans une zone donnée. Selon les dispositions législatives en vigueur, la ministre a le pouvoir de délivrer les permis de service d'ambulance, mais peut déléguer ce pouvoir aux régies régionales avec possibilité de renouveler ces permis. En

considérant que l'organisation des services préhospitaliers d'urgence se situe au niveau régional et que la détermination des ressources disponibles et des objectifs de performance à atteindre sont tributaires de l'évaluation des besoins de chaque région, **le**

Comité recommande :

Que les régies régionales demeurent responsables d'émettre les permis d'exploitation d'un service d'ambulance sur leur territoire.

Les travaux du comité ont par ailleurs démontré que seule la fluctuation de la demande préhospitalière devrait déterminer l'ajustement du nombre d'ambulances et que ce nombre ne devrait en aucun cas être fondé sur des droits acquis.

En conséquence, il est recommandé :

Que le cadre juridique actuel soit modifié afin de permettre à une régie régionale d'augmenter ou de diminuer le nombre d'ambulances précisé au permis d'exploitation d'un service d'ambulance pour une zone, sans autre formalité que de devoir démontrer au ministère de la Santé et des Services sociaux que la décision est fondée sur la réponse aux besoins de la population et compenser, le cas échéant, l'entreprise ambulancière des conséquences financières de l'ajustement.

Cette recommandation accorde une plus grande souplesse aux régies régionales dans l'organisation et la planification des besoins régionaux et, en fin de compte, des services offerts à la population.

La loi actuelle confère à la ministre le pouvoir exclusif de suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'une entreprise, selon des motifs très précis (L.R.Q., c. P.35, art. 40.3.2) :

- le personnel de l'entreprise a été déclaré coupable d'une infraction à la présente loi, à ses règlements ou a été déclaré coupable d'un acte criminel relié à l'exploitation du service pour lequel l'entreprise détient un permis ;

- l'entreprise ne remplit plus les conditions requises pour obtenir un permis ;
- l'entreprise est insolvable ou est sur le point de le devenir ;
- l'entreprise ne respecte pas un ordre donné en vertu de l'article 40.3.3 (la ministre ordonne à l'entreprise d'apporter les correctifs nécessaires dans le délai qu'elle fixe) ;
- l'entreprise ne se conforme pas à un engagement volontaire souscrit en application à l'article 40.3.4.

Les discussions tenues au Comité national ont illustré notamment que la loi actuelle ne prévoit aucune autre modalité que celles énoncées plus haut. Celles-ci sont de nature économique plutôt que reliées à l'organisation et à la qualité des services. Le Comité considère que la réforme actuelle doit favoriser une plus grande ouverture à la suspension ou à la révocation du permis d'une l'entreprise, basée sur des motifs d'intérêt public et de qualité des services à la population.

Dans le cadre des consultations menées au cours de la démarche de révision, les membres du comité ont échangé à ce sujet avec les propriétaires d'entreprises ambulancières. Qui plus est, il est apparu essentiel de considérer que le permis d'une entreprise ne puisse être retiré sans prévoir une indemnité à la juste valeur marchande de ce permis.

À cet effet, le Comité recommande :

Que la régie régionale puisse retirer le permis d'exploitation d'un service d'ambulance avec une indemnisation à la juste valeur marchande de ce permis. En cas de contestation par l'entreprise ambulancière, que la régie régionale démontre, à la satisfaction du ministère de la Santé et des Services sociaux, que sa décision est fondée sur des raisons d'intérêt public liées à l'organisation et à la qualité des services à la population. En cas de mécontentement sur la juste valeur marchande du permis, conférer la décision finale à un arbitre choisi conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les associations représentant les entreprises ambulancières. Cependant, une indemnisation n'est pas prévue en cas de condamnation pour fraude.

- *Ententes de services*

Pour bonifier le système, il faut améliorer l'encadrement des services sanitaires terrestres, en définissant de façon explicite les façons de faire dans les contrats à budget, dorénavant connus sous l'appellation d'ententes de service. Les entreprises ambulancières devront répondre à des standards uniformisés de performance et de qualité, en vue d'améliorer les services rendus à la population. De fait, la réforme vise un renouveau sur le plan de la qualité, de l'imputabilité et de la reddition de comptes, par des ententes de services spécifiant les objectifs. Les travaux de révision ont fait état d'un certain nombre de problématiques liées aux ententes de services dont :

1. le peu d'uniformité dans les contrats existants au niveau normatif et financier d'une régie à l'autre ;
2. un processus de négociation fastidieux ;
3. certaines difficultés pour les entreprises à obtenir du financement compte tenu de la durée des contrats ;
4. l'absence d'encadrement de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux en regard des contrats ainsi que le peu d'indicateurs de performance exigés.

Les membres du comité sont d'avis qu'il revient, d'une part, au ministère d'établir les grands paramètres régissant l'entente type et, d'autre part, aux régies régionales de négocier cette entente de gré à gré avec l'entreprise ambulancière.

Le Comité recommande donc :

Qu'une entente type de services ambulanciers soit élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en partenariat avec les régies régionales et les associations représentant les entreprises ambulancières. Cette entente devra prévoir la mission, les rôles et les responsabilités des entreprises ambulancières, les mécanismes de reddition de comptes et les standards de performance attendus

et

que les régies régionales soient responsables de conclure des ententes de services avec les entreprises ambulancières en fonction du plan régional d'organisation de services. En cas de non-entente, dans les 90 jours suivant le dépôt de la proposition, l'une ou l'autre des parties pourra demander au ministère de la Santé et des Services sociaux l'arbitrage final d'un arbitre choisi par les parties.

Bien entendu, les objectifs et standards liés à la qualité des services à la population doivent tenir compte des réalités locales et régionales des organisations. Enfin, en considérant que les régies régionales demeurent les instances qui négocient l'entente avec les entreprises ambulancières et que ce processus a souvent été qualifié de fastidieux, le Comité propose de remédier à cette situation **en recommandant** :

Que la durée de l'entente de service soit fixée à trois (3) ans et que l'on s'assure du maintien des obligations de service, à l'échéance.

2.4.5.2 Corporation d'urgences-santé

La Corporation d'urgences-santé est une organisation apte à offrir des services de soins préhospitaliers d'urgence de qualité, comprenant le transport ambulancier. Urgences-santé a développé au fil des ans des compétences et une expertise en cette matière. Néanmoins, les travaux démontrent qu'Urgences-santé n'a pas assuré le leadership attendu par les autres services préhospitaliers du Québec. Les problèmes observés dans

les relations de travail ont sans doute nui à cette organisation, dans sa capacité de devenir un modèle à suivre.

Les travaux de révision ont soulevé certaines préoccupations quant à son intégration dans un système préhospitalier renouvelé, quant à ses rôles, ses responsabilités et son imputabilité. Il est donc primordial de revoir la place réservée à Urgences-santé dans la présente réforme et son rayonnement souhaité dans les autres régions.

- *Rôle et responsabilités d'Urgences-santé*

La Corporation d'urgences-santé doit poursuivre la mission qui lui est confiée dans la loi, en matière de services préhospitaliers d'urgence. À cet égard, elle doit assurer sur les territoires de Montréal Métropolitain et de la ville de Laval, les services préhospitaliers d'urgence comprenant le transport en ambulance, et les transports générés par les établissements. Elle doit aussi continuer des fonctions qui sont assumées par d'autres partenaires dans les autres régions du Québec (entreprise ambulancière, régie régionale, centre de communication santé, Direction médicale régionale).

Le Comité est d'avis :

Que la Corporation d'urgences-santé, sous la juridiction et l'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux, maintienne sa mission sur le territoire de Montréal Métropolitain et de la ville de Laval, à l'exclusion des interventions des médecins sur les lieux d'un événement préhospitalier.

Conformément à la recommandation proposée, Urgences-santé doit avoir les responsabilités de :

- organiser et coordonner un système préhospitalier d'urgence comprenant le transport ambulancier, en vue de favoriser l'accès aux services de santé ;
- collaborer avec les régies régionales à la concertation des intervenants en matière de transport ambulancier ;

- exploiter un service d'ambulance ;
- recevoir les appels des personnes et des établissements qui demandent des services d'ambulance et y donner suite de façon appropriée ;
- autoriser le transport d'une personne vers un autre établissement que celui prévu initialement, lorsque ce premier établissement vit une situation d'engorgement, et ce, après avoir appliqué toutes les procédures en vigueur ;
- s'assurer des qualifications du personnel affecté aux services constituant le système préhospitalier d'urgence et de la qualité des services donnés par ce personnel ;
- appliquer les normes relatives à la qualification du personnel, ainsi que les normes d'équipement, de fonctionnement et d'inspection des opérations ;
- soumettre, chaque année, au ministère ses prévisions budgétaires ;
- implanter un système d'information pour connaître, de façon quotidienne, la situation des services d'urgence dans les établissements, en regard du nombre de transferts et de transports par ambulance effectués et en informer la régie régionale ;
- appliquer les protocoles de traitement et de soins appropriés aux types d'interventions requises en situation d'urgence ;
- participer, dans le cadre des responsabilités dévolues aux divers organismes de santé publique, à la planification et à la coordination des interventions à risque et des sinistres.

En outre, le Comité souscrit aux recommandations du Collège des médecins du Québec, et de l'Association des médecins d'urgence du Québec, à l'effet que le rôle des médecins ne doit pas s'étendre à l'intervention directe sur le site d'un événement préhospitalier. Cependant, le déplacement d'un médecin sur la scène d'un événement majeur ou d'une catastrophe est considéré comme une exception devant s'intégrer au plan régional des mesures d'urgence.

Pour ces raisons, le Comité recommande :

Que le déplacement d'un médecin de la Corporation d'urgences-santé vers un site d'intervention soit limité à des circonstances exceptionnelles, et ce, en conformité avec les recommandations du Collège des médecins du Québec et de l'Association des médecins d'urgence du Québec.

- *Urgences-santé et les régions régionales*

La collaboration actuelle entre Urgences-santé et les régions régionales de Montréal-Centre et de Laval semble relativement bonne et doit être maintenue. Ces régions doivent intensifier leur travail d'intégration des services préhospitaliers d'urgence au réseau sociosanitaire, de concert avec Urgences-santé. La réforme prévoit que les fonctions et les responsabilités d'Urgences-santé en matière de services préhospitaliers d'urgence soient similaires à celles exercées par les régions régionales, ailleurs au Québec.

À l'occasion des consultations, les représentants de la Conférence des régions régionales de la santé et des services sociaux ont exprimé le souhait que la réforme corrige, le fait qu'une partie importante des soins et des services de santé échappe aux fonctions de planification, d'organisation et de coordination des régions régionales de Montréal-Centre et de Laval.

Afin d'éviter la duplication des ressources et de bénéficier de l'expertise acquise par Urgences-santé, le Comité considère que celle-ci doit continuer d'assumer ses fonctions et de répondre aux mêmes standards nationaux que ceux définis pour les régions régionales.

Par ailleurs, le Comité retient de la proposition émise par les représentants de la Conférence, que les régions régionales occuperont dorénavant un siège au sein du conseil d'administration de la Corporation. Cette mesure facilitera, d'une part, l'arrimage entre les régions régionales et Urgences-santé et, d'autre part, la continuité de relations harmonieuses entre les deux entités.

Enfin, le Comité souhaite un meilleur rayonnement d'Urgences-santé vers les autres partenaires avec lesquels elle doit transiger dans l'exercice de ses fonctions. En conformité à l'ensemble de ces propos, **le Comité recommande :**

Que soit modifiée la composition du conseil d'administration de la Corporation d'urgences-santé de façon à :

Inclure :

- deux membres désignés par et parmi chacune des régions régionales desservies ;
- un représentant nommé après consultation d'un tiers payeur important, soit la SAAQ ;
- le Directeur des services professionnels et de l'assurance qualité.

Conserver :

- un membre nommé après consultation de groupes représentant les usagers du territoire ;
- un membre nommé après consultation de la Communauté urbaine de Montréal, parmi les membres de son Conseil ou ses employés cadres ;
- un membre nommé après consultation de la Ville de Laval, parmi les membres de son conseil ou ses employés cadres ;
- un membre nommé après consultation de l'Association des hôpitaux du Québec, parmi les directeurs généraux des établissements qui exploitent des centres hospitaliers du territoire ;
- un membre nommé après consultation de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, parmi les coordonnateurs des salles d'urgence situées dans les installations maintenues par les établissements qui exploitent les centres hospitaliers du territoire ;
- deux membres désignés par et parmi les salariés de la Corporation et représentant respectivement les techniciens ambulanciers et les autres salariés de celle-ci. À défaut d'entente entre ces derniers quant au représentant de leurs groupes, la ministre le désignera d'office ;
- le Président directeur général.

Que soit modifiée la composition du conseil d'administration de la Corporation d'urgences-santé de façon à :

Abolir :

- le membre désigné par et parmi les médecins qui exercent dans le cadre du service d'intervention médicale d'urgence de la Corporation ;
- le membre désigné par et parmi les propriétaires qui ont conclu un contrat avec la Corporation en matière de transport ambulancier ;
- le membre désigné par et parmi les salariés de la Corporation et représentant les infirmiers.

- *Gestion imputable*

Tout système préhospitalier d'urgence doit être calibré et adapté pour s'ajuster aux besoins réels de la population. Dans un processus d'évaluation et d'amélioration de la qualité, il est nécessaire de lier l'imputabilité et la responsabilité à l'autorité de contenu.

Ainsi, la sécurité et l'efficacité des interventions préhospitalières passent par un programme structuré d'amélioration de la qualité.

Urgences-santé possède un système d'information dont les données permettent de dégager les éléments sensibles à la réalisation de rapports de performance qui, jumelés à des indicateurs de gestion, deviennent des outils de référence pour ajuster les efforts consentis à l'atteinte des objectifs visés par les services préhospitaliers d'urgence. Malheureusement, à cause des lacunes dans les systèmes régionaux d'information, les données colligées par Urgences-santé ne permettent pas d'établir de comparaisons interrégionales sur une base uniforme, d'où la nécessité de standardiser les critères de performance du système à l'échelle nationale et de mettre à contribution Urgences-santé, qui possède une expertise en cette matière.

- *Interfaces opérationnelles*

Sur le plan opérationnel, la Corporation d'urgences-santé est en mesure d'appliquer des consignes définissant précisément les cadres de pratique inhérents à chaque type d'intervention, tant pour le personnel en place que pour les partenaires, ce qui optimise la qualité de ses interventions.

Ainsi, comme nous l'avons souligné, le contrat type élaboré par Urgences-santé et les centres 9-1-1 est, sans contredit, un modèle susceptible d'être étendu à la grandeur du Québec.

D'autres ententes ont aussi été signées, notamment avec la Garde côtière canadienne, dans le but de soutenir certaines organisations afin qu'elles offrent un service de qualité à la population.

2.4.5.3 Techniciens ambulanciers

Le Comité s'est penché sur un certain nombre de sujets liés aux techniciens ambulanciers :

- le statut des techniciens ambulanciers ;
- la formation initiale et continue ;
- la reconnaissance des acquis ;
- l'intervention des techniciens ambulanciers ;
- la place des soins avancés ;
- le recrutement et la rétention ;
- la carte de « compétence » ;
- les nouveaux protocoles et encadrement de la pratique.

- *Statut du technicien ambulancier*

À l'occasion des discussions sur le statut du technicien ambulancier, le Comité en est arrivé à certains constats : le technicien ne fait pas actuellement l'objet d'une valorisation adéquate ; sa formation est inégale d'une région à l'autre, alors que l'encadrement et le soutien clinique dont il dispose dans ses opérations quotidiennes font dramatiquement défaut.

Il faut aussi noter que la possibilité de développement du technicien ambulancier est passablement limitée dans le contexte actuel, que l'intégration intra et extra systémique est relativement inadéquate et que l'intervention, même si elle fait l'objet de protocoles, connaît des standards d'évaluation parfois variables, en fonction des régies régionales.

Les possibilités pour un technicien ambulancier d'avoir un plan de carrière dans le secteur sociosanitaire sont très minces pour la plupart.

La multiplicité des pressions exercées sur les techniciens ambulanciers, tant par les coordonnateurs médicaux et les régies régionales que par les employeurs, est telle, qu'elle rend ceux-ci inconfortables dans l'exercice de leurs fonctions cliniques. Dans les circonstances, l'atteinte des objectifs d'efficacité et de qualité souhaitée devient difficile à mesurer surtout que la formation des techniciens ambulanciers est disparate.

Malgré tout, le Comité affirme qu'en fonction des orientations retenues, les techniciens ambulanciers jouent, au plan clinique, un rôle incontournable et de plus en plus complexe et exigeant.

Pour ces raisons, il est recommandé :

Que le rôle du technicien ambulancier fasse l'objet d'une professionnalisation progressive.

En considérant que la clientèle doit recevoir les meilleurs soins possibles, le Comité estime que la qualité des services rendus par les techniciens doit s'appuyer sur le développement d'une formation professionnelle et d'un code d'éthique.

À la suite de ce qui a été présenté au premier chapitre en regard de la formation des techniciens ambulanciers et faisant écho aux recommandations émises à l'occasion d'évaluations précédentes (rapport Fréchette *Chaque minute compte !*, rapport du Vérificateur général), le Comité reconnaît que des efforts particuliers doivent être prioritaires en regard de la formation.

À cet égard, les trois éléments suivants doivent être examinés :

1. un rehaussement de la formation continue permettant à tous les techniciens ambulanciers en emploi d'atteindre un niveau équivalent à celui d'une attestation d'études collégiales (AÉC) ;
2. une démarche conduisant à une formation validée des nouvelles cohortes, donnant accès à un diplôme d'études collégiales (DÉC) ;
3. la facilitation de la reconnaissance des acquis pour les intervenants ayant complété leur formation à l'extérieur du Québec.

- *Formation continue*

Les travaux du comité au sujet de la formation chez les techniciens ambulanciers ont mis en lumière des problèmes quant au manque d'uniformité de la formation au sein des cohortes antérieures.

Pour répondre à cette lacune, le Comité recommande :

Que le rehaussement graduel de la formation de tous les techniciens ambulanciers actifs à un niveau équivalent à celui de l'attestation d'études collégiales (AÉC) soit entrepris et étalé sur une période de cinq (5) ans. À cet égard, demander au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale d'adapter ses programmes de formation à cette main-d'œuvre et d'en faciliter le financement.

Cette recommandation est conforme au vœu exprimé dans le rapport *Chaque minute compte !* et qui n'avait pu, jusqu'à présent, être réalisé.

Pour atteindre cet objectif, il est nécessaire de créer un partenariat entre le ministère de l'Éducation du Québec et le ministère de la Santé et des Services sociaux.

Atteindre le niveau équivalent à celui de l'AÉC ne signifie toutefois pas que les techniciens ambulanciers doivent recevoir des centaines d'heures de formation. Un mécanisme d'évaluation pertinent des compétences déjà acquises devra être mis en place afin de pallier les insuffisances relevées.

Il faut aussi créer les conditions nécessaires à une responsabilisation professionnelle, conforme à un code d'éthique propre au secteur préhospitalier.

Enfin, une concertation entre les ressources présentes dans le milieu et les collègues d'enseignement devra être établie afin que l'accès à la formation continue, le rehaussement des compétences et la responsabilisation professionnelle puissent se matérialiser à court terme.

- *Formation initiale des nouvelles cohortes*

Le rehaussement potentiel de la formation initiale à celui du diplôme d'études collégiales a évidemment une portée à moyen et à long terme et soutient l'approche de la professionnalisation des techniciens ambulanciers.

Les membres recommandent :

Que soit entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à compter d'avril 2001, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, une démarche conduisant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DÉC).

Cette recommandation s'inscrit dans les objectifs d'amélioration de la qualité des services rendus, de même que dans les conditions de succès de la modulation de réponse de second niveau (l'évaluation clinique sur le site auprès de l'utilisateur). De même, cette diplomation favoriserait les relations intersectorielles entre les intervenants préhospitaliers et hospitaliers ainsi que dans les rapports entre techniciens ambulanciers, infirmières, inhalothérapeutes, policiers, etc.

Il est évident que les programmes de formation actuels menant à une attestation d'études collégiales (AÉC) ne doivent pas être mis de côté jusqu'à ce que les nouveaux cursus soient élaborés et qu'ils puissent générer les ressources nécessaires au bon fonctionnement du système. En regard des processus de formation, le Comité estime également qu'il est nécessaire d'évaluer la problématique de l'accessibilité au niveau de la formation collégiale. Il est indiqué d'étudier de façon plus détaillée certains aspects reliés à la problématique de la formation pour les techniciens vivant en région éloignée, où il leur est parfois difficile de se déplacer pour la durée d'une telle formation.

- *Reconnaissance des acquis*

Le Comité reconnaît que le processus actuel de reconnaissance des acquis devrait faire l'objet de modifications, afin de le rendre plus accessible et abordable aux candidats dûment diplômés dans des formations reconnues à l'extérieur du Québec. La procédure en vigueur est coûteuse et impose une démarche très laborieuse pour les candidats, limitant ainsi l'accès au marché du travail pour un personnel qualifié. Une formation d'appoint touchant les protocoles d'intervention en vigueur et la réussite de l'examen national proposé pour l'inscription au statut de technicien ambulancier actif (voir section

sur la carte de compétence) devraient être suffisants pour permettre l'admissibilité à l'emploi.

- *Intervention des techniciens ambulanciers*

En regard du champ d'intervention des techniciens ambulanciers et à la suite des présentations qui lui ont été faites, **le Comité national recommande :**

Qu'un nouveau programme portant sur les interventions requises pour les techniciens ambulanciers soit élaboré et standardisé.

Ce nouveau programme doit s'appuyer sur l'évaluation extensive des fonctions du technicien ambulancier œuvrant à l'intérieur d'un système de soins qui incorpore le principe de modulation de la réponse et repose sur la qualité et la pertinence des soins donnés. Le champ d'intervention du technicien comprend des interventions cliniques rehaussées en comparaison de la situation actuelle, une meilleure capacité d'évaluation et d'encadrement, nécessaire à la mise en œuvre des modifications proposées dans le rapport.

Il est évident qu'un nouveau programme représente un apport important dans l'amélioration des soins dispensés par les techniciens ambulanciers à la population mais certains aspects liés à l'enseignement qu'ils reçoivent restent à définir, dont celui de la relation entre leur formation et une éventuelle reconnaissance collégiale.

Un autre problème identifié dans la pratique ambulancière est celui de la ruralité : En étant moins exposée qu'en milieu urbain, les techniciens ambulanciers des régions rurales doivent bénéficier de modes compensatoires d'apprentissage et de maintien des compétences. Les techniciens étant moins confrontés aux cas lourds, leurs réflexes cliniques et l'application des protocoles sont moins bien rodés, ce qui peut avoir un impact négatif sur les patients. Le même effet se constate, tant pour les soins avancés que pour les soins ambulanciers usuels.

- *Place des soins avancés dans les services préhospitaliers d'urgence*

Les discussions sur la prestation et le rehaussement des soins préhospitaliers ne peuvent exclure la dimension de la place des soins dits avancés dans les services préhospitaliers d'urgence. La création d'une strate d'intervenants ambulanciers ayant un statut de « *paramedic* » et à qui l'on confierait des tâches de soins avancés a fait l'objet d'une analyse par les membres du comité. À cet égard, Il a été décidé d'adopter une attitude prudente et conservatrice.

En plus de ses propres travaux, le Comité a reçu les commentaires de plusieurs intervenants lors de ses audiences, notamment les médecins d'Urgences-santé, le Collège des médecins du Québec (qui a pris position dans son document sur le préhospitalier, publié en février dernier) et l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ).

Il faut noter que ces deux derniers organismes (Collège des médecins et AMUQ) estiment que les médecins ne devraient pas intervenir de façon routinière sur les lieux d'un incident mais plutôt restreindre leur implication aux circonstances très particulières de sinistres importants ou d'incarcération prolongée chez une victime atteinte de lésions graves. Selon eux, il est plus pertinent d'intensifier la présence médicale au niveau de l'encadrement clinique, de la formation et des activités reliées aux programmes d'amélioration continue de la qualité.

Il est proposé que l'appellation « soins avancés » corresponde à : « une technique de soins, de médication ou de support thérapeutique non prévu dans le spectre défini de l'intervention minimale requise du technicien ambulancier et qui reproduit le traitement disponible en centre hospitalier ».

Il faut préciser que les « soins avancés » ont été abordés sous l'aspect de la pertinence, de la qualité et de l'apport positif dans les soins offerts à la population. Le concept de soins avancés qui comprend la panoplie complète de soins disponibles en salle d'urgence n'a pas été retenu. Le Comité a préféré une approche où chaque composante dite avancée pouvait être abordée dans une vision objective, afin que sa pertinence puisse être évaluée.

À la lumière de la littérature consultée, le Comité a constaté que les résultats présentés sont parfois contradictoires ou inconstants¹⁰. La plupart des études disponibles proviennent de systèmes dissemblables où les méthodologies sont de qualité variable, ce qui cause une difficulté d'interprétation quant aux résultats obtenus.

Certains cas sont rapportés, dans lesquels une intervention ponctuelle s'est avérée bénéfique, mais l'instauration d'une approche « système » pour implanter de façon élargie des soins avancés, même lorsqu'ils ont été reconnus positifs, ne peut avoir la priorité actuellement, si l'on tient compte du fait que la réforme proposée doit d'abord s'attarder aux services de base manquants et aux maillons encore inexistantes.

Il importe de se rappeler que le domaine des soins préhospitaliers ne s'est que récemment converti à l'optique de la médecine basée sur l'évidence des démonstrations scientifiques (*evidence based medicine*), et que ce concept, maintenant reconnu dans la communauté médicale en regard de la confirmation des hypothèses, valide la transition vers de nouvelles normes de soins sur le plan de la morbidité et de mortalité.

Après considération de ces nombreux points, le Comité **conclut que** :

- l'efficacité systémique, en tant qu'élément principal responsable de la diminution de la morbidité et de la mortalité, devrait être le point le plus renforcé de la révision et que l'ajout de modalités de soins plus avancés devrait lui être subordonné ;
- les services préhospitaliers d'urgence étant en transformation, la pertinence de certaines modalités de soins avancés pourrait quand même être étudiée de façon ponctuelle en relation avec une meilleure identification et une meilleure évaluation de la demande.

¹⁰ Rocca, B., Crosby E., Maloney J., 2000 ; Cone D., 2000 ; Gausche M., Lewis R., et al. 2000 ; Eckstein M., Chan L., Palmer R., 2000 ; Sayre M., Sackles J., 1998 ; Winchell RJ., Hoyt DB., 1997 ; Nicholl G., Stiell I., 1999 ; Pace S., Fuller F., Dalgren T., 1999.

En considérant l'ensemble des discussions sur la problématique des soins avancés et leur place dans les services préhospitaliers d'urgence québécois, le Comité estime que certaines modalités de soins dits avancés pourraient être instaurées dans certaines régions du Québec, là où les conditions prérequis à leur instauration seraient rencontrées. L'instauration de ces techniques de soins avancés devra faire l'objet d'une évaluation scientifique objective, sur une période raisonnable.

Ainsi, par exemple, dans le cadre du projet de maintien et de consolidation des soins préhospitaliers avancés à Montréal et à Laval, tel que présenté par Urgences-santé, la réorganisation de la prestation par des techniciens ambulanciers spécialisés formés en soins dits avancés devrait se faire dans un contexte évaluatif permettant de démontrer la valeur ajoutée de ce nouveau fonctionnement. De façon objective, sur le plan de la mortalité et de morbidité, l'ajout d'un niveau de soins avancés prodigués par des techniciens ambulanciers ayant eu une formation additionnelle et un encadrement par des médecins formateurs, devrait prouver sa pertinence intrinsèque.

À cet effet, le Comité recommande :

Que les initiatives d'instauration des soins avancés se réalisent par l'entremise de projets pilotes à durée limitée, sous l'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux et fassent l'objet d'une évaluation particulière permettant de démontrer une valeur clinique ajoutée sur le plan de la mortalité et de la morbidité.

- *Recrutement et rétention*

À la suite des nombreux constats concernant la problématique de la main-d'œuvre chez les techniciens ambulanciers et celle de la disparité de la formation, le Comité préconise que des stratégies de recrutement et de formation plus efficaces doivent être mises de l'avant, afin de respecter les objectifs poursuivis dans un plan de développement de la main-d'œuvre (se référer aussi à la section 2.7 sur la planification de la main-d'œuvre).

De plus, certains mécanismes particuliers doivent être instaurés, pour favoriser la rétention de la main-d'œuvre dans les régions, et remédier au très important besoin de ressources dans ce secteur. En effet, la disproportion des conditions de travail existantes entre les régions urbanisées et les régions rurales cause une migration inquiétante de la main-d'œuvre locale, qui retrouve des conditions beaucoup plus favorables dans les milieux urbains (horaires réguliers, etc.).

Une démarche précise devra donc être entreprise en égard de l'évaluation des charges de travail, de la conception d'horaires et de conditions de travail plus adéquates, selon les types de milieu de pratique.

À cet égard, le Comité recommande :

Que la démarche de conversion des horaires de faction en horaires de 40 heures soit entreprise, en transformant un horaire de faction en un horaire de 40 heures ou encore en introduisant un horaire de 40 heures dans un horaire de faction et réduisant ainsi la faction aux heures résiduelles, selon les critères objectifs déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette démarche devrait s'inscrire dans le plan régional d'organisation de services (PROS).

Cette mesure vise à répondre à l'accroissement des volumes de transports et des charges de travail. Elle commande un réaménagement dans l'organisation du travail. Précisons cependant que ce n'est pas l'ensemble des horaires de faction qui serait converti en horaires de 40 heures ; la mesure tendrait plutôt à introduire une conversion de l'horaire de faction dans certaines zones où la charge de travail diurne est la plus élevée. Dans ce cas, un horaire de 40 heures pourrait être intégré afin de réduire les heures travaillées des techniciens ambulanciers en faction de 24 heures par jour. Cette mesure ne viendrait pas modifier la rémunération conventionnée des techniciens ambulanciers, malgré la diminution des heures de faction.

Ce travail de conversion contribuerait à une planification rationnelle de développement de la main-d'œuvre, de recrutement adéquat et de rétention, dans des régions où le besoin le justifie.

Pour combler le besoin de main-d'œuvre, le Comité estime qu'il est nécessaire d'évaluer la problématique de l'accessibilité à la formation collégiale. Les avantages et inconvénients de confier à plus de deux maisons d'enseignement la responsabilité de donner la formation ont fait l'objet d'une évaluation par le Comité. Toutefois, **le Comité a convenu qu'il faut utiliser au maximum la capacité des deux cégeps actuels en matière de formation des techniciens ambulanciers et recommande :**

Que soit augmenté, pour les deux prochaines années, à plus de deux cent quarante candidats par année, le nombre d'inscriptions au programme de formation de base reconnue et, pour les années subséquentes, ajuster ce nombre en fonction des besoins identifiés au plan de main-d'œuvre national.

- *Carte de « compétence »*

Le Comité a examiné la problématique de la carte de « compétence » ; l'objectif est de permettre l'identification et l'enregistrement du technicien ambulancier formé, dans un registre en tant que travailleur professionnel de la santé remplissant les conditions requises et de lui donner ainsi accès au marché du travail.

Cependant, les discussions du comité ont vite démontré qu'en réalité, l'actuelle carte de compétence ne mesure aucunement la compétence mais reflète, en quelque sorte, une employabilité régionale. Son émission dépend actuellement de la participation à certains modules de formation et de la capacité de la région concernée à offrir les formations requises et à encadrer la pratique.

Le Comité reconnaît que le processus de renouvellement et d'émission de la carte actuelle est quelque peu laborieux et qu'il n'est pas organisé équitablement d'une région à l'autre. Les discussions ont donc porté sur la perfectibilité de l'outil, dont la gestion doit être simplifiée et plus cohérente avec les objectifs poursuivis.

L'outil suggéré doit aussi tenir compte de l'orientation des recommandations formulées par le Comité et être utilisé uniformément dans l'ensemble du système préhospitalier

québécois. Le Comité propose que le statut de technicien ambulancier soit accrédité par deux volets différents. Le premier est une « carte de statut » émise à la fin de la formation collégiale, à la suite de la réussite d'un examen national standardisé.

À cet effet, il recommande :

Que les cégeps désignés pour la formation des techniciens ambulanciers, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, élaborent et administrent un examen national unique pour s'assurer de la standardisation de la formation

et

que les résultats de l'examen national soient transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'émission d'une carte de statut et l'inscription dans un registre national.

L'examen national proposé est donc placé sous la responsabilité des cégeps concernés. Après la réussite de l'examen national standardisé, une carte de statut sera émise par le MSSS. Ces mesures répondent aux propositions du Vérificateur général concernant l'assurance que les exigences ministérielles en matière de certification seront dorénavant respectées.

Cette carte de statut pourra tenir lieu d'inscription au tableau d'un ordre ou d'une corporation professionnelle, et confirmera la réussite de l'examen national. Elle permettra également l'inscription à un registre national de la main-d'œuvre. Il faut noter que les techniciens ambulanciers actuellement actifs seront automatiquement inclus dans le registre et se verront confirmer leur « statut » de technicien ambulancier actif.

Le deuxième volet entourant la pratique ambulancière touche au maintien du rôle clinique, à titre de technicien ambulancier. Le Comité considère que cette dimension relève d'une autre carte, la « carte d'employabilité ». Elle serait émise à la suite de l'examen national, simultanément à l'inscription au registre et son maintien serait conditionnel à la réussite des activités de formation continue.

Il est donc recommandé :

Qu'une carte d'employabilité, reconnue à l'échelle nationale, soit renouvelée par les régies régionales à tous les quatre ans, attestant que le technicien ambulancier répond aux exigences relatives au suivi et à la réussite de sa formation, à l'encadrement de sa pratique ainsi qu'à sa capacité d'appliquer tous les protocoles.

Pour les cohortes actuelles de techniciens ambulanciers, le Comité recommande à cette fin :

Que les cartes de statut et d'employabilité soient émises automatiquement pour les techniciens ambulanciers actifs dans un service ambulancier québécois (clause grand-père), ce qui ne les soustrait pas à l'obligation d'actualiser leurs connaissances et compétences en vue du renouvellement nécessaire de la carte d'employabilité à tous les quatre ans.

La solution proposée faciliterait la gestion de la qualité de la pratique ambulancière.

En l'absence d'un organisme corporatif encadrant les aspects éthiques et professionnels, les cas problématiques de retrait de carte devront faire l'objet d'une évaluation sur une base régionale et un mécanisme externe de recours devra être possible lorsque nécessaire. La création éventuelle d'une telle structure pourra permettre le transfert de ces responsabilités.

Enfin, il faut rappeler que la formation doit être hautement prioritaire dans la gestion de l'encadrement et du maintien de l'employabilité des techniciens ambulanciers, en conformité avec les dispositions des conventions collectives en vigueur.

- *Protocoles et encadrement*

En considérant les discussions précédentes sur la formation des techniciens ambulanciers et leur intégration au réseau de prestation de soins de première ligne, le Comité réitère son orientation de renforcer l'approche protocolisée des soins donnés à la population par les techniciens ambulanciers, par une version actualisée des protocoles cliniques qui tienne compte des développements organisationnels et scientifiques en voie de finalisation par la table des Coordonnateurs médicaux régionaux, laquelle table s'est adjoint des techniciens ambulanciers formateurs afin de valider certains contenus opérationnels.

De même, le Comité confirme son appui au concept de « protocolisation » des soins et à l'encadrement au niveau des centres de communication santé. Le Comité estime toutefois que les relations régissant les interactions entre les responsables de l'encadrement clinique et les techniciens ambulanciers doivent être clarifiées, afin de permettre une saine gestion de la qualité des actes posés. À cet égard, le Comité préconise que des dispositions réglementaires viennent préciser l'autorité du directeur médical national et des directeurs médicaux régionaux, quant à leur responsabilité et à leur capacité d'intervention lors de situations habituelles ou exceptionnelles.

Il est évident que l'application des recommandations faisant suite aux évaluations de la qualité de l'acte devra respecter les dispositions des conventions collectives et permettre des mécanismes d'évaluation objective et d'appel subséquents, autorisant l'individu concerné à se justifier en cas de litige, et d'inclure une évaluation externe en cas de conflit.

En considérant ces éléments, le Comité souhaite que les aspects délicats de la gestion quotidienne de la qualité de l'acte puissent faire l'objet d'une approche multidisciplinaire, sous la responsabilité explicite de la direction médicale concernée.

B) Transport sanitaire aérien

La réforme des services de santé et des services sociaux entreprise depuis plusieurs années par le Gouvernement du Québec, associée aux récents progrès de la technologie médicale, a déjà entraîné de profonds changements dans la prestation des soins à la population.

Le transport sanitaire aérien constitue un élément essentiel à la transformation du système de santé, qui a amené dans les grands centres urbains une concentration des soins spécialisés et ultraspécialisés. Sans un transport sanitaire aérien performant, les besoins particuliers des usagers vivant loin des grands centres ne pourront être comblés dans des délais acceptables, de sorte que l'accessibilité et la continuité des soins ne pourront être assurées adéquatement.

2.4.5.4 Gestion centralisée et intégrée au système

Les coûts élevés, ainsi que les particularités techniques et cliniques de ce mode de transport nécessitent une centralisation opérationnelle nationale, tant pour en assurer la qualité, que l'efficacité et l'efficience. Cette centralisation doit être planifiée et structurée en fonction des ressources existantes et des compétences déjà acquises dans le domaine du transport sanitaire aérien.

Le transport sanitaire aérien est un des éléments du système préhospitalier d'urgence et il doit être utilisé pour les cas qui le nécessitent, sans remplacer les moyens de transport terrestre lorsque ceux-ci sont adéquats, compte tenu des distances à franchir, de la gravité de la condition clinique, des soins à prodiguer en route et des délais à respecter.

À cet égard, il importe :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine les modalités de gestion de l'ensemble du transport sanitaire aérien et impartisse au Service aérien gouvernemental la gestion de la Centrale du transport sanitaire aérien pour la réception des appels, l'affectation des ressources, la facturation aux établissements et l'utilisation des transporteurs privés (avions commerciaux) et gouvernementaux (avion hôpital et navette sanitaire).

Les travaux de révision ont mis en lumière l'importance d'agir rapidement dans le domaine du transport sanitaire aérien, compte tenu des récentes démissions du personnel médical d'escorte, qui menacent l'existence même du système ÉVAQ. Pour pallier ce problème et redresser la situation, il serait souhaitable que le ministère puisse évaluer rapidement et en détail les besoins des régions en matière de transport sanitaire aérien, afin de préserver le système d'évacuation aéromédicale d'urgence (ÉVAQ) et de mettre en place, dans les meilleurs délais, les moyens les plus pertinents pour y répondre.

Le Comité a aussi considéré, dans son analyse, l'importance des aspects médicaux associés aux activités de la Centrale du transport sanitaire aérien et **il recommande à cette fin :**

Que la Centrale du transport sanitaire aérien soit reliée au centre de communication santé de Québec, afin d'assurer la gestion du support clinique de tous les transports sanitaires aériens pour l'ensemble du territoire québécois, incluant, en temps réel, les autorisations des demandes de transport.

Compte tenu de l'expertise clinique développée par le personnel de l'avion hôpital gouvernemental depuis près de vingt ans, **le Comité est d'avis :**

Que la direction médicale du transport sanitaire aérien soit confiée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour les escortes médicales et infirmières et la formation de l'ensemble des intervenants concernés.

- *Rôle et responsabilités de la centrale du transport sanitaire aérien*

La centrale du transport sanitaire aérien aura comme mission :

« de recevoir toutes les demandes de transport sanitaire aérien du territoire québécois, de traiter ces demandes et d'affecter les ressources les plus appropriées ».

Elle agit au nom du ministère de la Santé et des Services sociaux auprès des intervenants et des établissements du réseau de la santé et des services préhospitaliers d'urgence, dans tous les cas concernant le transport sanitaire aérien. Elle maintient des liens de communication avec tous les centres de communication santé.

Voici les principaux éléments de sa mission :

- elle accepte ou refuse les demandes qui lui sont soumises, en fonction des règles de sécurité aérienne de Transport Canada et en fonction des critères médicaux approuvés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (se référer à l'annexe sur la définition des clientèles cibles) ;
- elle reçoit les demandes sans interruption, 24 heures par jour, et fournit les services de plan de vol, de suivi des missions, de liens de communication et les services de réservation des transports terrestres à destination, pour tous les malades transportés ;
- elle assure le transport par avion hôpital avec escorte médicale, des cas urgents et instables des régions éloignées et isolées vers les centres spécialisés de Québec et de Montréal ;
- elle organise, en utilisant le moyen de transport aérien le plus approprié et le plus économique, le transfert des autres malades admissibles sur le territoire québécois, pour les transferts, tant intra-régionaux qu'interrégionaux ;
- elle transmet aux autorités militaires du Canada, les demandes appropriées de recherche et de sauvetage par hélicoptère ;

- elle contribue à l'élaboration d'ententes particulières entre les régies régionales et les transporteurs privés, pour l'utilisation exceptionnelle de l'hélicoptère comme moyen de transport sanitaire primaire ;
- elle obtient, par appel d'offres, sur une base annuelle, des places à bord des avions de ligne pour les établissements du réseau, dans toutes les régions où cela est possible ;
- elle tient un registre informatisé confidentiel, respectant les normes de la Commission d'accès à l'information, de tous les transports effectués, comprenant l'identification de l'usager, ses points de départ et de destination, les dates et heures de la demande et du transfert, le moyen utilisé ainsi que les données cliniques pertinentes ;
- elle assume un programme d'amélioration continue de la qualité comprenant entre autres, la gestion des plaintes, l'obtention des résumés d'hospitalisation des cas urgents de l'hôpital de destination, des visites annuelles des utilisateurs des régions desservies, des activités de formation pour le personnel ainsi que la revue périodique de cas ;
- elle peut recourir, au besoin et lorsque applicable, à des services de télémédecine, pour évaluer la pertinence d'un transfert ou pour faciliter la mise en condition d'un usager pour un transfert comportant des risques particuliers ;
- elle établit, diffuse et vérifie périodiquement les normes et les standards de qualité pour les entrepreneurs privés qui ont à transporter régulièrement des malades sur civière, tant pour les aspects de l'aviation que pour les questions d'ordre médical. Ces normes et standards concernent la sécurité, les équipements médicaux, les procédures opérationnelles et les escortes ;
- elle offre régulièrement au besoin, une formation en médecine aéronautique aux intervenants concernés du réseau de la santé et du secteur du transport aérien (particulièrement en régions éloignées) ;

- elle publie et transmet annuellement aux utilisateurs et aux régies régionales, les tarifs applicables pour chaque trajet prévisible, en fonction du moyen utilisé et précise le tarif horaire pour les trajets exceptionnels ;
- elle transmet annuellement à la Direction des services préhospitaliers d'urgence, un rapport détaillé de ses activités pour chacun des éléments de sa mission ;
- elle assure, à l'intérieur d'un projet pilote limité dans le temps, le transport par hélicoptère ambulance avec escorte médicale, des cas urgents et instables sur des distances de plus de 50 kilomètres et de moins de 250 kilomètres de Québec vers les centres spécialisés.

- *Moyens de transports utilisés*

- **Transport par avion**

Le transport sanitaire par avion est généralement utilisé pour des distances supérieures à 250 kilomètres de l'hôpital de destination.

L'avion ne peut généralement pas servir pour des transports primaires, puisqu'il doit utiliser les aéroports et qu'il ne peut atterrir sur les sites d'accidents. Il n'effectue que des transports secondaires (d'un établissement de santé à un autre).

L'espace de cabine est très variable selon le type d'avion utilisé mais il permet généralement l'utilisation de matériel médical assez complet, ainsi que la réalisation de techniques de soins élaborées. Dans les cas d'urgence, l'avion peut ainsi permettre le transport sanitaire des victimes d'accidents ou de malades dont la stabilité physiologique n'est pas encore normalisée et cela, sur de longues distances, à la condition que le matériel médical soit suffisant et que les escortes soient qualifiées.

Dans les cas du transport sur civière, plus électif, l'avion peut être utilisé avec un matériel médical moins sophistiqué et du personnel d'escorte minimalement formé.

L'avion peut notamment permettre aux usagers des régions périphériques d'avoir accès aux plateaux techniques des centres hospitaliers spécialisés, sans les obliger à des séjours prolongés et coûteux en dehors de leur région et cela, même pour des conditions médicales non urgentes mais qui nécessitent un plateau technique et une expertise non disponibles dans leur région.

Pour les cas d'urgence et les cas instables, nécessitant des soins médicaux actifs et intensifs ou qui présentent un risque de détérioration en vol sur le plan clinique spécialisé, l'avion hôpital avec escorte médicale spécialement formée doit être utilisé. Un tel avion doit être muni d'équipements médicaux nécessaires à l'administration de soins intensifs et il doit disposer d'escortes hautement qualifiées, rattachées à l'hôpital de l'Enfant-Jésus.

Pour les autres cas, la centrale déterminera les moyens les plus appropriés en fonction des besoins identifiés par le requérant et des ressources disponibles pour y répondre. Néanmoins, les équipements médicaux et la compétence des escortes devront respecter les normes et standards établis par la centrale du transport sanitaire aérien.

➤ **Transport par hélicoptère**

Certaines interrogations persistent concernant l'utilisation de l'hélicoptère comme moyen de transport sanitaire aérien ; cependant, on reconnaît généralement que son utilisation est appropriée strictement pour des clientèles urgentes et spécifiques dans un rayon d'au moins 50 km et d'au plus 250 km et où le bassin de population le justifie. Compte tenu de son coût élevé, le transport sanitaire par hélicoptère doit être réservé aux grandes urgences et être strictement contrôlé, pour compléter le transport ambulancier terrestre et non pour le concurrencer.

Il devrait être utilisé dans seulement 5 % à 15 % des transports interétablissements urgents et pour des clientèles très spécifiques, à l'intérieur de rayons géographiques prédéterminés.

Le transport sanitaire par hélicoptère est occasionnellement utilisé pour des transports primaires en traumatologie : il s'agit alors du transport des victimes à partir du site de

l'accident jusqu'au centre de traumatologie. Une telle utilisation permet, dans certains cas, à une victime d'atteindre plus rapidement le centre de traumatologie sans qu'elle ait à subir une stabilisation primaire dans un établissement ne disposant pas des ressources suffisantes. Il est possible d'épargner ainsi des délais de plusieurs heures. L'utilisation de l'hélicoptère pour ce type de mission est toutefois exceptionnelle, compte tenu des conditions météorologiques et de la visibilité réduite le soir et la nuit. Elle doit être réservée aux cas d'incarcération prolongée et aux catastrophes de masse.

L'hélicoptère sanitaire peut également permettre les transferts interétablissements des victimes de traumatismes et de certains grands malades après leur stabilisation initiale : ce sont les transports secondaires.

Dans la plupart des systèmes nord-américains, plus de 70 % des transports héliportés sont des transports secondaires. Au Québec, cet écart sera encore plus grand si l'on considère les problématiques reliées au climat et à la longueur des nuits hivernales. Selon des travaux réalisés en 1995, les transports primaires au Québec seraient estimés à moins de 5 % du total des transports héliportés.

Ce type de transport permet de raccourcir sensiblement les délais, lorsque l'état des routes est problématique, comme c'est souvent le cas en hiver et lorsque des bouchons de circulation entravent le passage des ambulances terrestres. Il permet aussi de diminuer les risques de complications reliés au transport terrestre telles les lésions secondaires de la moelle épinière chez les traumatisés de la colonne vertébrale.

La rentabilité sociale et économique du transport héliporté n'est pas actuellement démontrée au Québec. Dans l'hypothèse où la prévention d'une blessure médullaire complète représente une économie variant de 3 à 8 millions de dollars pour la société, il apparaît plausible que ce moyen de transport représente la meilleure façon de secourir ce type de blessés et qu'il soit socialement rentable.

Il permet surtout de fournir des soins médicaux spécialisés aux usagers dont l'état est le plus précaire à partir de l'établissement référent ou même parfois à partir du site d'un accident et pendant tout le trajet vers le centre spécialisé de destination.

L'espace disponible dans la cabine des hélicoptères est habituellement restreint. Cette restriction limite le nombre, le poids et le volume des équipements médicaux ainsi que la prestation de certaines techniques de soins en vol.

L'importance de l'étendue du territoire québécois, le rayon d'action limité de l'hélicoptère et son coût élevé d'opération exigent d'en limiter l'utilisation.

Le Comité a revu plusieurs scénarios, dont une étude comparant la distribution de la population au-delà d'un rayon de 50 km et en deçà d'un autre cercle de 250 km autour de Québec et de Montréal, et démontrant que la plus forte concentration démographique se trouve autour de Québec. Il a aussi considéré que des infrastructures pertinentes au transport sanitaire aérien existent à Québec depuis longtemps. Il a enfin analysé la situation des centres spécialisés disponibles et complémentaires.

À la suite de ses réflexions, le Comité recommande :

Que soit mis en œuvre, pour une durée de cinq (5) ans, un projet pilote d'hélicoptère ambulance dans la région de Québec, axé principalement sur les transports interétablissements urgents selon des paramètres définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et que soit produite une étude coûts-bénéfices concomitante à ce projet.

Les installations héliportuaires des établissements ciblés par ce projet doivent être sécuritaires mais minimales, et conformes aux exigences de Transport Canada.

Enfin, les régies régionales de la santé et des services sociaux doivent tenir un inventaire permanent des hélicoptères disponibles sur leur territoire et convenir avec les opérateurs concernés, les sociétés qui les utilisent et la Centrale du transport sanitaire aérien, des modalités d'utilisation en cas de nécessité exceptionnelle, pour secourir une personne en péril, inaccessible par d'autres moyens (transports primaires).

Ces modalités doivent préciser, entre autres, la disponibilité des appareils, les moyens de communication, les personnes autorisées à les nolisier, les équipements médicaux minimaux à emporter, les escortes, les protocoles opérationnels et les coûts d'utilisation,

la tenue et l'entreposage des dossiers cliniques, le processus d'assurance qualité, la formation médicale nécessaire pour le personnel et les escortes. Les équipements médicaux et la compétence des escortes médicales devront répondre aux normes et standards établis par la Centrale du transport sanitaire aérien.

2.4.6 Établissements receveurs

Le Comité reconnaît comme établissement receveur tout centre pourvu d'un service d'urgence et des ressources nécessaires, reconnu par sa régie régionale pour prendre en charge des personnes victimes de maladies subites ou d'accidents et responsable de donner les soins requis par leur état.

La place des établissements receveurs n'est certes pas à négliger en regard de la révision des services préhospitaliers d'urgence. D'après les constats faits dans le premier chapitre, l'intégration des établissements receveurs dans la chaîne de service auprès des patients pris en charge par les services préhospitaliers est extrêmement importante.

Les principaux problèmes relevés lors de la révision reposent sur :

2. une méconnaissance des rôles respectifs entre les deux systèmes, plus particulièrement entre le personnel de la salle d'urgence et les techniciens ambulanciers ;
3. le peu d'intégration entre les deux réseaux ;
4. la gestion des transports interétablissements ;
5. l'absence de communication et de fichiers d'information permettant de recueillir, de façon linéaire, l'évolution de la condition clinique des usagers transportés par ambulance.

Ces lacunes rendent difficile l'acquisition et l'analyse des données permettant une réelle évaluation de l'efficacité des services préhospitaliers offerts.

2.4.6.1 Rôle et responsabilités des établissements receveurs

La chaîne d'intervention préhospitalière se termine par la prise en charge de l'utilisateur par le personnel d'urgence de l'établissement receveur. Plus précisément, les rôles et les responsabilités de l'établissement receveur et de son personnel dans sa relation avec les services préhospitaliers d'urgence sont les suivants :

- assurer la prise en charge de personnes victimes de maladies subites ou d'accidents ;
- fournir des soins médicaux et paramédicaux d'urgence ;
- s'intégrer à la chaîne d'intervention préhospitalière en recevant les informations transmises par les techniciens ambulanciers pour assurer une continuité des soins ;
- prévoir un mécanisme de mise en tension pour la réception des cas en situation de détresse grave ;
- transférer la victime vers un autre établissement receveur, le cas échéant.

Devant ces nombreuses responsabilités, présentement assumées de façon inégale par les établissements du réseau, l'établissement receveur doit assurer la continuité des soins auprès de l'utilisateur.

La réorganisation des soins dans le système de santé québécois a provoqué des changements importants au sein des établissements de santé et a affecté, notamment, les services d'urgence. Malgré des bouleversements profonds sur le plan de la distribution des soins, l'orientation des utilisateurs pris en charge par les services préhospitaliers d'urgence n'a pas toujours été modifiée en conséquence.

La qualité de l'intervention de l'établissement receveur peut dépendre de plusieurs facteurs, dont le délai d'entrée de l'ambulance à la salle d'urgence, la coordination du transfert de la responsabilité des soins du technicien ambulancier vers le personnel de la salle d'urgence, la rapidité de la prise en charge de l'utilisateur par ce personnel, ce qui

contribue, dans ce dernier cas, à libérer les techniciens ambulanciers pour qu'ils répondent à d'autres appels urgents.

Dans le but de faciliter la coordination du transfert de l'information et, ultimement, des responsabilités entre les intervenants ambulanciers et ceux du personnel des salles d'urgence, **le Comité recommande :**

Que la régie régionale s'assure de l'application des protocoles nationaux touchant les échanges d'information entre les techniciens ambulanciers et le personnel des salles d'urgence.

De plus, afin de réduire le temps passé par les techniciens ambulanciers dans l'établissement receveur, tout en assurant une qualité et une continuité de soins à l'usager, **le Comité recommande :**

Que le temps de présence des ambulanciers à l'urgence de l'établissement receveur soit diminué par des actions relatives au triage rapide et prioritaire, à l'inscription et à la récupération des équipements, ceci afin d'assurer que les ressources préhospitalières redeviennent immédiatement disponibles pour les affectations.

En agissant avec célérité, les établissements receveurs contribueront à rendre disponibles plus rapidement les équipes de techniciens ambulanciers, afin qu'elles réagissent prioritairement aux situations d'urgence du système. Cette mesure répond notamment aux préoccupations du Vérificateur général concernant les délais de rétention des techniciens ambulanciers dans les établissements receveurs et devrait permettre dorénavant l'atteinte d'un objectif systémique acceptable, selon la norme (< 20 minutes).

2.4.6.2 Intégration des soins d'urgence entre le préhospitalier et les établissements receveurs

Tel qu'indiqué précédemment, l'établissement receveur a la responsabilité de poursuivre l'intervention préhospitalière en donnant des soins d'urgence à l'usager qui le requiert. L'organisation même des soins d'urgence ne fait pas partie intégrante du plan

d'organisation des services préhospitaliers d'urgence élaboré par chacune des régions régionales. Toutefois, les régions régionales doivent s'assurer de l'intégration et de l'harmonisation des interventions entre les ressources préhospitalières d'urgence et celles des salles d'urgence.

Les travaux de révision ont démontré que l'intégration entre l'univers du préhospitalier et de l'hospitalier demeure très marginale et que des difficultés persistent quant à la compréhension des rôles et des fonctions respectifs des deux systèmes.

Pour améliorer la situation actuelle, le Comité recommande :

Que la région régionale organise des programmes de formation conjointe avec les techniciens ambulanciers et le personnel des salles d'urgence, afin de favoriser les échanges entre les intervenants. Ces formations porteront notamment sur :

- des interventions de nature commune soit, l'utilisation du moniteur-défibillateur, le matelas immobilisateur, les arythmies cardiaques, le combitube, la rédaction de notes de transfert pertinentes au dossier ;
- des stages dans les milieux respectifs d'intervention ;
- l'analyse et la révision des études de cas.

Cette recommandation s'inscrit à l'intérieur des préoccupations et des orientations proposées par l'Association des gestionnaires d'urgence du Québec et l'Association des hôpitaux du Québec.

2.4.6.3 Transferts interétablissements

En regard des problématiques liées aux interfaces opérationnelles, le Comité a identifié le problème de la gestion des transferts interétablissements comme étant significatif. Tout en conservant l'optique déjà avancée de modulation de la réponse et de la nécessité

d'établir une adéquation entre la nature de la demande et les moyens mis en opération pour y répondre, le Comité s'est penché sur la problématique plus particulière des transferts interétablissements des usagers.

D'ailleurs, le Collège des médecins s'est attardé à ce problème et propose des critères visant à déterminer l'orientation des usagers au niveau du système préhospitalier d'urgence (*Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, Collège des médecins du Québec, décembre 1998). Le Comité s'inscrit dans ces orientations. Selon le Collège, un médecin peut prendre en charge un patient dans une salle d'urgence, si les principes suivants sont respectés :

- l'établissement possède les ressources permettant d'évaluer adéquatement le malade et d'établir un diagnostic ;
- le médecin peut traiter l'affectation adéquatement dans l'établissement ;
- le traitement est susceptible d'améliorer l'état de l'usager, de sorte que ce dernier pourra quitter le centre hospitalier sur pied, après une observation d'une durée inférieure à 8 heures, lorsqu'il n'y a pas de lit d'hospitalisation.

Si ces principes ne peuvent être respectés par le médecin, ce dernier doit prendre les mesures qui s'imposent pour assurer le transfert du patient vers un établissement de niveau approprié (voir critères à la section sur les transferts interétablissements).

Le réseautage des services spécialisés permet aux services ambulanciers de faire l'orientation optimale de clientèles spécifiques vers les centres désignés offrant les services appropriés et de réduire ainsi les transferts subséquents : l'exemple des soins pédiatriques dans la région du Montréal Métropolitain en est l'exemple le plus probant, lors des transports primaires d'enfants malades.

Sur l'aspect particulier des transports secondaires (interétablissements), l'existence d'ententes de services entre les établissements réseautés permet d'abolir le « magasinage », enlève le droit de refus et permet une accessibilité et une continuité des soins spécialisés et ultra spécialisés aux usagers le nécessitant.

Dans la détermination de l'orientation des usagers au niveau du système préhospitalier d'urgence, le Collège des médecins propose un certain nombre de critères à respecter pour le transfert interétablissements, inspirés largement de ceux adoptés par *l'American College of Emergency Physicians (Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, Collège des médecins du Québec, décembre 1998) :

- le patient doit être transféré vers un établissement approprié à ses besoins médicaux ;
- un médecin ou une personne responsable de l'établissement receveur doit avoir accepté le transfert de l'usager avant que le transfert ne soit en cours, à moins d'entente conclue entre les établissements impliqués ;
- il doit y avoir communication entre les responsables médicaux des établissements référents et receveurs pour que l'échange d'information clinique survienne, si possible, avant le transfert. Idéalement, la communication devrait s'établir entre les médecins responsables de chacun des centres ;
- un résumé médical approprié, incluant les tracés d'électro-cardiographie, les radiographies et les résultats des autres tests diagnostiques, doit être transmis avec l'usager, s'il y a lieu ;
- le malade doit être transféré avec le personnel et l'équipement de réanimation appropriés à sa condition ;
- un transfert ne peut être refusé s'il est indiqué et si le centre receveur dispose des ressources pour s'occuper de l'usager.

Le Collège reconnaît que la mise en place de corridors de services permettrait d'accélérer ces transferts. Ces corridors auxquels se réfère le Collège sont la base même de la continuité des services en traumatologie.

Des corridors similaires devraient être désignés dans le cadre d'un réseautage des services spécialisés et ultra spécialisés où les urgences sont les plus criantes, notamment en pédiatrie, en cardiologie, en pneumologie et en gynécologie-obstétrique.

La caractéristique fondamentale de ces corridors est l'obligation bilatérale de recevoir le transfert sans aucun droit de refus. Par contre, dès que la condition du patient ne requiert plus les soins spécialisés ou ultra spécialisés, le centre expéditeur d'origine a l'obligation de le reprendre rapidement.

À cet effet, le Comité recommande :

Que, dans le but de favoriser l'orientation optimale des usagers, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales déterminent, à l'instar de la traumatologie, des corridors de services dans le cadre d'un réseautage des services spécialisés et ultra spécialisés.

Cette procédure permettrait l'orientation optimale des usagers vers les soins spécialisés requis, notamment dans le domaine de la cardiologie, de la pneumologie, de la pédiatrie et de la gynécologie-obstétrique, sans aucun « magasinage », ce qui faciliterait l'accès rapide à une continuité de soins.

Cependant, le Comité considère que, pour réaliser les transferts requis, tout en facilitant l'application du concept de modulation de la réponse, l'évaluation de la demande de transfert par les établissements via les services préhospitaliers d'urgence doit se faire avec la grille déjà présentée à la section 2.3.2 du présent chapitre.

Notons ici que de nombreuses institutions ont déjà établi certaines règles de fonctionnement relatives à cet aspect, dont certaines avec des résultats fort probants. Les expériences de l'hôpital Charles-LeMoine et du centre hospitalier Pierre-Boucher en regard de la gestion hospitalière de véhicules ambulanciers à tarif horaire en font foi, de même que le recours plus significatif aux ressources alternatives dans certaines situations. Le Comité reconnaît toutefois qu'un certain travail de planification et d'harmonisation reste à faire et propose une intensification des efforts en ce sens auprès des établissements receveurs.

2.5 ARCHITECTURE SYSTÉMIQUE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

L'implantation de la chaîne d'intervention, sa performance et son intégration au réseau sociosanitaire doivent reposer sur une autorité légale et administrative clairement définie.

À cet effet, les membres du comité recommandent :

Que le ministère soit responsable et imputable de l'implantation de la chaîne d'intervention préhospitalière, de sa performance et de son intégration au réseau sociosanitaire.

Le ministère doit donc prendre les moyens appropriés pour garantir l'implantation complète de la chaîne et s'assurer que les divers intervenants soient liés par une obligation de résultat. Le ministère peut aussi impartir certaines fonctions à des organisations partenaires.

2.5.1 *Structure du système : rôles et responsabilités du palier national, régional et local*

Il est difficile d'envisager une transformation des services préhospitaliers d'urgence sans créer une structure de gestion organisée, bien dotée en personnel, qui assume un leadership et qui réponde adéquatement à sa mission.

La structure proposée permet de regrouper tous les acteurs concernés autour des principaux enjeux du système, tant sur le plan stratégique et organisationnel, que clinique et opérationnel.

➤ **Palier national**

La démarche de révision a démontré sans équivoque des problèmes importants, directement liés à l'absence d'un leadership national dans le dossier des services

préhospitaliers d'urgence. Pour pallier cette lacune structurelle, le Comité considère qu'il faut restaurer le rôle et les responsabilités du ministère, à l'égard des services préhospitaliers d'urgence dont il est finalement imputable.

Afin d'actualiser le mandat qui lui est maintenant dévolu, le Comité recommande :

Que soit créée à cette fin une Direction des services préhospitaliers d'urgence, placée sous l'autorité d'un sous-ministre, et dont les principales fonctions sont :

- établir les politiques et les orientations stratégiques et veiller à leur mise en œuvre, à leur application et à leur évaluation ;
- identifier les objectifs opérationnels et établir les standards de qualité ;
- élaborer les protocoles pertinents, les programmes et les politiques de service ;
- approuver les priorités et les plans régionaux d'organisation de services en préhospitalier d'urgence ;
- répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions et veiller au contrôle de leur utilisation ;
- assurer la coordination interrégionale des services ;
- établir les paramètres en matière de développement de la main-d'œuvre, en suivre l'application et en faire l'évaluation ;
- contrôler le processus et le suivi budgétaire annuels ;
- gérer un système d'information de gestion et assurer une implantation homogène dans l'ensemble des régions du Québec ;
- s'assurer que les résultats des activités de recherche et de développement s'intègrent aux services offerts au plan régional.

De plus, sur le plan organisationnel, le Comité considère comme étant important que les aspects médicaux et administratifs des services préhospitaliers d'urgence soient étroitement liés et qu'ils demeurent dans la structure nationale.

De concert avec le rôle et les responsabilités identifiés ci-dessus, **les membres recommandent :**

Que la Direction des services préhospitaliers d'urgence se dote d'une équipe multidisciplinaire spécialisée en préhospitalier d'urgence, en y incluant une direction médicale et une direction administrative.

La création d'une direction médicale nationale assurera la mise en place et la gestion des différents programmes d'amélioration continue de la qualité en regard des services cliniques. La description des différentes fonctions se rattachant à la direction médicale se retrouve dans la section relative à l'évaluation et à l'encadrement des services rendus.

Considérant l'existence d'un nouveau cadre de gestion de l'administration publique et des nouvelles responsabilités qui incombent dorénavant à l'administration gouvernementale, des gestes concrets doivent être posés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

En conformité avec la Loi sur l'administration publique, le Comité recommande :

Que les services préhospitaliers d'urgence soient un secteur important apparaissant obligatoirement dans les trois documents de gestion que doit produire le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'administration publique, à savoir : le plan stratégique pluriannuel, le plan annuel de gestion des dépenses et le rapport annuel de gestion.

Cette mesure vise donc à ce que le ministère soit davantage transparent et imputable de l'atteinte d'objectifs de résultats mesurables.

Comité d'experts :

Les membres du comité souhaitent que la Direction des services préhospitaliers d'urgence fasse appel et soit appuyée par un comité d'experts du système préhospitalier d'urgence. Ce comité servirait de référence au ministère et serait de nature multidisciplinaire et multisectorielle, regroupant des intervenants dont l'expertise permettrait de répondre aux problématiques particulières qui lui sont soumises par la Direction. De plus, il serait pertinent qu'un des membres du comité d'experts puisse

siéger sur le Comité sur les urgences et, réciproquement, qu'il y ait représentation d'un des membres de ce comité sur celui des services préhospitaliers d'urgence.

➤ **Palier régional**

Le volet régional doit faire partie intégrante de l'architecture renouvelée des services préhospitaliers d'urgence. Ainsi, les instances régionales doivent demeurer responsables et imputables de la planification, de l'organisation et de la coordination des services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire respectif, incluant un programme d'amélioration continue de la qualité.

Pour assurer leur intégration à la présente réforme, le Comité recommande :

Que soient réitérées les responsabilités des régies régionales, à l'exception des régies de Montréal et de Laval dans le mandat de planification, d'organisation, de coordination et d'évaluation des services préhospitaliers d'urgence, en fonction des standards définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et ce, afin d'assurer la distribution et la prestation de services qui tiennent compte des particularités régionales.

Les travaux de révision ont illustré certaines difficultés confrontant les régies régionales, compte tenu du peu de ressources mises à leur disposition pour leur permettre d'assumer pleinement leurs rôles et responsabilités. Il est entendu que les ressources humaines et financières nécessaires devront être allouées pour remédier à ces lacunes.

Les régies régionales doivent s'acquitter des rôles et responsabilités suivants :

- coordonner sur une base régionale tous les partenaires du système préhospitalier d'urgence ;
- participer à l'évaluation de l'impact du système préhospitalier d'urgence sur l'état de santé et de bien-être de la population ;

- harmoniser les fonctions de planification et d'organisation des services ;
- assurer l'intégration régionale des services préhospitaliers d'urgence ;
- établir des méthodes d'évaluation et de contrôle de la qualité des services ;
- élaborer un plan d'organisation des services préhospitaliers d'urgence ;
- être imputable des services offerts à la population et de l'utilisation des ressources consenties par le ministère de la Santé et des Services sociaux ;
- traiter les plaintes de deuxième niveau, liées au fonctionnement de la chaîne d'intervention.

Dans les rôles énoncés ci-dessus, il revient à la régie régionale d'assurer l'intégration des services préhospitaliers d'urgence sur son territoire. Cette intégration se traduit, d'une part, par l'arrimage de tous les maillons de la chaîne et, d'autre part, par la mise en place de mécanismes facilitant l'intégration des services préhospitaliers d'urgence au réseau sociosanitaire. Elle doit donc se donner les moyens nécessaires à l'atteinte de ce mandat. Outre le plan d'organisation de services, qui permet une planification de l'organisation générale des services préhospitaliers d'urgence, incluant les mécanismes d'intégration, **le Comité recommande :**

Que les régies régionales prennent les dispositions nécessaires pour assurer l'intégration du fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence au réseau de la santé et des services sociaux.

Toujours sur le plan des ressources régionales, les membres du comité ont évalué la possibilité de confier à un établissement de santé (connu sous l'appellation d'hôpital de base) la gestion des opérations du système préhospitalier d'urgence et l'encadrement clinique des interventions. Cet établissement aurait comme fonctions principales d'assurer le leadership régional concernant l'opération des services et les activités rattachées à l'encadrement clinique.

Ceci permettrait aux régies régionales d'assumer pleinement leur mandat de base qui est de planifier, d'organiser et de coordonner les services préhospitaliers d'urgence, et de transférer les opérations quotidiennes des activités préhospitalières à un établissement désigné.

Cette hypothèse a fait l'objet de plusieurs discussions et l'argument principal retenu était que l'établissement désigné servirait de pont à l'intégration des services préhospitaliers d'urgence au réseau hospitalier. Nonobstant la pertinence de cette proposition, les analyses ont démontré qu'actuellement le milieu hospitalier est fragilisé par les résultats de la transformation du réseau de la santé et les compressions budgétaires. Il y a donc des endroits où l'implantation d'un hôpital de base ou d'un centre désigné est quasi impossible à réaliser pour l'instant.

Dans le contexte actuel des choses, le Comité recommande :

Que les régies régionales assument les responsabilités d'ordre opérationnel exigées par l'implantation de chacun des maillons du système préhospitalier d'urgence sur leur territoire.

Toutefois, les membres sont d'avis que le modèle de l'hôpital de base devrait être préconisé à long terme, permettant ainsi de faciliter l'intégration des deux réseaux et de dégager les régies régionales des fonctions opérationnelles.

À cette fin, le Comité recommande :

Que les régies régionales assument l'encadrement clinique et administratif de tous les intervenants de la chaîne et que ces responsabilités soient imparties à un établissement du territoire lorsque les conditions de transfert le permettront.

➤ **Palier local**

L'implication des ressources locales prend la forme d'un service direct par les intervenants impliqués dans la chaîne d'intervention préhospitalière, en conformité avec le plan régional d'organisation des services, les protocoles établis et les ententes opérationnelles.

Les ressources locales représentent la plus petite unité de service, se situant près de l'usager. On y retrouve le premier intervenant, les centres 9-1-1, les services de premiers répondants, les services ambulanciers et les établissements receveurs. Les rôles et responsabilités de chacun sont d'assurer la continuité des services planifiés dans la chaîne d'intervention.

2.5.2 Concertation intersectorielle

Les services préhospitaliers d'urgence n'évoluent pas dans un environnement hermétique mais interpellent un bon nombre de partenaires avec lesquels le ministère doit collaborer pour assurer l'organisation et la planification des services sur le territoire. L'amélioration de la qualité des services préhospitaliers d'urgence ne pourra se réaliser sans la concertation entre tous les intervenants et les partenaires.

L'approche intersectorielle et interministérielle est donc privilégiée, pour arriver à une plus grande cohésion des objectifs poursuivis par les instances concernées. Comme les membres du comité ont pu le vérifier au cours des consultations auprès des différents groupes sollicités, la préoccupation de multidisciplinarité, et les nombreux processus de réforme actuellement en cours aux niveaux national et régional, créent un impératif d'intégration des services et des structures, respectant les objectifs poursuivis par l'ensemble.

Il est donc indispensable que le ministère assume son rôle d'intégrateur avec d'autres instances ministérielles qui sont particulièrement sollicitées dans l'actualisation de la réforme, notamment les ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique, des Affaires municipales et de la Métropole, des Transports, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

ainsi que la Société de l'assurance automobile du Québec et la Commission d'accès à l'information.

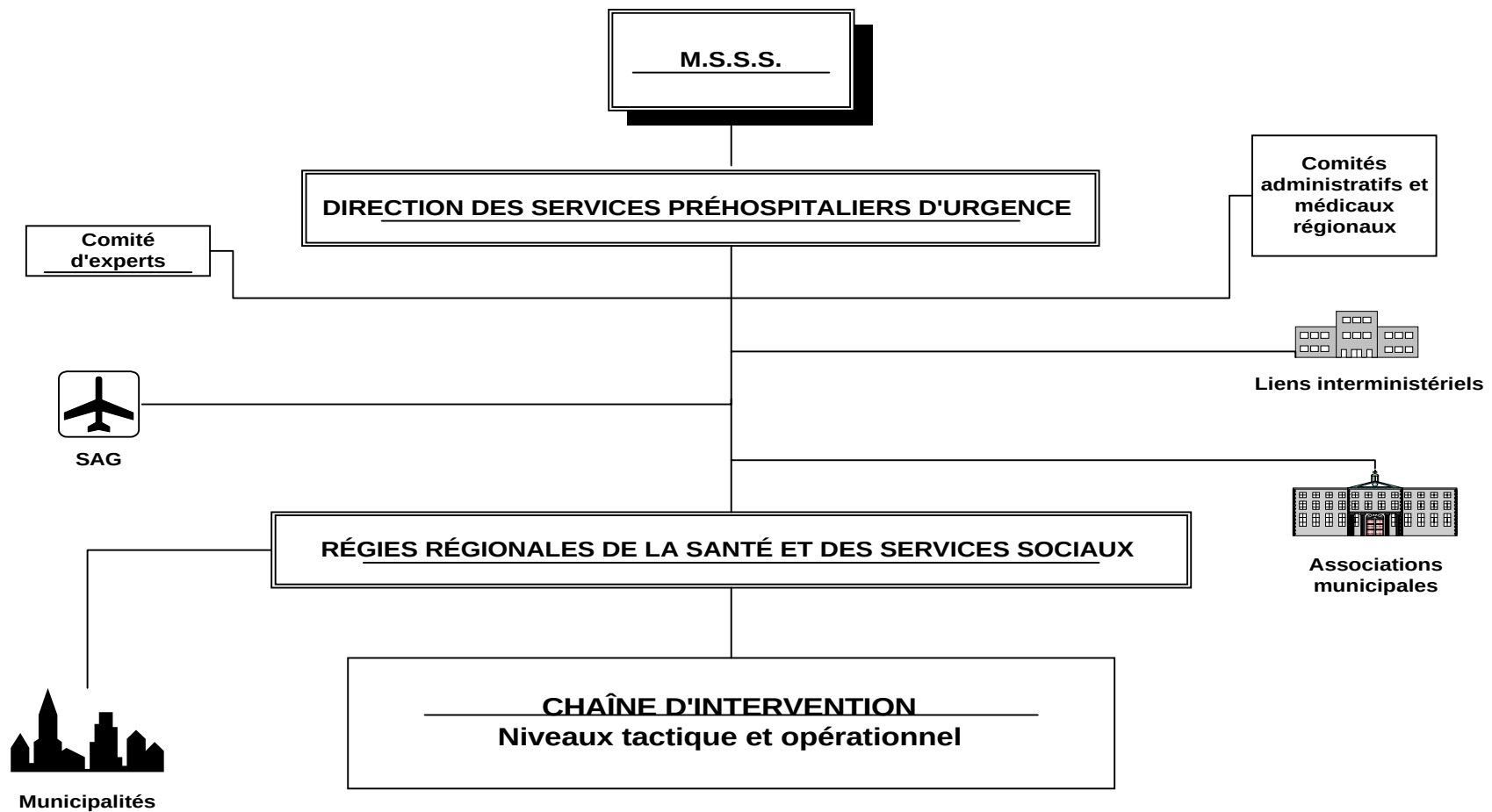
Le secteur du préhospitalier doit également s'associer à d'autres intervenants clés dont les services d'urgence municipaux tant dans le cadre d'opérations quotidiennes que lors d'interventions majeures ou de sinistres.

Enfin, l'élaboration des différents processus d'intégration devra obligatoirement tenir compte des conclusions de la Commission Clair sur le système de santé, des orientations de la réforme de la Sécurité civile et des orientations entreprises aux ministères des Affaires municipales et des Transports.



SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE
Architecture - Niveau stratégique (Gestion)

Décembre 2000



2.6 ÉVALUATION ET ENCADREMENT DES SERVICES RENDUS

Le Comité a abordé la question de l'évaluation et de l'encadrement des services sous cinq aspects distincts : 1) celui des systèmes d'information, 2) celui de la détermination des objectifs de performance ainsi que 3) celui de l'encadrement médical, 4) administratif et 5) opérationnel.

2.6.1 *Système d'information*

Entre autres, les travaux de révision ont illustré que le secteur préhospitalier évolue parallèlement à celui de la santé et qu'en conséquence, l'intégration des deux systèmes demeure marginale. Le besoin d'un regard rétrospectif sur la qualité des interventions effectuées en préhospitalier d'urgence ne peut se faire sans qu'il y ait un partage d'information entre les partenaires.

L'intégration exige une définition claire des relations opérationnelles nécessaires entre les services préhospitaliers d'urgence et le centre hospitalier, d'où la pertinence de mettre en place des mécanismes permanents d'information regroupant les partenaires impliqués du réseau de la santé.

Les constats du premier chapitre ayant démontré clairement l'insuffisance de l'information pertinente à une gestion de qualité, le Comité a été amené à considérer de façon impérieuse la mise en place de systèmes d'information répondant aux objectifs précités. Il est clair, que les systèmes d'information dont disposent les services préhospitaliers d'urgence sont insuffisants, en regard des objectifs de qualité et de performance attendus et, plus particulièrement, au sujet des activités cliniques, lesquelles sont pourtant au cœur de la mission.

De plus, les embryons d'information sont consignés dans plusieurs registres différents, souvent peu compatibles, empêchant une intégration harmonieuse des renseignements que l'on pourrait en tirer.

Dans le but de pallier ces inconvénients et de satisfaire aux critères de qualité proposés, **le Comité recommande :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux développe prioritairement un système d'information intégré, centralisé, convivial et compatible. Ce système devra permettre une gestion efficace du réseau par le suivi d'indicateurs de performance.

Concrètement, le système d'information devra répondre aux objectifs suivants tout en respectant les règles de la Commission d'accès à l'information :

- couvrir adéquatement les activités, tant cliniques qu'administratives et financières ;
- être compatible, même s'il répond à des besoins différents ;
- couvrir tous les éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière, et ce, jusqu'à la décision finale quant à la prise en charge de l'utilisateur ;
- traiter de façon linéaire les renseignements pouvant établir une corrélation entre le type de la demande, son traitement, les dispositions prises par le système pour y répondre, de même que les moyens pour y arriver ;
- rendre convivial le traitement de l'information afin que les responsables des services préhospitaliers, puissent en extraire les données nécessaires et qu'en même temps, les responsables de la Direction des SPU puissent suivre adéquatement les données systémiques nécessaires à leur gestion ;
- s'assurer que le système d'information élaboré soit compatible avec d'autres systèmes en évolution, dont le réseau de télécommunications RTSS ;
- produire des rapports périodiques permettant aux gestionnaires de suivre de façon évolutive l'ensemble des services dont ils sont responsables. Ces rapports devront être établis de façon à respecter les principes d'une gestion multidisciplinaire.

Il appartient à la Direction des services préhospitaliers d'urgence de définir les besoins d'information considérés comme étant pertinents et essentiels à la gestion.

Dans le cadre de cet exercice, le Comité recommande :

Que la Corporation d'urgences-santé soit mise à contribution dans le développement d'indicateurs nationaux, compte tenu de son expertise en ce domaine.

De plus, le ministère devra recourir aux services d'autres ressources afin d'assurer la conception, l'élaboration, la mise en application du système et le déploiement des outils permettant la gestion de ces systèmes.

Pour ces raisons, le Comité recommande :

Que la Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux s'implique dans le développement de ce système d'information, et ce, en conformité avec les dispositions légales relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels.

2.6.2 Détermination des objectifs de performance

Le Comité considère qu'il est impératif d'instaurer des critères objectifs de performance pour chacun des maillons de la chaîne, permettant ainsi une évaluation de l'ensemble des services rendus. Il est également essentiel d'assurer la qualité à travers les processus, les intervenants et les structures.

En considérant ces impératifs, le Comité recommande :

Qu'un programme d'amélioration continue de la qualité portant notamment sur la performance, les marqueurs, les écarts, les processus, la satisfaction des usagers, les correctifs et la réingénierie soit mis en place dans toutes les régions du Québec.

Il est important de donner la priorité aux correctifs et la réingénierie des aspects les plus pertinents pour concentrer cette démarche sur les éléments influant sur la qualité des

services. De plus, certains aspects non quantitatifs devront être considérés, tels ceux reliés à la satisfaction de la clientèle, à la gestion des plaintes, etc.

La mise en place d'indicateurs et l'atteinte d'objectifs devra évidemment être soutenue par l'instauration d'alliances stratégiques avec les partenaires du réseau, mettant ainsi en œuvre une philosophie de gestion multidisciplinaire des services.

Le Comité estime que les indicateurs de performance doivent :

- être pertinents et mobilisateurs ;
- avoir un caractère mesurable et atteignable ;
- comprendre les aspects à court terme mais aussi à moyen et long terme ;
- être conviviaux et faire l'objet de recherches menant à une rétroaction effective ;
- être liés directement aux valeurs et objectifs poursuivis par l'organisation.

Les indicateurs développés devront toucher principalement les sujets suivants :

- l'accès aux services ;
- les soins ;
- l'intégration au réseau et à la communauté ;
- la recherche au niveau préhospitalier ;
- l'éducation du public ;
- les communications ;
- la formation ;
- les ressources humaines ;
- la prévention ;
- l'évaluation ;
- le financement ;
- la satisfaction des usagers et des intervenants.

Les membres du comité proposent donc une série de tableaux (se référer aux tableaux d'indicateurs de qualité en annexe) décrivant certains éléments de la chaîne d'intervention, où les indicateurs les plus pertinents sont expliqués. Il est évident que ces

concepts ne sauraient tous être mis en opération simultanément sur l'ensemble des maillons. Un travail de raffinement des indicateurs devra être fait, mais le Comité recommande qu'à long terme, l'ensemble de ces éléments soit placé sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, dans ce processus d'actualisation et de réingénierie.

2.6.2.1 Réponse du système et marqueurs de performance

La réforme proposée ne modifie pas l'architecture de base des zones ambulancières et des points de service actuels. Toutefois, le principe de modulation de la réponse, ainsi que la mise en place des centres de communication santé et des services de premiers répondants viendront changer le portrait actuel de la réponse du système et, ultimement, la performance des services préhospitaliers d'urgence.

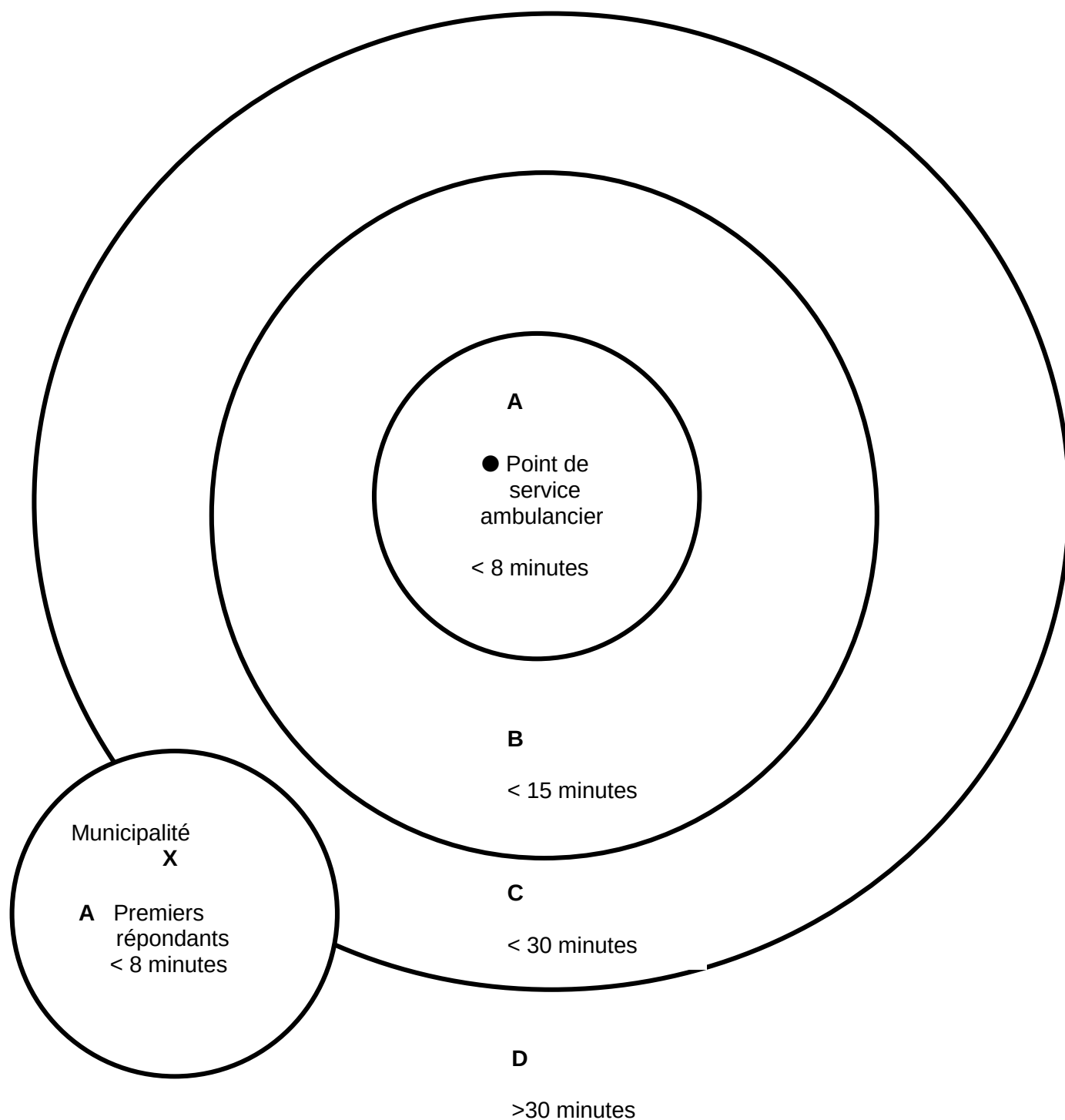
Les temps de réponse du système pour les cas de détresse vitale deviennent la conséquence directe de la qualité de l'organisation et de l'implantation locale de la chaîne préhospitalière et ne dépendent plus uniquement de la distance réelle entre le point de service ambulancier et le site de l'événement déclencheur.

L'implantation de premiers répondants permet à une localité ayant des temps de réponse ambulancières plus grands que huit minutes (zone de type B, C ou D) de bénéficier d'une réponse systémique de moins de huit minutes (type A) tout en maintenant l'architecture des zones ambulancières identique.

Le rôle des premiers répondants sera donc ajusté en fonction des besoins générés par les temps de réponse complémentaires des services ambulanciers, assurant ainsi, pour la localité concernée, une qualité de service cadrant avec des objectifs réalistes tenant compte de la géographie québécoise.

L'intégration de cette nouvelle approche systémique et l'impact de celle-ci permettent l'atteinte d'un marqueur de performance reconnu sans modifier les zones et en demeurant conforme aux particularités géographiques et démographiques du Québec. Concrètement, dans le modèle de zone représenté à la figure 1, chaque point de service

ambulancier permet de déterminer trois cercles concentriques différents, dont le rayon correspond à un temps de réponse caractérisant un secteur (A, B, C, D). Ce temps de réponse est une contrainte *géographique* incompressible ; les marqueurs de performance inclus dans l'entente de service entre les régions régionales et les entreprises ambulancières devront en tenir compte de façon objective et déterminer les objectifs des secteurs quant au temps de réponse (voir figure 1).

Figure 1Les types de secteurs d'une zone

N.B. : À titre d'exemple, le point X qui se situe à plus de 15 minutes de réponse ambulancière du point de service peut, malgré tout, grâce à un service de premiers répondants, bénéficier d'une réponse systémique de type A (< 8 minutes).

Cependant, par les ententes de services, le nombre de ressources nécessaires à l'intérieur d'une zone déterminée devra être ajusté, afin de fournir une réponse adéquate en fonction des caractéristiques *démographiques et du volume d'affectations générées*.

Cette modulation des ressources permettra l'atteinte de l'efficacité fixée à l'entente de service pour la réponse spécifique au type de zone concerné (voir tableau 6).

TABLEAU 6
NOTION DE MARQUEURS DE PERFORMANCE
COUVERTURE AMBULANCIÈRE

➤ **Aspect géographique selon les zones**

<u>Secteur</u>	<u>Types de réponse (marqueurs)</u>
A	< 8 minutes
B	< 15 minutes
C	< 30 minutes
D	> 30 minutes

➤ **Aspect démographique selon les considérations suivantes :**

- volume d'affectations ;
- quantité de ressources et nombre de véhicules ;
- quarts de travail ;
- modulation (jour/soir/nuit).

Afin de compenser des temps de réponse incompressibles (B, C, D) pour la couverture ambulancière, la réponse systémique devra prévoir l'intervention des services de premiers répondants.

Ces ressources interviennent dans des délais de réponse plus courts que ceux des services ambulanciers. (voir tableau 7). Tel que souligné dans la section sur les premiers répondants, la formation est encadrée par les régies régionales et leurs actions cliniques sont soumises à des protocoles et sont complémentaires aux interventions cliniques des services ambulanciers.

L'amélioration de la couverture immédiate dans les cas de détresse passe donc obligatoirement par l'implantation et l'utilisation des premiers répondants dans la réponse systémique.

L'affectation des ressources ambulancières et des premiers répondants est déterminée par le centre de communication santé et encadrée par des protocoles opérationnels et cliniques permettant le suivi par les régies régionales, des marqueurs de performance élaborés dans les ententes de services avec tous les intervenants.

TABLEAU 7
NOTION DE MARQUEURS DE PERFORMANCE
COUVERTURE DES PREMIERS RÉPONDANTS

➤ **Aspect géographique :**

<u>Secteur</u>	<u>Types de réponse (marqueurs)</u>
A	< 4-8 minutes
B, C, D	< délai de la réponse ambulancière

➤ **Caractéristiques particulières :**

- points de services municipaux ;
- implantation indépendante de la couverture géographique ambulancière ;
- couverture arrimée aux services préhospitaliers d'urgence régionaux et en complémentarité à la couverture ambulancière pour les protocoles ayant fait l'objet d'une formation.

L'amélioration de la qualité dans le modèle proposé passe donc par un meilleur temps de réponse systémique, grâce à l'implantation généralisée de services de premiers répondants. Ainsi, les endroits éloignés des points de service ambulancier bénéficieront d'une réponse systémique adéquate qui justifie le maintien des zones de service ambulancier actuelles.

2.6.3 Encadrement médical

À l'égard des services préhospitaliers d'urgence, les membres du comité sont d'avis que l'encadrement médical devrait être défini comme l'ensemble des activités mises sous la responsabilité du directeur médical (national ou régional). Ces activités se regroupent principalement en trois volets :

- 1- **encadrement prospectif** qui est relié à la conception et à l'opération des éléments du système, nécessaires à la prestation des soins et à la qualité des interventions ;
- 2- **encadrement en temps réel** qui est le support immédiat nécessaire aux équipes soignantes impliquées lors de situations difficiles ou hors protocole (aussi appelé *On-line medical control*) ;
- 3- **encadrement rétrospectif**, soit l'évaluation *a posteriori* de la qualité, des soins offerts, des services rendus et de la conformité aux protocoles, ainsi que les écarts entre la performance réelle et les marqueurs visés.

L'encadrement médical et clinique, bien qu'étant de la responsabilité du directeur médical national, repose sur la mise en place d'une infrastructure en ressources humaines et techniques, pouvant assumer de façon réaliste l'ensemble des tâches relatives à ces activités. La présente section traite principalement des rôles associés aux divers paliers d'encadrement, bien que portant sur les fonctions et l'individu. Il est évident pour le Comité que ces orientations touchent les tâches pouvant être déléguées à des partenaires ou à une équipe élargie, à chacun de ces paliers.

2.6.3.1 Encadrement médical et clinique - palier national

Le rôle du directeur médical national est de promouvoir des services préhospitaliers d'urgence orientés prioritairement vers une réponse systémique satisfaisant les besoins démontrés de la clientèle. Particulièrement, le directeur médical national sera responsable de :

- développer et mettre en application un programme d'amélioration continue de la qualité pour l'ensemble du système et de certains aspects spécifiques de soins ;
- assurer la mise à jour continue des normes de soins et leur application uniforme sur l'ensemble du territoire québécois. Sur cet aspect particulier, le Comité considère que la gamme de services sous la responsabilité de la Direction des SPU devra inclure obligatoirement les activités médicales d'Urgences-santé, lesquelles sont soumises aux mêmes critères de qualité, d'évaluation et de pertinence ;
- s'assurer de la compétence initiale des intervenants du système et de l'établissement de programmes adéquats de formation continue, en regard des objectifs poursuivis et du produit livré ;
- promouvoir la recherche ;
- promouvoir l'éducation du public ;
- participer à l'intégration des différents partenaires ;
- participer à l'élaboration et au maintien de systèmes d'information pertinents à l'analyse de la performance et à l'amélioration de la qualité, à la fois pour les aspects systémiques nationaux et régionaux ;
- appliquer l'autorité nécessaire à l'instauration et à l'harmonisation des programmes sur l'ensemble du territoire.

Pour accomplir adéquatement ces nombreuses tâches, le Comité estime que la Direction médicale nationale doit, de concert avec la Direction administrative, créer un partenariat médico-administratif plus efficace dans le processus de gestion. Ainsi, bien que hiérarchiquement sous l'autorité du directeur administratif, le directeur médical se retrouve à un niveau fonctionnel équivalent à celui du directeur administratif.

La Direction médicale devra bénéficier du soutien requis pour l'atteinte des objectifs cliniques, en regard de l'information, de la documentation, de la formation et de la re-certification ainsi que de la recherche et du développement.

2.6.3.2 Encadrement médical et clinique - palier régional

En considérant les tâches et les responsabilités dévolues à l'encadrement médical et clinique au palier régional, **les membres du comité recommandent :**

Que le poste de coordonnateur médical régional soit remplacé par celui de directeur médical régional et que ce médecin fasse partie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement de la région.

L'appartenance à un CMDP est essentielle pour plusieurs raisons : elle permet une évaluation du geste professionnel, assure l'autonomie professionnelle du médecin par rapport au volet administratif de l'organisation des services et rattache la pratique de ce médecin au code de déontologie d'un établissement.

Les différentes fonctions et tâches à conférer au directeur médical régional touchent principalement à :

- la formation continue et le maintien des compétences des intervenants de la chaîne ;
- les aspects relatifs à l'intégration des soins préhospitaliers d'urgence au réseau de services de première ligne ;
- l'instauration et l'encadrement de programmes nationaux, transposés à l'échelle régionale.

L'encadrement médical et clinique régional devra se concrétiser en tenant compte de trois composantes distinctes :

- la régie régionale, laquelle est imputable en regard de l'atteinte des objectifs et de la mise en place des programmes qui lui seront transmis par la Direction des SPU ;
- les entreprises ambulancières, qui auront un rôle plus important quant à l'encadrement médical et clinique et devront participer à la mise en place des programmes, et à l'application des actions programmées ;
- les techniciens ambulanciers, qui sont des acteurs essentiels dans la prestation des soins et l'assurance de la qualité. Ils devront être mis à contribution dans l'application des programmes d'encadrement médical et clinique, dans chacune des régions. Ils devront être mis à contribution, à la fois comme intervenants privilégiés dans la prestation de soins, comme partenaires dans l'évaluation de leurs pairs et de la formation, et dans l'encadrement ou la formation des services de premiers répondants ou des premiers intervenants de leur région respective.

2.6.3.3 Support clinique en temps réel (on line)

L'objectif poursuivi par le support clinique en temps réel est la mise en place d'un support direct aux techniciens ambulanciers par télécommunication, lors des situations difficiles se situant en dehors des protocoles normalement utilisés pour répondre aux besoins cliniques habituels des patients. Il peut également être utilisé pour résoudre certaines problématiques médico-légales, dont : les interventions en situation de crise psychosociale, lors de décès où il y a une apparence de scène de crime ou encore, lors de refus de traitement, etc.

Le support médical en temps réel est également un outil privilégié pour la supervision médicale à distance et des différents programmes de rehaussement de soins offerts à la population. Cette activité médicale rejoint les préoccupations du Collège des médecins du Québec, au sujet de l'encadrement des actes cliniques, particulièrement reliés de près à l'exercice de la médecine.

Après discussion, le Comité préconise deux niveaux de support clinique en temps réel. Le premier niveau serait assuré par un technicien ambulancier de formation plus avancée œuvrant à plein temps dans un centre de communication reconnu. Ce technicien ambulancier mieux formé répondrait en première ligne à l'aide de protocoles d'encadrement entourant la pratique régulière et pourrait ainsi faire face aux situations déviant des interventions habituelles.

Un programme d'assurance qualité spécifique au travail de ces techniciens plus avancés serait mis en place, dans le but d'assurer la pertinence des décisions et le suivi des interventions.

Le deuxième niveau de support clinique en temps réel serait assuré par du personnel médical dédié à cette intervention, regroupé dans deux principaux centres de communication santé, ceux de Montréal et de Québec. Des équipes médicales pourraient travailler sur place et être intégrées de façon directe à l'opération du centre, en assurant une fonction de support en première ligne aux techniciens de chacun des centres et le support occasionnel aux techniciens directement impliqués sur le terrain à l'occasion d'interventions exceptionnellement compliquées ou nécessitant une expertise plus pointue.

Cette configuration permettrait la constitution d'une équipe médicale plus stable dans chacun des deux centres de communication santé dont l'exposition serait suffisamment importante pour en assurer la permanence et l'exposition. Cela permettrait également de pouvoir encadrer l'ensemble des interventions ambulancières problématiques. Un programme de révision devrait également être mis de l'avant, ce qui permettrait de lier l'encadrement en temps réel à l'encadrement rétrospectif.

En considérant l'ensemble de ces propos, le Comité recommande :

Que l'encadrement médical en temps réel soit implanté dans les centres de communication santé, selon un modèle à deux niveaux : le premier étant assuré par des techniciens ambulanciers de formation plus avancée, œuvrant à temps plein dans les centres ; le deuxième étant assuré par une équipe de médecins dédiés à ce type d'intervention et regroupés dans deux centres de communication, soit à Montréal et à Québec, et desservant l'ensemble des régions du Québec.

2.6.4 Encadrement administratif**2.6.4.1 Encadrement administratif - palier national**

Pour reprendre son leadership dans l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, le ministère doit créer une direction administrative des services préhospitaliers d'urgence, en s'assurant de respecter le partenariat médico-administratif déjà énoncé. De façon plus précise, cette direction devra notamment :

- s'assurer de l'uniformisation et de l'intégration des composantes du système ;
- s'assurer de l'application des lois, des règlements, des protocoles, des politiques et des normes, en regard des services préhospitaliers d'urgence ;
- s'assurer du déploiement des systèmes d'information dans toutes les régions du Québec et de leur utilisation ;
- développer le cadre des ententes type à intervenir entre les parties impliquées dans la prestation des services préhospitaliers d'urgence ;
- mettre en place les ressources nécessaires à la gestion du transport aérien et hélicoptéré ;

- recevoir des régies régionales les rapports d'évaluation des services préhospitaliers d'urgence et les analyser ;
- assurer le suivi budgétaire et financier des ressources consenties au secteur préhospitalier ;
- préparer le rapport annuel à soumettre à l'Assemblée nationale ;
- assurer un suivi auprès du ministère de l'Éducation, concernant le contenu des programmes de formation ;
- mettre en place un plan de main-d'œuvre national.

2.6.4.2 Encadrement administratif – palier régional

L'encadrement administratif régional demeure au niveau des régies régionales. Au même titre qu'au palier national, il devra évoluer dans un partenariat médico-administratif en relation avec le directeur médical régional.

Les fonctions à assumer se résument ainsi :

- s'assurer de l'intégration des services préhospitaliers au réseau de la santé ;
- signer des ententes avec les partenaires de la chaîne d'intervention et en assurer le respect et le suivi ;
- émettre les permis de services d'ambulance ;
- mettre en place les systèmes d'information et suivre les indicateurs définis ;
- procéder à l'évaluation des services rendus ;
- soumettre au MSSS ses prévisions budgétaires ;

- préparer le plan de main-d'œuvre régional ;
- allouer les ressources nécessaires à la prestation des services ;
- préparer un plan régional de mesures d'urgence.

2.6.5 *Encadrement opérationnel*

Les fonctions relatives à l'encadrement opérationnel se situent au palier régional, soit :

- avoir un droit de regard sur la gestion des centres de communication santé ;
- organiser les programmes de formation ;
- émettre les cartes de compétence des techniciens ambulanciers ;
- soutenir les municipalités dans la mise en place des services de premiers répondants ;
- verser les budgets aux entreprises ambulancières et rembourser les dépenses liées aux premiers répondants ;
- assurer l'inspection des services préhospitaliers ;
- déployer le plan régional de mesures d'urgence ;
- évaluer l'organisation du travail.

Dans le cadre des discussions sur les fonctions opérationnelles des services préhospitaliers d'urgence, les membres du comité ont abordé brièvement la pertinence du rôle de superviseur « terrain » dans le système.

Ce rôle est connu et opérationnel au Québec, plus particulièrement dans les entreprises d'envergure (par ex : Urgences-santé, Coopérative des techniciens ambulanciers du Québec métropolitain) où le volume d'appels est important. Il demeure mal connu dans les régions où le volume d'appels est plus faible, sauf à quelques endroits où l'entreprise offre volontairement un service de superviseur.

Toutefois, étant donné que la majorité des entreprises sont de taille plutôt restreinte, (rappelons ici que 80 % des entreprises ont un ou deux véhicules ambulanciers), il nous paraît démesuré de justifier la mise en place d'un poste de superviseur dans chacune d'elles. Néanmoins, le Comité convient de l'importance d'une gestion opérationnelle sur un territoire donné et encourage fortement la fonction. D'ailleurs, le système s'attend à ce que les entreprises assument, dans le cadre des ententes de services, des fonctions liées à la gestion et à la supervision des services.

2.7 PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE

Afin de faire face à la pénurie décrite de la main-d'œuvre dans le secteur préhospitalier, il y a lieu d'envisager le développement d'une stratégie visant une meilleure planification et une détermination du profil des intervenants.

Les travaux de révision ont démontré que le secteur ambulancier, qui est en marge du réseau de la santé et géré majoritairement par des entreprises privées, ne disposait pas des moyens nécessaires pour bien planifier sa main-d'œuvre.

Pour remédier à cette lacune, le Comité recommande :

Que se réalise, au cours de la prochaine année, un plan de main-d'œuvre national sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, et l'ensemble des partenaires impliqués dans le secteur préhospitalier d'urgence.

Une planification de la main-d'œuvre est un exercice prévisionnel nécessaire à la détermination des besoins quantitatifs et qualitatifs du personnel détenant un statut permanent ou temporaire. Cet exercice fait notamment ressortir les surplus et les pénuries de main-d'œuvre et met en relief des stratégies permettant d'agir sur les écarts de quantité et de qualité.

Dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence, la main-d'œuvre identifiée concerne principalement les techniciens ambulanciers, et les préposés au traitement et à la répartition des appels.

Au préalable, certaines étapes doivent être franchies et des données recueillies, pour la mise en place d'un plan de main-d'œuvre dans ce secteur. Ces étapes sont les suivantes :

- établir l'offre de main-d'œuvre en déterminant le nombre de personnes, par sexe, par groupe d'âge, en relation avec les formations complétées selon les types de quarts de travail et faire l'état de la liste de rappel. Quantifier également les départs prévisibles, soit la retraite, l'attrition naturelle et les invalidités prolongées, en plus de déterminer le taux moyen d'absentéisme et les moyens de gestion entrepris pour y remédier ;
- établir la demande actuelle et prévisible de main-d'œuvre. Au niveau de la demande actuelle, il s'agit de dresser un état de l'utilisation de la liste de rappel, pour des surcroûts temporaires de travail, le remplacement des absences de courte et de longue durée et les heures supplémentaires travaillées. Quant à la demande prévisible, elle permet de quantifier les besoins prévisionnels de création, d'abolition et de transformation de postes au cours d'une année financière ;
- identifier, mettre en œuvre et évaluer les mesures à prendre pour éviter les pénuries et résorber les surplus prévus tant sur le plan quantitatif que qualitatif. Cette étape consiste à associer des mécanismes régulateurs à des stratégies permettant d'agir sur les écarts de quantité et de qualité de la main-d'œuvre, tels :
 - des programmes continus de développement des compétences,
 - des programmes d'adaptation de la main-d'œuvre à haute employabilité,

- des mécanismes continus de partenariat avec les maisons d'enseignement visant l'adaptation et l'évolution des programmes de formation en relation avec les besoins du marché du travail,
 - des plans de résorption de la main-d'œuvre à faible employabilité,
 - des plans de rétention de la main-d'œuvre, par une stabilisation du registre de postes, une charge de travail acceptable, l'encadrement clinique et professionnel et le cheminement de carrière ;
- diffuser, assurer le suivi et mettre à jour annuellement le plan de main-d'œuvre.

2.8 RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

La plupart des systèmes préhospitaliers d'urgence ont, au cours des dernières années, procédé à une intensification des activités touchant la recherche et le développement. En effet, tant aux États-Unis qu'en Europe, la tendance à transposer, sans validation, dans le milieu préhospitalier des techniques de soins appliquées au domaine hospitalier tend à être remplacée par une approche médicale basée sur des démonstrations scientifiques (*evidence based medicine*).

Tout d'abord, l'objectif de rationalisation des services, des ressources et des coûts fait que de plus en plus de gestionnaires tant administratifs que médicaux se questionnent sur la pertinence de modalités thérapeutiques qui, malgré de longues années d'emploi, ne semblent pas avoir donné les résultats escomptés. De plus, les récentes analyses tendent à démontrer que les résultats cliniques mesurés tiennent davantage à l'efficacité systémique qu'à la prestation de soins très spécialisés sur les lieux. De même, l'apparition de nouvelles technologies permet maintenant le recours à des solutions innovatrices en regard de certaines problématiques d'autrefois (emploi, par exemple, du matelas immobilisateur, des nouvelles technologies de communication, de la transmission des électrocardiogrammes sans fil, etc.).

L'importance des investissements requis dans les services préhospitaliers d'urgence justifie des activités de recherche qui permettent d'en démontrer la pertinence. C'est ici que les liens avec les systèmes d'information institutionnels et même avec ceux liés à la gestion des données de santé publique pourraient être d'un support intéressant. Il est important de lier l'aspect recherche et développement au fonctionnement de la Direction générale des services préhospitaliers d'urgence et de le rendre opérationnel, à travers les responsables régionaux des systèmes de prestation de soins préhospitaliers d'urgence.

Un exemple pouvant partiellement servir de modèle est certes le registre des traumatismes, élaboré il y a quelques années et qui commence à donner des renseignements très pertinents sur la validité de la configuration du réseau mis en place, et qui en suggère même d'éventuels développements dans le but d'en améliorer l'efficacité. Le réseau de traumatologie et son registre font d'ailleurs du Québec un modèle intéressant, dont l'idée serait peut-être applicable à d'autres aspects (néonatalogie, cardiologie, neurologie intensive, etc.). Il faut noter ici que cette proposition ne porte pas sur la création d'une unité dédiée à la recherche et au développement mais plutôt sur l'intégration de cette fonction au cadre habituel des services préhospitaliers d'urgence, principalement sur le plan de la conception de la planification des activités et des mécanismes d'amélioration de la qualité.

Le Comité recommande :

Que l'ensemble des interventions ayant comme objet spécifique la recherche et le développement soient menées de façon conjointe avec des partenaires experts, notamment des ressources en épidémiologie, en santé publique et des responsables universitaires en santé.

2.9 BESOINS PARTICULIERS

2.9.1 Mesures d'urgence

Le service préhospitalier joue un rôle très important dans le domaine des mesures d'urgence. Ce service constitue le premier groupe de ressources du réseau de la santé à

intervenir sur les lieux d'un sinistre ou d'un accident avec victimes multiples. Le service préhospitalier fait donc partie à la fois des plans de mesures d'urgence des régions régionales et de ceux des municipalités. Pour cette raison, il apparaît essentiel que les services ambulanciers développent un arrimage privilégié avec les organisations responsables de la sécurité civile.

Il importe d'abord de faire la distinction entre accident avec victimes multiples et sinistre. Comme son nom l'indique, l'accident avec victimes multiples entraîne le besoin de soins et de transport de plusieurs usagers. Une telle situation nécessite le recours à plusieurs véhicules ambulanciers et la présence d'une supervision favorisant le déroulement harmonieux des interventions. Sauf le recours occasionnel à des véhicules ambulanciers provenant d'autres zones, les procédures et ressources habituelles du système suffisent généralement à fournir l'ensemble des services nécessaire. De telles interventions tirent profit de l'application des mesures prévues au plan des mesures d'urgence, sans en constituer la raison d'être ou son essence.

Le sinistre diffère de l'accident avec blessés multiples par l'insuffisance des ressources et procédures habituelles. En pareil cas, il devient nécessaire d'effectuer le triage des victimes qui requièrent une attention immédiate et d'en organiser les soins et le transport, en optimisant l'efficacité des ressources disponibles. En cas de sinistre, les régions régionales assument une coordination de l'ensemble du réseau de la santé. De plus, les services ambulanciers doivent se concerter avec les autres intervenants de première ligne (policiers, incendies) sur les lieux de l'événement.

La réponse aux sinistres demande plus que l'utilisation optimale des ressources du système préhospitalier, elle requiert aussi l'identification de toutes les ressources capables de porter assistance. Des organisations telles la Croix-Rouge, Ambulance Saint-Jean et les organisations de secourisme ou de recherche et sauvetage peuvent, représenter un important bassin de ressources. Des ententes formelles entre ces organisations et les services préhospitaliers fournissent les opportunités de planification et d'arrimage nécessaires.

Pour faire face à des événements avec victimes multiples et à des sinistres, il importe de fournir aux intervenants du service préhospitalier une formation de base, ainsi qu'une

actualisation soutenant le développement et le maintien d'une compétence adaptée à ces réalités. La formation en mesures d'urgence - volet santé physique -, développée il y a quelques années, en constitue la base.

Au-delà de la formation, les services préhospitaliers doivent développer des plans de mesures d'urgence, prévoyant plus précisément les ressources, arrangements et procédures particulières, pouvant contribuer à la réalisation de leur mission. La formation et les exercices de simulation viennent soutenir l'état de préparation des services préhospitaliers, c'est-à-dire leur capacité opérationnelle en cas de sinistre.

Les plans élaborés par les services préhospitaliers doivent, pour maximiser l'efficacité, s'arrimer aux plans des mesures d'urgence de la régie régionale ainsi qu'avec les services de première ligne et les organisations municipales responsables de la sécurité civile sur leur territoire. En fait, cet arrimage constitue la base d'une intervention efficace et harmonieuse de l'ensemble des intervenants.

L'organisation des services préhospitaliers lors d'événements spéciaux présente des opportunités de développement des interfaces requises avec les partenaires du milieu et de mise en œuvre des éléments d'un plan de mesures d'urgence.

2.9.2 Événements spéciaux

Les événements spéciaux concernent les interventions planifiées des services préhospitaliers, pour des rassemblements ou autres activités d'envergure. À cet effet, les responsables des services préhospitaliers avec l'aide des services ambulanciers, planifient l'organisation des services médicaux d'urgence lors de grands événements. Cette planification assure des services de qualité aux participants et spectateurs, tout en maintenant l'accessibilité du service à la population.

Il existe deux types d'événements spéciaux. Le premier type caractérisé par la nature formellement prévue et annoncée, regroupe les événements sportifs et culturels attirant d'importantes foules. Le second type, caractérisé par la nature informelle ou spontanée, représente les manifestations, émeutes ou conflits de travail. La planification

d'événements spéciaux s'effectue en collaboration avec les services de police, les services d'incendie et les organisateurs, le cas échéant.

En parallèle, le déroulement d'événements spéciaux ne doit pas impliquer, pour la population, de limitation à la qualité et à l'accessibilité des services. À cet égard, les services préhospitaliers doivent porter une attention particulière à tout événement pouvant entraîner une demande accrue de service. En pareil cas, les services préhospitaliers devraient convenir avec les organisateurs des modalités de prestation des services préhospitaliers. Enfin, toute demande pouvant entraîner une réduction de service à la population devrait être défrayée par les organisateurs de tels événements.

2.9.3 Milieux particuliers

Les services préhospitaliers doivent assurer les soins et le transport des victimes d'accidents ou de malaises soudains partout sur le territoire québécois. Étant donné la diversité du territoire québécois, il importe de porter attention aux divers milieux dans lesquels peuvent se manifester les besoins.

Afin de mieux cerner le champ d'intervention des services préhospitaliers il importe de définir le concept de sauvetage. Pour le système préhospitalier, le sauvetage constitue l'ensemble des mesures visant à retirer des personnes d'un environnement physique dangereux. De telles mesures incombent à des ressources spécialisées, possédant la formation et les équipements nécessaires. Or, cette mission appartient essentiellement aux services d'incendie. Une fois le sauvetage accompli, les victimes peuvent obtenir les soins et le transport par le service ambulancier.

Des situations particulières peuvent survenir dans certains milieux, qui justifieraient des mesures ou interventions extraordinaires. Voici quelques-uns des milieux existants au Québec et pour lesquels les services préhospitaliers devraient prévoir des interventions adaptées.

➤ **Aquatique et maritime**

Compte tenu du très grand nombre de plans d'eau et de voies navigables au Québec, les services préhospitaliers doivent prévoir, en collaboration avec leurs partenaires, les mécanismes par lesquels les victimes d'accidents ou de malaises soudains peuvent obtenir assistance. Dans plusieurs cas, cet accès nécessite un recours concerté au service de sauvetage et au service ambulancier.

➤ **Minier**

Les mines constituent un milieu particulier pour les services préhospitaliers. Les brigades de sauvetage et de secourisme fournissent les services de première ligne. Le service ambulancier ne devrait qu'assurer les soins et le transport des victimes, une fois celles-ci évacuées de la mine.

➤ **Forestier et nordique**

De par leur nature isolée, les milieux forestiers et nordiques présentent un défi particulier pour les services préhospitalier. Bien que l'environnement ne constitue pas un danger physique pour les intervenants, l'accès aux victimes d'accidents ou de malaises soudains nécessite parfois le recours à divers modes de transport comme l'hélicoptère ou, en hiver, la motoneige.

➤ **Touristique**

La chaîne d'intervention préhospitalière est configurée pour répondre à l'ensemble des situations qualifiées d'urgentes par le système. Toutefois, il arrive que des événements sollicitent une utilisation maximale des services disponibles. Les zones touristiques en sont un bon exemple. Certaines zones du Québec font face à une variation importante de leur population en fonction des activités touristiques. Sur le plan de l'organisation des services, il importe de mieux identifier la mobilité des populations dans ces zones à

risque. Le niveau d'achalandage devrait faire l'objet d'une considération particulière, afin d'assurer une couverture adéquate en ressources et une qualité de services à la population.

Considérant l'ensemble de ces besoins, le Comité recommande :

Que les besoins particuliers qui concernent les services préhospitaliers d'urgence notamment les mesures d'urgence, les événements spéciaux, les milieux particuliers tels que minier, forestier et nordique, aquatique et maritime, ainsi que les zones touristiques soient pris en compte dans l'évaluation de l'organisation des services et reçoivent une réponse adéquate.

2.10 FINANCEMENT DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

2.10.1 *Impacts budgétaires des mesures proposées*

La révision des aspects liés au financement des services préhospitaliers d'urgence a permis de faire état d'un certain nombre de problèmes que la réforme veut corriger, dont notamment :

- l'absence de planification et de coordination des enveloppes budgétaires annuelles consenties par le ministère aux régies régionales ;
- l'absence de directives ministérielles concernant la révision des règles budgétaires et financières ;
- les lacunes dans le système de gestion ;
- un manque d'uniformité dans le traitement et la comptabilisation de leurs revenus et dépenses par les régies régionales ;

- l'absence de reddition de comptes pour les régies régionales et les entreprises ambulancières ;
- la pauvreté des investissements dans la formation des intervenants en préhospitalier d'urgence ;
- les disparités dans la comptabilisation des revenus et dépenses d'une entreprise à l'autre ;
- l'absence d'une charte de comptes systémique, l'iniquité dans les bases applicables sur les frais de gestion et de profits et l'absence d'objectifs de résultats dans les contrats à budgets.

Le système intégré proposé par le Comité repose sur la mise en place de tous les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière et leur financement.

Il ressort des travaux de révision que les sommes consenties au chapitre des services préhospitaliers d'urgence, soit 214 M\$ en 1998-1999, ne suffiront pas pour actualiser les recommandations et assurer leur implantation sur l'ensemble du territoire québécois.

Pour favoriser l'implantation des mesures proposées, le Comité recommande :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux consente les ressources financières nécessaires à la mise sur pied d'un système intégré en préhospitalier d'urgence, tel que défini dans les recommandations.

Ainsi, le ministère devra réviser les sommes allouées aux régies régionales pour actualiser cette démarche de révision et s'assurer que les montants consentis seront inscrits dans des enveloppes spécifiques. Le Comité insiste sur le fait que l'implantation de ce système exigera que l'on tienne compte des besoins de chacune des régions, ce qui pourrait entraîner une révision des méthodes et des bases budgétaires qui déterminent les budgets alloués à chacune des régions. Les paramètres suivants pourraient être utilisés, à savoir :

- la population pondérée avec sa structure d'âges ;
- les services à rendre ;
- les coûts de production liés aux caractéristiques (par ex. : géographique, événements spéciaux etc.) du territoire à desservir ainsi que le plan régional d'organisation des services (PROS) de la régie régionale (par ex. : transferts interétablissements, corridor de services, etc.).

2.10.1.1 Premiers intervenants

Jusqu'à ce jour, aucune somme n'a été consentie à la formation des premiers intervenants si ce n'est aux fins d'expériences locales menées dans certaines régions du Québec et soutenues par les régies régionales. Afin de mieux sensibiliser la population à intervenir activement dans des situations où une personne a besoin d'aide, il y aurait lieu de définir un protocole d'entente avec le ministère de l'Éducation pour préciser les besoins particuliers de formation à l'intérieur des programmes scolaires. Malgré que ce maillon soit important pour l'activation de la chaîne et l'efficacité globale du système, **le Comité est d'avis que le financement de cette mesure devrait être à la charge du ministère de l'Éducation et à cet effet recommande :**

Que le ministère de l'Éducation intègre à l'intérieur de sa programmation régulière les coûts reliés à la formation en secourisme au niveau primaire, secondaire et collégial et que le financement de ces mesures soit pris à même ses budgets réguliers, le cas échéant.

Enfin, la campagne nationale de sensibilisation proposée devrait aussi cibler la population en général afin d'intervenir auprès des personnes requérant des services préhospitaliers d'urgence, de communiquer plus rapidement avec le centre 9-1-1 et de porter assistance à autrui dans un esprit de civisme.

2.10.1.2 Centres 9-1-1

Ce maillon, qui est déjà sous la responsabilité des municipalités, n'entraînera aucun coût additionnel pour le ministère et les municipalités malgré la signature d'ententes avec les centres de communications santé.

2.10.1.3 Centres de communication santé

L'implantation et la consolidation des centres de communication santé nécessiteront des investissements importants, tant sur une base récurrente que non récurrente. Rappelons cependant que ces centres sont la pierre angulaire d'un système préhospitalier d'urgence efficace et efficient et qu'ils fourniront des données essentielles à la mesure de la performance globale du système.

- *Détermination des coûts*

Le Comité a évalué les coûts d'opération du scénario comportant un maximum de sept centres de communication santé. Il a également inclus des coûts pour la relève en cas de sinistre dans deux centres dotés en permanence d'équipements et d'infrastructures à ces fins ainsi que d'équipements de base dans les autres centres.

L'évaluation des coûts de ces centres est basée sur un certain nombre de caractéristiques dont notamment les éléments suivants :

- minimum de trois personnes par quart de travail (en lien avec le niveau d'activités prévu du centre) ;
- coûts d'opération du centre (amortissement, immobilisations, équipements, lignes téléphoniques, etc.) ;
- frais d'administration ;

- utilisation du RAO (répartition assistée par ordinateur) ;
- coût d'un centre de relève (selon les endroits déterminés).

Les coûts bruts récurrents annuels des sept centres de communications santé, incluant les centres de relève et la Centrale du service aérien et hélicopté ont été évalués à 26 M\$. À ce montant s'ajoute 1,2 M\$ non récurrents. Toutefois, les coûts nets additionnels requis pour ces centres seraient de 17 M\$ compte tenu des budgets déjà consentis (9 M\$ en 1999-2000) aux centrales reconnues par le ministère (Urgences-santé, Québec et Montérégie). De plus, les coûts additionnels excluent le budget consenti aux entreprises ambulancières pour la réponse téléphonique. Un budget spécifique non récurrent a été prévu pour le cas où des mesures compensatoires accompagneraient la fermeture de certains centres de traitement des appels déjà existants.

Des ententes de services devront être négociées entre les centres de communication santé et les régies régionales desservies concernant l'organisation des services, les modalités budgétaires et financières applicables ainsi que la reddition de comptes.

2.10.1.4 Services de premiers répondants

Les travaux de révision ont démontré que certaines municipalités offrent déjà, à leurs frais, des services de premiers répondants. En considérant l'importance de ce maillon et la nécessité d'implanter ces services dans l'ensemble des municipalités du Québec, **le Comité recommande :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux rembourse aux municipalités les dépenses relatives aux frais d'exploitation, de formation de la main-d'œuvre, ainsi que les dépenses d'amortissement sur les équipements directement reliées aux services des premiers répondants et que ce financement se fasse sur la base du principe du coût marginal.

Une étude préliminaire réalisée par le Comité, a permis d'évaluer les coûts d'implantation des services de premiers répondants sur l'ensemble du territoire québécois, ainsi que la période de temps requise pour actualiser cette implantation.

L'estimation des coûts potentiels est basée sur les hypothèses suivantes :

- les sorties sont remboursées uniquement pour les cas de détresse et seulement si affectées par un centre de communication santé ;
- les salaires de deux personnes, qui n'ont pas un statut de permanent rémunéré, sont remboursés jusqu'à concurrence de deux heures par sortie ;
- les frais d'opérations et d'administration reliés à cette activité (assurance-responsabilité, fournitures médicales, entretien et réparation des véhicules, location d'équipement, trousse médicale et moniteur défibrillateur semi-automatique (MDSA) sont pris en compte ;
- les frais pour l'amortissement des véhicules de services des premiers répondants sont remboursés sur la base d'un véhicule de secours (non un camion pompe) et pour les équipements adaptés au milieu et approuvés par les régies régionales ;
- les frais de formation de base ainsi que les mises à jour des premiers répondants sont aussi pris en charge.

Selon les hypothèses retenues, les coûts annuels pour les services de premiers répondants, s'élèveraient à 21,2 M\$, récurrents pour les opérations et à 4,5 M\$, sur cinq ans, non récurrents, pour la formation de base. Cette étude projette donc l'implantation de ce service, dans toutes les municipalités, sur un horizon de cinq ans.

Les modalités budgétaires et de financement applicables à ce secteur devront être définies à l'intérieur du protocole d'entente élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les regroupements de municipalités. Le remboursement des dépenses serait sous la responsabilité des régies régionales sur la base d'une facturation trimestrielle transmise par les municipalités.

Aussi, les municipalités devront produire, à même leurs rapports financiers, un rapport annuel sur les activités et leurs coûts concernant leurs services de premiers répondants.

2.10.1.5 Services ambulanciers

Cette section présente les conclusions de l'analyse de coûts, ainsi que les recommandations concernant le transport sanitaire terrestre, à savoir les coûts du système, l'achat et le financement des véhicules ambulanciers, les ententes de services, les techniciens ambulanciers et le transport sanitaire aérien.

A) Transport sanitaire terrestre

- *Entreprises ambulancières et Urgences-santé*

➤ Les coûts du système

Tel que mentionné au premier chapitre, le financement des entreprises ambulancières et d'Urgences-santé repose largement sur des bases historiques établies principalement sur des sondages (1989) et les informations obtenues par Transport Canada. Ces assises historiques n'ont jamais fait l'objet d'une véritable révision mais elles ont été indexées occasionnellement et ajustées dans le contexte du renouvellement des conventions collectives.

Le Comité a procédé à une analyse des coûts sur la base de douze rapports financiers fournis et choisis par les associations patronales d'entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé. Malgré qu'il s'agit là d'un échantillon fragmentaire, les résultats de cette analyse indiquent certains constats mais ils ne peuvent pas être étendus à l'ensemble des entreprises.

Cette analyse démontre que les coûts par transport, par heure rémunérée et *per capita* sont comparables entre la Corporation d'urgences-santé et les entreprises ambulancières recensées. Cependant, l'exercice met en évidence un manque d'uniformité dans la

comptabilisation des dépenses, ainsi que le peu d'information dont disposent les régions régionales sur les dépenses d'opérations des entreprises ambulancières.

Les constats tirés de cette analyse ne permettent pas d'instaurer de nouvelles règles et paramètres budgétaires compte tenu que l'échantillon d'entreprises ambulancières n'était pas représentatif, étant composé essentiellement d'entreprises situées en régions urbaines, excluant donc une majorité d'entre elles situées en zones rurales.

En considérant que le Comité n'avait pas à sa disposition tous les éléments et les outils nécessaires pour réviser les paramètres budgétaires actuels, **il recommande :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à une révision des règles et des paramètres budgétaires s'appliquant aux entreprises ambulancières et à la Corporation d'urgences-santé par la réalisation d'une étude portant sur les coûts réels du transport ambulancier sur la base des éléments suivants :

- élaboration, d'ici le 31 mars 2001, avec les partenaires impliqués, d'une charte de comptes par centre d'activités satisfaisant les besoins d'informations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette charte de comptes sera une structure permettant d'obtenir les informations appropriées concernant les données budgétaires, financières et quantitatives ;
- élaboration, d'ici le 31 mars 2001 d'un manuel de gestion financière relatif à la charte de comptes ;
- production par toutes les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé, en juillet 2001, d'un rapport incluant l'état des résultats validés par un expert comptable externe, pour l'année financière 2000-2001, sur la base de la charte de comptes élaborée et de la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Afin d'assurer la confidentialité de l'information, une entité indépendante traitera, regroupera et analysera, selon la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les informations transmises par les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé et produira un rapport au ministère de la Santé et des Services sociaux.

Une analyse des coûts réalisée par la Direction des services préhospitaliers d'urgence et tenant compte des particularités régionales devra suivre le dépôt de ces rapports avant décembre 2001 afin de réévaluer les coûts et les paramètres des bases budgétaires, le

cas échéant. Cette analyse permettrait également de préciser les règles s'appliquant au juste profit que les entreprises ambulancières devraient obtenir en tenant compte des risques qui y sont associés ainsi que la marge de manœuvre requise dans le cadre d'une saine gestion financière.

Le Comité est d'avis :

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine le cas échéant, de nouvelles bases budgétaires pour les frais de gestion et de profits, après l'analyse des rapports annuels obtenus pour l'année financière 2000-2001.

Le Comité n'a pas été en mesure de quantifier les coûts d'une éventuelle révision des règles et des paramètres budgétaires. Par contre, dans le cadre de l'exercice proposé, les composantes budgétaires pourraient faire l'objet d'une indexation, selon les paramètres établis par le Conseil du trésor.

➤ Achats et financement des véhicules ambulanciers

Les versements effectués par les régies régionales aux entreprises ambulancières pour l'achat d'une ambulance, sont inférieurs de près de 16 000 \$ au prix réel de 2000, mais les entreprises ambulancières conservent la valeur de revente de ces ambulances. Le Québec doit renouveler environ 130 véhicules par année.

Dans le souci de réaliser des économies tout en encourageant l'atteinte d'objectifs de performance relatifs à l'entretien et à la vérification mécanique des véhicules, il est envisagé de regrouper les achats de la flotte d'ambulances et de confier le mandat d'optimiser les gains sur les achats et le financement du parc de véhicules ambulanciers à la Corporation d'hébergement du Québec puisqu'elle possède l'expertise et les ressources nécessaires à cet égard. Cependant, il est important de tenir compte du statut indépendant et autonome des entreprises et de respecter leurs droits de gérance face à leurs responsabilités contractuelles légales et administratives.

Afin d'optimiser les gains à l'achat, certaines options ont été envisagées afin de générer une économie potentielle d'environ 5 % du coût d'achat et 2 % sur les taux d'intérêt lors du financement :

- organiser le financement des ambulances auprès d'institutions financières reconnues ;
- établir, avec les institutions financières, des politiques de financement pour des organismes du réseau ;
- acheter les véhicules et les louer aux entreprises ambulancières à taux avantageux (crédit-bail).

Dans le cas des deux premières options, les régies régionales rembourseraient aux entreprises ambulancières, le capital et les frais afférents au financement sur la base des conditions négociées par la Corporation d'hébergement du Québec. Les entreprises ambulancières demeureraient propriétaires de ces véhicules.

Dans la troisième option, la Corporation d'hébergement pourrait acheter les ambulances et les louer aux entreprises à un taux avantageux. L'entreprise serait responsable des véhicules et de leur valeur résiduelle.

Dans le but de poursuivre cette démarche de réflexion, **le Comité recommande :**

Que le ministère de la Santé et des Services sociaux analyse toutes les options d'achat et de financement du parc de véhicules ambulanciers, avec entre autres, la Corporation d'hébergement du Québec, les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé, afin de déterminer celles qui présentent le plus d'avantages pour les parties impliquées.

Les économies attendues de cette mesure n'ont pu être prévues et devront faire l'objet de considérations importantes dans le cadre de la révision des composantes budgétaires et des sommes déjà allouées pour l'achat des véhicules.

➤ **Ententes de services**

Les contrats à budget, négociés annuellement entre les régies régionales et les entreprises ambulancières, ne font pas l'objet d'un encadrement clair au niveau de l'instance nationale. L'application de ces contrats est non conforme d'une régie à l'autre et comporte peu de renseignements sur les objectifs et les indicateurs de performance systémiques.

Le Comité est d'avis que le contrat à budget doit évoluer vers un concept d'entente de services reposant sur des objectifs de résultats, sur des indicateurs de performance et sur une reddition de comptes. Cette orientation a permis au Comité de choisir dans le contexte actuel, de conserver les entreprises ambulancières et leurs zones de desserte et de ne pas procéder par appels d'offres pour la prestation des services préhospitaliers d'urgence.

Pour assurer l'uniformité des ententes de services entre les régies régionales, la Direction des services préhospitaliers d'urgence devra procéder à l'élaboration d'un cadre d'entente type et le mettre en vigueur pour le prochain exercice financier ; les composantes suivantes sont suggérées :

Organisation des services :

- ✓ rôle et responsabilités des parties ;
- ✓ prestation des services ;
- ✓ moyens à mettre en place.

Financement :

- ✓ identification des centres d'activités selon la charte de comptes établie, des modalités et paramètres budgétaires ainsi que du mode de financement applicable.

Reddition de comptes :

✓ Production d'un rapport annuel :

- l'état des revenus et dépenses d'opération,
- l'atteinte des résultats mesurés par les indicateurs de performance identifiés.

Afin de s'assurer du respect des obligations convenues dans ces ententes, **le Comité recommande** :

Que les entreprises ambulancières fournissent aux régies régionales un rapport annuel sur la base de la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux portant notamment sur l'atteinte d'indicateurs de performance et sur l'état des revenus et dépenses d'opération validé par un expert comptable externe.

Par ailleurs, afin de diminuer les coûts encourus par les parties, dans le cadre de la négociation de l'entente de services et améliorer la planification organisationnelle et budgétaire des activités ambulancières, la durée de l'entente de services est étendue à trois ans, tel que proposé antérieurement.

- *Techniciens ambulanciers*

Les recommandations proposées par le Comité concernant la formation, l'encadrement clinique et l'organisation du travail des techniciens ambulanciers ont des impacts financiers.

➤ **Rehaussement de la formation des techniciens ambulanciers**

L'évaluation des coûts pour le rehaussement graduel de la formation des techniciens ambulanciers à un niveau d'AÉC repose sur les critères suivants :

- nombre de techniciens ambulanciers à rehausser sur une période de cinq ans (2000 techniciens ambulanciers) ;
- durée moyenne de la formation, soit 200 heures par personne. Cette évaluation repose sur les analyses produites par divers intervenants du milieu.

Ainsi, le ministère devra injecter, au cours des cinq prochaines années, une somme annuelle de 3,3 M\$, totalisant 16,5 M\$ en investissement. Cette somme inclut les salaires des techniciens ambulanciers, les frais de déplacement, les salaires des formateurs et les autres frais connexes.

➤ **Encadrement clinique**

Un montant supplémentaire de 2 M\$ récurrents est aussi à prévoir pour assurer l'encadrement clinique des gestes posés par les techniciens ambulanciers. Ce montant couvrirait les coûts reliés aux dépenses des professionnels, des techniciens ambulanciers de formation plus avancée, du personnel de soutien et les frais de déplacement.

Enfin, le Comité propose que la rémunération des médecins affectés à l'encadrement clinique dans les régions régionales et dans les centres de communication santé provienne de la banque d'heures et des ententes négociées avec les fédérations des médecins.

À cet effet, le Comité recommande :

Que dans le cadre du financement de l'encadrement médical, le ministère de la Santé et des Services sociaux négocie avec les deux Fédérations médicales de façon à identifier les activités propres au secteur préhospitalier d'urgence et à ajuster au besoin, les enveloppes budgétaires dédiées au secteur du préhospitalier d'urgence.

➤ Organisation du travail

En 1999-2000, le ministère a consenti 5,4 M\$ annuellement pour améliorer les horaires de travail des techniciens ambulanciers. Le Comité considère qu'il est important de poursuivre cet effort au cours des prochaines années, compte tenu de la croissance de la demande de transports attribuable notamment au vieillissement de la population et au virage ambulatoire. Les ressources devraient également être rehaussées dans certaines régions dans le but d'améliorer l'accessibilité aux services.

Une première évaluation a été réalisée sur la charge de travail pour chacune des zones ambulancières sur le territoire québécois. Une étude plus approfondie, accompagnée de critères spécifiques, devra soutenir les modifications relatives à l'organisation du travail dans les zones où cela est justifié. Une somme de 10 M\$ est à prévoir à cet égard au cours des cinq prochaines années.

B) Transport sanitaire aérien

- *Transport par avion*

Tel qu'énoncé au premier chapitre, les coûts relatifs au transport sanitaire aérien sous toutes ses formes, ne font pas l'objet d'une évaluation systématique par le ministère. Pour pallier cette lacune, **le Comité recommande :**

Que la Centrale du service aérien gouvernemental transmette mensuellement les coûts du transport sanitaire, à la direction des services préhospitaliers d'urgence, pour qu'un registre soit mis à jour sur cet aspect.

- *Transport par hélicoptère*

En regard du transport par hélicoptère, le Comité recommande un projet pilote d'hélicoptère ambulance. Comme les coûts reliés à ce projet ne peuvent être fixés, il

revient au ministère de la Santé et des Services sociaux de déterminer, au préalable, les paramètres budgétaires et de fixer l'enveloppe globale de ce projet. Une étude concomitante des coûts-bénéfices doit faire partie intégrante de ce projet.

En regard du transport sanitaire aérien par avion et par hélicoptère, **le Comité recommande :**

Que les partenaires impliqués transmettent mensuellement à la direction des services préhospitaliers d'urgence, les coûts afférents au transport par avion et hélicoptère (projet pilote), selon la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de mettre à jour un registre sur le transport sanitaire aérien.

2.10.1.6 Établissements receveurs

Une évaluation de l'impact de l'implantation des recommandations sur le réseau hospitalier est difficilement quantifiable. Toutefois, des ajustements budgétaires sont à prévoir compte tenu de leurs nouvelles obligations.

2.10.1.7 Direction des services préhospitaliers d'urgence et régies régionales

Pour assumer convenablement son rôle et ses responsabilités, la Direction des services préhospitaliers d'urgence devra être dotée des ressources nécessaires à l'atteinte des objectifs visés par la réforme. Les dépenses annuelles d'opérations pour la Direction des services préhospitaliers d'urgence ont été évaluées à environ 1,0 M\$ dont 0,8 M\$ est récurrent.

Pour les régies régionales, des sommes additionnelles récurrentes de l'ordre de 2,4 M\$ devront être allouées afin de leur fournir les ressources humaines et financières requises par la réforme. En outre, dans le but de faciliter l'organisation, l'implantation, et l'encadrement des divers éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière, **le Comité recommande :**

Qu'une enveloppe discrétionnaire de l'ordre de 100 000 \$ soit consentie aux régies régionales pour chacune des cinq prochaines années, afin de faciliter l'organisation, l'implantation et l'encadrement des divers éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière.

L'implantation et l'exploitation du système d'information recommandé impliqueront des dépenses de l'ordre de 1 M\$ dont 0,2 M\$ est récurrent, tandis que la campagne d'information et de sensibilisation à réaliser auprès du public afin de sensibiliser davantage la population à intervenir de façon plus active dans différentes situations d'urgence est estimée à environ 1,4 M\$.

2.10.1.8 Processus pour les prévisions budgétaires annuelles

Présentement, la détermination des enveloppes budgétaires des services préhospitaliers d'urgence est sous la responsabilité de la Direction du budget du ministère de la Santé et des Services sociaux et repose sur les paramètres de l'année précédente ; elle est modifiée ponctuellement selon les conventions collectives et d'autres ajustements spécifiques.

Au même titre que la Corporation d'urgences-santé présente actuellement ses prévisions budgétaires annuelles au ministère, avec la réforme, les régies régionales devront également soumettre les leurs à la Direction des services préhospitaliers d'urgence. Elles devraient aussi transmettre les rapports requis au ministère, à la fin de l'année financière, afin que ce dernier puisse produire les documents de gestion exigés en vertu de la Loi sur l'administration publique.

Dans le cadre de la préparation des prévisions budgétaires annuelles, la Direction des services préhospitaliers d'urgence aurait la responsabilité d'analyser et de soumettre aux autorités gouvernementales les prévisions budgétaires triennales soumises par les régies régionales et Urgences-santé selon les modalités préétablies. La direction aurait également la responsabilité de transmettre les enveloppes finales avec les commentaires appropriés à chacune des régies régionales concernées.

Une procédure similaire s'appliquerait en ce qui a trait aux services de premiers répondants, aux centres de communication santé ainsi qu'aux transports par avion et hélicoptère.

2.10.2 *Financement des mesures de la réforme*

2.10.2.1 Impacts financiers sur les recommandations proposées

Les investissements requis pour la mise en œuvre des mesures proposées par le Comité ont été ventilés sur la base des coûts récurrents et non récurrents. Ainsi, selon les recommandations, un montant additionnel de plus de 85 millions \$ devra être injecté au cours des cinq prochaines années dont 53,6 M\$ récurrents et 32,6 \$ non récurrents. Faute d'information validée, certaines recommandations n'ont pu faire l'objet d'une évaluation financière des impacts, notamment sur la modulation de la réponse, sur le projet pilote d'hélicoptère ambulance et sur la révision des bases budgétaires des entreprises.

Le tableau 8 résume les coûts prévus pour la mise en place des recommandations du comité qui ont été quantifiées sur la base du financement requis.

TABLEAU 8

COÛTS PRÉVUS POUR LA MISE EN PLACE DES RECOMMANDATIONS DU COMITÉ NATIONAL
(COÛTS EN MILLIONS DE \$)

La mesure	Les coûts prévus récurrents	Les coûts prévus non récurrents
➤ Rehaussement de la formation des techniciens ambulanciers		16,5
➤ Premiers répondants		
– Opération	21,2	
– Formation de base		4,5
➤ Centres de communication santé		
– Nouveaux centres	25,0	
– Fermeture des centrales existantes		1,0
– Service aérien gouvernemental	1,0	0,2
➤ Modification de quarts de travail	10,0	
➤ Encadrement clinique	2,0	
➤ Direction des services préhospitaliers d'urgence	0,8	0,2
➤ Système central d'information	0,2	0,8
➤ Gestion des SPU – régies régionales	2,4	
➤ Enveloppe discrétionnaire – régies		8,0
➤ Campagne d'information au public		1,4
➤ Impact de la révision des règles et paramètres budgétaires – entreprises	N/D	
➤ Projet pilote hélicoptère-ambulance		
– coûts d'opération	N/D	
– hélicoptère	N/D	
TOTAL	62,6	32,6
Moins : Réaffectation de crédits prévus au budget pour les centres de communication santé	9,0	
Coûts nets des recommandations	53,6	32,6

Les coûts identifiés dans le tableau précédent ont été répartis sur cinq ans afin d'ajuster le financement selon le degré d'avancement des travaux d'implantation de la réforme.

Les besoins de financement figurent au tableau suivant.

TABLEAU 9
SOMMAIRE DES BESOINS DE FINANCEMENT
POUR LES CINQ PROCHAINES ANNÉES
(2001-2002 À 2005-2006)

Année financière	Financement Récurrent	Financement non récurrent	Total
2001-2002	8,6	8,6	17,2
2002-2003	19,9	6,0	25,9
2003-2004	31,1	6,0	37,1
2004-2005	42,4	6,0	48,4
2005-2006	53,6	6,0	59,6
TOTAL	155,6	32,6	188,2

2.10.2.2 Sources de financement

Diverses sources de financement ont été analysées mais n'ont pas été nécessairement retenues afin notamment de préserver l'accessibilité et la qualité des services préhospitaliers. Le but de cette analyse était d'identifier des sources de financement additionnelles afin de faciliter l'implantation des mesures proposées par le Comité.

Par ailleurs, étant donné que le financement du système de santé et des services sociaux fait actuellement l'objet d'une analyse par la Commission Clair, il conviendrait que cette Commission intègre les services préhospitaliers d'urgence dans ses réflexions sur le financement du réseau de la santé. En effet, il s'agit là d'un service de santé essentiel dont l'universalité et l'accessibilité sont des caractéristiques fondamentales.

En attendant les orientations de la Commission Clair il est néanmoins possible de soumettre un certain nombre de recommandations. Les sources de financement retenues dans le cadre de la révision portent principalement sur une indexation de la tarification générale du transport terrestre, la tarification des lignes téléphoniques et les frais additionnels applicables aux contraventions routières.

- *Indexation de la tarification générale du transport terrestre*

Tel que mentionné, la dernière hausse (25 \$) relative à la tarification de base remonte à 1997 où elle a été portée à 125 \$ par transport. Par ailleurs, les coûts facturés par kilomètre (1,75 \$) n'ont pas été augmentés depuis 1989.

Cette tarification est loin de représenter le coût réel. En 1998-1999, la facturation moyenne est de 157,22 \$ par transport comparativement à un coût réel moyen de 436,26 \$. Ainsi, l'État subventionne le transport ambulancier, en plus d'assumer pour le compte de certaines clientèles la totalité du coût du transport ambulancier. Il peut difficilement en être autrement car si les usagers et principalement ceux qui ont une faible capacité de payer, devaient en assumer le coût réel, leur accessibilité aux services préhospitaliers, et donc aux soins de santé, serait compromise.

C'est pourquoi, le Comité recommande :

Qu'à l'instar des autres provinces canadiennes, la tarification du transport ambulancier ne soit pas facturée au coût réel et ce, afin d'assurer l'accessibilité des services.

Le Comité est aussi d'avis :

Que la tarification actuelle du transport ambulancier soit indexée selon l'indice des prix à la consommation et ce, depuis 1997, et qu'elle soit par la suite ajustée sur une base triennale, en concordance avec les ententes de services.

Le tarif de base serait donc augmenté, en 2001, à environ 135 \$ et celui pour le kilomètre en charge à 1,90 \$. La hausse des revenus en 2001-2002 serait de l'ordre de 4,7 M\$ pour le tarif de base et 1,3 M\$ pour le kilométrage soit une augmentation globale des revenus de 6,0 M\$. La part des individus et assureurs privés se situerait à 1,5 M\$.

Par ailleurs, l'application d'une tarification en deçà du coût réel a pour effet de subventionner indirectement des tiers payeurs importants comme les assureurs privés et la CSST, la SAAQ contribuant déjà plus que sa quote-part. Le ministère de la Santé et des Services sociaux devrait donc examiner la possibilité de mettre en place un mécanisme en vertu duquel il pourrait exiger à la fin de l'année financière un rectificatif tarifaire auprès des assureurs privés et de la CSST pour tenir compte du coût réel. C'est la seule voie que le Comité a identifiée pour tarifier au coût réel sans porter préjudice aux individus qui ont une faible capacité de payer.

- *Tarification des lignes téléphoniques pour le financement des centres de communication santé*

Le CRTC a approuvé en 1993 l'implantation d'un service public d'appels d'urgence (SPAU) 9-1-1 et a aussi autorisé un tarif mensuel de 0,32 \$ qui, aujourd'hui, s'établit à 0,79 \$ par mois par ligne téléphonique. Ce montant comprend une tarification pour :

- les infrastructures de la compagnie de téléphone 0,32 \$;
- les frais de facturation et de perception (compagnie téléphonique) 0,06 \$;
- les frais de redistribution et autres services (UMQ et FMQ) 0,01 \$;
- les frais d'opération des centres SPAU 9-1-1 (municipalités) 0,40 \$.

Les détenteurs de téléphones cellulaires ne reçoivent actuellement aucune facturation pour le service SPAU 9-1-1. Les fournisseurs de services sans fil doivent cependant payer aux compagnies de téléphone une redevance mensuelle de 0,17 \$ à 0,24 \$ par numéro activé, pour l'utilisation de leur plate-forme 9-1-1.

Aussi, il est envisagé d'ajouter aux redevances remises aux municipalités le montant mensuel nécessaire pour assurer le bon fonctionnement des centres de communication santé afin de financer les coûts d'exploitation et d'immobilisations de ces centres évalués

à 26 M\$ annuellement. Il y a donc lieu de prendre les dispositions auprès des autorités compétentes afin de rehausser le tarif actuel (0,79 \$) facturé mensuellement aux abonnés de lignes téléphoniques et d'appliquer une tarification aux lignes sans fil.

Afin de permettre le financement de 26 M\$ requis pour assurer le fonctionnement des centres de communication santé, une option serait de hausser le tarif mensuel d'environ 0,48 \$ par ligne téléphonique filaire. Une seconde option serait de facturer également les lignes sans fil et dans ce cas, l'augmentation mensuelle serait de l'ordre de 0,34 \$ par ligne filaire et sans fil. À cette fin, **le Comité recommande :**

Que les centres de communication santé soient financés, avec l'accord du CRTC, par les abonnés des réseaux téléphoniques filaires et cellulaires au moyen d'une charge fixe mensuelle, qui devrait être inférieure à 0,50 \$ par ligne.

- *Coûts additionnels applicables aux contraventions routières*

Les coûts associés aux accidents de la route représentent une part importante des dépenses des services préhospitaliers d'urgence. Aussi, dans le but de conscientiser et responsabiliser davantage les conducteurs qui enfreignent le code de la route, il est envisagé de rehausser de 15 % les amendes imposées par la Sûreté du Québec et par les corps policiers municipaux à la suite d'infractions au Code de la route ou au Code criminel.

Les amendes imposées en regard du code de la sécurité routière ont, en 1998-1999, produit des revenus de 80 M\$ et concernaient près de 655 500 infractions dont 330 000 ont été émises par la Sûreté du Québec. La hausse de 15 % additionnelle de ces amendes générerait des revenus de l'ordre de 12 M\$.

Le Comité est d'avis :

Qu'une hausse de 15% soit appliquée à chaque infraction au Code de la sécurité routière ou au Code criminel en matière de sécurité routière, à compter de 2001-2002, et soit attribuée aux services préhospitaliers.

Cette hausse devra être dédiée exclusivement au financement des services préhospitaliers d'urgence.

- *Hausse de la tarification générale des transports sanitaires aériens et hélicoptés*

Depuis 1981, le tarif appliqué pour l'utilisation de l'avion ambulance est de 625 \$ par transport. En fait, il s'agit plutôt d'un tarif symbolique qui est bien en deçà du coût moyen de 8 770 \$ par transport. Par ailleurs, ce montant de 625 \$ a été établi pour défrayer notamment les soins infirmiers, le coût des médicaments, des fournitures médicales et autres frais afférents. Cette tarification ne tient pas compte des coûts d'opération et de financement de l'avion ambulance.

Face à cette situation, deux options ont été envisagées concernant la révision de la tarification par le Comité, soit :

- facturer sur la base du coût moyen par heure de vol à l'exception des frais d'amortissement des avions et des frais de financement ;
- réviser le tarif actuel en fonction des dépenses réelles encourues autres que celles pour les frais d'opération et de financement de l'avion ambulance.

Concernant la première option, la tarification pour 2000-2001 aurait été de 4 167 \$ si on considère que les prévisions de dépenses pour cet exercice sont estimées à 13,2 M\$, pour 1 800 heures de vol. Le tout représente un coût moyen de 7 300 \$, par heure de vol, dont 3 133 \$ couvre l'amortissement des avions et les frais de financement. Le solde de 4 167 \$ représente les frais à facturer selon le coût moyen par heure de vol.

Les revenus pour l'année en cours seraient d'environ 7,5 M\$ soit 7 M\$ plus élevés que ceux prévus. Toutefois, il s'agit d'un exercice comptable puisque des ajustements budgétaires pour un montant équivalent devront être accordés aux établissements pour leur permettre d'absorber ces coûts additionnels. Il n'y a donc pas d'avantage évident à imposer un tel tarif, sauf celui de faire prendre conscience aux établissements du coût réel de l'avion ambulance.

Dans le cadre de la tarification générale du transport sanitaire aérien, le Comité est d'avis qu'il faut préserver l'accessibilité aux services et qu'une augmentation de la tarification au coût réel remettrait en cause ce principe fondamental.

L'autre solution envisagée est d'ajuster annuellement le tarif de 625 \$ en fonction des dépenses encourues (soins infirmiers, médicaments, fournitures médicales, équipements médicaux et autres frais) pour le service de l'avion ambulance à l'exception des frais d'opération et de financement de l'avion ambulance et ainsi s'assurer de l'accessibilité des services en région éloignée.

À cette fin, le Comité recommande :

Que le tarif de 625 \$ appliqué à chaque transport aérien soit maintenu pour défrayer les coûts afférents aux soins infirmiers, aux médicaments, aux fournitures médicales et à l'entretien de la cabine de l'avion ambulance et autres frais inhérents et que ce tarif soit évalué annuellement pour tenir compte des dépenses réelles encourues.

2.10.2.3 Sommaire du financement

Le tableau suivant donne un résumé des sources de financement retenues.

TABLEAU 10
REVENUS GÉNÉRÉS SELON LES SOURCES DE FINANCEMENT RETENUES
(EN 2005-2006)

Sources	Montant (en millions)
Hausse de la tarification générale du transport terrestre	13,1
Tarification des lignes téléphoniques	26,0
Frais additionnels applicables aux contraventions routières	12,0
Total	51,1

En résumé, le financement additionnel recommandé générerait des revenus supplémentaires de l'ordre de 51,1 M\$ en 2005-2006 par rapport aux coûts identifiés récurrents de 53,6 M\$. Ainsi, il y aurait presque une adéquation entre les coûts additionnels récurrents et les revenus additionnels à la cinquième année du plan de mise en œuvre. Par ailleurs, si les propositions de tarification des lignes téléphoniques et de hausse de coûts applicables aux contraventions routières ne sont pas retenues, il va de soi, pour les membres du comité, que le ministère devra dégager les crédits budgétaires requis à la mise en œuvre des mesures proposées dans le plan d'action. En ce qui a trait aux coûts non récurrents de 32,6 M\$, répartis sur les cinq prochaines années, ils devront être assumés par le ministère de la Santé et des Services sociaux.

2.11 IMPACTS DES RECOMMANDATIONS SUR LE PLAN JURIDIQUE

Le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence a conduit ses travaux et initié sa réflexion afin d'en arriver à un système optimal auquel pourront adhérer tous les intervenants du système.

Cette réflexion s'est faite à partir des constats établis sur la situation actuelle et l'élaboration des recommandations a été orientée vers une vision globale d'un système qui doit être intégré.

Les travaux n'ont pas été menés pour en arriver à formuler des recommandations qui pourraient toutes s'actualiser dans le cadre juridique actuel, les membres du Comité national étant conscients, de par leur expérience, de l'absence de dispositions légales sur plusieurs aspects des points évalués lors du processus de révision et sur certaines problématiques existantes avec les dispositions actuelles.

Les recommandations du Comité national sont donc multiples. Elles touchent différents aspects du système préhospitalier d'urgence.

Elles portent notamment sur la mission d'un tel système, sur une chaîne d'interventions préhospitalières, sur la structure qui devrait encadrer le système, sur la qualité des services fournis par tous les intervenants et le contrôle de cette qualité et sur le financement du système.

Tous et chacun de ces aspects font l'objet de recommandations plus précises, notamment quant aux rôles, responsabilités ou pouvoirs qui seront dévolus à chacun des intervenants, qu'il s'agisse de la ministre de la Santé et des Services sociaux, des régies régionales, de chacun des maillons de la chaîne préhospitalière, des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou des autres intervenants.

Les recommandations concernant le rôle de la Direction des services préhospitaliers d'urgence sont très précises. Cette direction devrait assurer certaines fonctions de planification, de coordination et même de contrôle sur l'un ou l'autre des paramètres du système préhospitalier d'urgence au Québec. Quant aux titulaires de permis d'exploitation

de services d'ambulance, il est proposé que leurs rôles, responsabilités et imputabilité soient définis de façon particulière de même que certains aménagements sont suggérés au chapitre des permis.

Le Comité national recommande également diverses actions en regard des premiers intervenants, des centres 9-1-1, des centres de communication santé, des premiers répondants, des techniciens ambulanciers et des établissements receveurs. Il se prononce également sur l'organisation du transport aérien et hélicoptère au Québec.

La qualité des services et l'encadrement médical des actes posés par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers font également l'objet de propositions de la part du comité.

Il est évident que le cadre juridique actuel ne touche pas tous les aspects révisés par le Comité national. La Loi sur la protection de la santé publique définit certaines fonctions dévolues à la ministre de la Santé et des Services sociaux. Elle prévoit également certaines dispositions régissant les permis de services d'ambulance et les titulaires de tels permis, lesquelles sont complétées par celles que l'on retrouve dans le règlement d'application adopté sous l'autorité de cette loi. Pour sa part, la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris régit principalement toutes les activités de la Corporation d'urgences-santé de la région du Montréal Métropolitain de même qu'elle prévoit certaines dispositions concernant l'organisation des services préhospitaliers d'urgence dans les autres régions du Québec. Les seules dispositions concernant la possibilité de mise en place de centrales de coordination se retrouvent d'ailleurs à cet endroit.

Par ailleurs, ni l'une ni l'autre de ces deux lois ne définit clairement le rôle et les responsabilités des premiers intervenants ou des premiers répondants. Quant aux techniciens ambulanciers, il n'en est question que très succinctement dans le règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique. De même, plusieurs mécanismes de coordination, de concertation ou d'encadrement proposés sont également absents de la législation actuelle.

L'actualisation de chacune des recommandations proposées devra être examinée le temps venu, à la lumière de toutes les contraintes juridiques alors existantes. La mise en place d'un système complet, dont tous les rôles seront clairement définis et encadrés, nécessitera des modifications au corpus législatif du Québec, autant pour prévoir les rôles, responsabilités ou pouvoirs que l'on voudra octroyer à certains intervenants que pour préciser ou ajouter des responsabilités ou pouvoirs supplémentaires à d'autres acteurs du système. Il faudra donc examiner toutes et chacune des dispositions actuellement existantes, s'interroger sur l'opportunité ou non de les conserver, s'assurer, le cas échéant, qu'elles répondent toujours aux orientations ministérielles et qu'elles peuvent s'intégrer dans un système complet et repensé. Parallèlement, il y aura lieu de délimiter la nécessité et le contenu de dispositions nouvelles pour couvrir le champ actuellement inoccupé par la législation actuelle. Il s'agit là d'un processus complexe qui nécessitera des consultations précises auprès de tous les partenaires impliqués et une adhésion des intervenants du milieu. À cet effet, **le Comité recommande que le tout se traduise par des modifications législatives permettant :**

Que la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux dépose à l'Assemblée nationale un projet de loi spécifique, encadrant l'ensemble des activités du secteur préhospitalier d'urgence et intégrant toutes les modifications au cadre législatif et réglementaire nécessaires à la mise en œuvre des recommandations.

PLAN D’ACTION

**ACTIONS PRIORITAIRES ET STRATÉGIQUES EN VUE
DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ
DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC**

2000-2005

MISSION ET OBJECTIF

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec, assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services une réponse appropriée, efficiente et de qualité, ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en situation de détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus

LES PRINCIPES OPÉRATIONNELS

L'accessibilité :

Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps dans le territoire québécois habité. Pour réaliser cet objectif, ces ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité tenant compte des particularités régionales.

L'efficacité :

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permette une réduction maximale de son temps de réaction.

La qualité :

Les actions prises en réponse aux demandes de service doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles de l'art et maximiser les chances de survie des victimes.

La continuité :

Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

LA STRATÉGIE DE RÉVISION

- une réflexion et une chaîne de services centrées sur les BESOINS de la population ;
- une révision axée sur la QUALITÉ des services, modulés en fonction des besoins des individus et évalués par des critères de performance rigoureux ;
- une réforme orientée sur l'ACTION, avec des recommandations et un plan de mise en œuvre permettant l'implantation complète de la chaîne, la création de structures responsables et l'identification de sources de financement stables. Le plan d'action sous-tend aussi des mécanismes de cueillette de données cliniques et financières permettant un contrôle de la qualité de tous les maillons de la chaîne et une perception juste et fonctionnelle des coûts et du financement, ainsi qu'une reddition de comptes.

LES CONDITIONS CRITIQUES DE RÉALISATION DU PLAN

- une volonté politique et administrative de prioriser le secteur préhospitalier et d'y accorder les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires à la réalisation du plan d'action ;
- un leadership assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour diriger et implanter les changements proposés ;
- une mobilisation de tous les intervenants et leur appropriation des changements proposés ;
- un partenariat engagé et intéressé des instances multisectorielles, en les associant au plan d'action et en mettant leur expertise à contribution (ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique, des Affaires municipales, Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des télécommunications du Conseil du trésor, Service aérien gouvernemental, etc.) ;
- une reddition de comptes et l'atteinte des résultats fixés pour tous et chacun des maillons de la chaîne.

VOLET I : LA MINISTRE D'ÉTAT À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																				
	00	2001				2002				2003				2004				2005			
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
1. Engagement de la ministre en regard : (déc. 00) • de la mission, ses fondements, ses principes • des recommandations du rapport • du plan du Comité national 2000-2005																					
2. Préparation d'un projet de loi • dépôt (déc. 00 – avril 01) • adoption à l'Assemblée nationale (avril 01 – juin 01)																					
3. Crédits budgétaires requis par le plan d'action • actions 2001-2002 (janvier 01 – mars 01) • le plan quinquennal (avril 01 – décembre 05)																					
4. Création d'une Direction des services préhospitaliers d'urgence (déc. 00)																					

VOLET II : LA DIRECTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																				
	00	2001				2002				2003				2004				2005			
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
1. Rédaction du projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec (déc. 00 – mars 01).	●	●																			
2. Définition des paramètres relatifs au temps de réponse : de l'appel au centre de communication santé jusqu'à l'arrivée des premières ressources auprès de la personne en détresse (janv. 01 – juin 01).		●	●																		
3. Démarche de révision des règles et des paramètres budgétaires des entreprises ambulancières.																					
• charte de comptes (janv. 01 – mars 01)		●	●																		
• manuel de gestion financière (janv. 01 – mars 01)		●	●																		
• état des revenus et dépenses d'opération validés (avril 01 – mars 02)			●	●	●	●	●	●	●												
• entente type de service avec les associations d'entreprises ambulancières (juin. 01 – déc. 01)				●	●																
4. Mise en place et maintien d'un programme d'amélioration continue de la qualité (janv. 01 – continu).		●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
5. Établissement des indicateurs de performance et des objectifs de résultats à atteindre (janv. 01 – sept. 01).		●	●	●																	
6. Mise en place d'un système d'information de gestion (déc. 00 – déc. 01).		●	●	●	●																
7. Campagne de sensibilisation et d'information (avril 01 – avril 02).			●	●	●	●	●	●	●												
8. Plan de développement de la main-d'œuvre (déc. 00 – juin 02).	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

VOLET II : LA DIRECTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																				
	00	2001				2002				2003				2004				2005			
	Décembre	Janv. - mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
9. Approbation, supervision et évaluation de projets pilotes en soins avancés (janv. 01 – déc. 05).																					
10. Approbation, supervision et évaluation d'un projet pilote d'hélicoptère ambulance dans la région de Québec (juin 01 – juin 06).																					
11. Activités de recherche et de développement (juin 01 – déc. 05).																					

VOLET III : LES RÉGIES RÉGIONALES

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																				
	00	2001				2002				2003				2004				2005			
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
1. Mise en place d'une Direction des services préhospitaliers d'urgence (janv. 01 – sept. 01).		●	—	●																	
2. Négociation avec les entreprises ambulancières des ententes de service sur une base triennale comprenant les objectifs de résultats à atteindre et les mécanismes de reddition de comptes. (déc. 01 – avril 02).								●	—	●											
3. Production du Plan régional d'organisation de services préhospitaliers d'urgence (PROS). (avril 01 – mai 02).			●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
4. Intégration des services préhospitaliers d'urgence avec les activités du réseau sociosanitaire (janv. 01 – continu).		●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	→

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

[illegible]

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

		ÉCHÉANCIER																					
ACTIONS	RESPONSABLES	00	2001				2002				2003				2004				2005				
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	
➤ CENTRES 9 -1 -1 5. Uniformisation du traitement et des protocoles de transfert des appels du service 9-1-1 vers les centres de communication santé (janv. 01 déc. 05).	MSSS Régies mandataires Municipalités																						
6. S'assurer que les entreprises de télécommunications opérant le 9-1-1 relient les équipements et les lignes téléphoniques de tous les centres d'appels d'urgence. (juin 01 – déc. 05).	MSSS Municipalités																						
➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif) 7. Entreprendre une démarche auprès du CRTC afin d'obtenir l'autorisation de financer les centres de communication santé au moyen d'une charge additionnelle de 0,50 \$ par abonné du réseau, et ce, dans le cadre des opportunités de financement des centres de communication santé (déc. 00 – août 01).	MSSS																						
8. Désignation des régies mandataires responsables des centres de communication santé (juin 01 – déc. 02).	MSSS																						

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif) 9. Consolidation du centre de communication santé d'Urgences-santé (janv. 01 – déc. 01). - encadrement en temps réel premier et deuxième niveaux - arrimage avec les premiers répondants	MSSS Urgences-santé																					
10. Déploiement du centre de la Montérégie et de celui de la Mauricie et du Centre-du-Québec et de l'Estrie. (janv. 01 – juin 02). - création de l'OSBL et du conseil d'administration - système SMPAU (Clawson) - répartition assistée par ordinateur (RAO), plateau technologique et localisation automatique des véhicules (LAV) - radiocommunication - formation du personnel - arrimage avec les premiers répondants	MSSS Régies mandataires																					
11. Études techniques pour définir le scénario optimal pour les autres centres de communication santé à partir des trois hypothèses proposées. (janv 01 – juin 01).	MSSS																					

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

		ÉCHÉANCIER																				
ACTIONS	RESPONSABLES	00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.
➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif) 12. Déploiement des autres centres de communication santé suite aux études techniques. (juin 01 – déc. 05). • Création de l'OSBL et du conseil d'administration • Système SMPAU (Clawson) • Répartition assistée par ordinateur (RAO), plateau technologique et localisation automatique des véhicules (LAV) • radiocommunication • formation du personnel	MSSS Régies mandataires																					
13. Encadrement et soutien cliniques en temps réel dans les centres constitués. • Premier niveau : techniciens ambulanciers (sept. 01 – continu). • deuxième niveau : médecins du centre de communication santé (CCS) de Montréal et celui de Québec (mars 01 – continu).	CCS																					
14. Signature du protocole entre les services 9-1-1 et les centres de communication santé (CCS). (juin 01 – déc. 05).	Régies mandataires CCS																					

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.				
➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif) 15. Impartition au Service aérien gouvernemental (SAG) de la gestion de la centrale du transport aérien pour la réception des appels, l'affectation des ressources, la facturation et l'utilisation des transporteurs privés ou publics (déc. 00 – déc. 01).	MSSS																					
16. Liaison de communication à établir entre la centrale du Service aérien gouvernemental (SAG) et le centre de communication santé (CCS) de Québec visant à assurer l'encadrement clinique (déc. 01 – continu).	CSS (Québec) SAG																					
17. Gestion par l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du personnel médical et clinique attitré au transport aérien ainsi que de la fourniture du matériel (janv. 01 – continu).	MSSS Hôpital de l'Enfant-Jésus																					
➤ PREMIERS RÉPONDANTS 18. Négociation et signature d'un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Union des municipalités du Québec (UMQ) et la Fédération québécoise des municipalités (FQM) pour le cadre général d'implantation des premiers répondants (janv 01 – juin 01).	MSSS UMQ FQM																					

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																							
		00	2001				2002				2003				2004				2005						
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.			
19. Démarchage des régies régionales auprès des municipalités pour la mise en place des services de premiers répondants (juin 01 – juin 02). Maintien et encadrement des activités cliniques (juin 02 – continu).	Régies régionales ⁽¹⁾ Municipalités																								
20. Implantation des services de premiers répondants. (juin 01 – déc. 05).	Municipalités																								
21. Formation standardisée des premiers répondants. (juin 01 – déc. 05).	Régies régionales ⁽¹⁾																								
22. Accréditation et financement par les régies régionales des services de premiers répondants. (juin 01 – déc. 05).	Régies régionales ⁽¹⁾																								
23. Établir un lien de communication entre les premiers répondants et les centres de communication santé (CCS) pour l'affectation des ressources et l'encadrement clinique en temps réel. (juin 01 – déc. 05).	Régies régionales ⁽¹⁾ CCS																								

⁽¹⁾ Inclus Urgences-santé

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. - mars	Avril-juin	Juill-sept.	Oct.-déc.	Janv. - mars	Avril-juin	Juill-sept.	Oct.-déc.	Janv. - mars	Avril-juin	Juill-sept.	Oct.-déc.	Janv. - mars	Avril-juin	Juill-sept.	Oct.-déc.	Janv. - mars	Avril-juin	Juill-sept.	Oct.-déc.
➤ SERVICES AMBULANCIERS – Entreprises ambulancières 24. Production d'une charte de comptes par centre d'activités (déc. 00 – mars 01).	MSSS Associations d'entreprises ambulancières Urgences-santé																					
25. Production d'un état des revenus et dépenses d'opération validé par un expert comptable externe. (avril 01 – juin 01).	Entreprises ambulancières Urgences-santé																					
26. Choix de la formule la plus avantageuse pour le financement des véhicules ambulanciers. (sept. 01 – janv. 02).	MSSS Urgences-santé Associations d'entreprises ambulancières																					
27. Signature des ententes de services avec les régies régionales et les entreprises ambulancières. (déc. 01 – mars 02).	Régies régionales Entreprises ambulancières																					
28. Modification de la composition du conseil d'administration d'Urgences-santé (juin 01 – sept. 01).	MSSS																					

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.
➤ SERVICES AMBULANCIERS – Techniciens ambulanciers																						
29. Accroissement pour les deux prochaines années du nombre d'inscriptions dans les cégeps à plus de 240 par année et révision du nombre d'inscriptions pour les années subséquentes en référence au plan de développement de la main-d'œuvre. (sept. 01 – juin 03).	CÉGEPS MSSS					●																●
30. Rehaussement sur cinq ans de la formation de base des techniciens ambulanciers à un niveau équivalent à celui d'attestation d'études collégiales. (sept 01 – déc. 05).	MSSS Régies régionales					●																●
31. Démarche entre le ministère de la Santé et des Services sociaux et le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) pour réviser la formation des nouvelles cohortes de techniciens ambulanciers au niveau d'un diplôme d'études collégiales. (janv. 01 – juin 02).	MSSS CÉGEPS MEQ	●																				●
32. Démarche de conversion des horaires de faction en horaires de 40 heures, et ce, sur une base de 24 heures ou de quarts de travail (juin 01 – déc. 05).	MSSS Régies régionales					●																●

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
➤ SERVICES AMBULANCIERS – Techniciens ambulanciers																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
33. Élaboration par les cégeps concernés d'un examen national (sept. 01 – sept. 02).	MSSS – CÉGEPS					●																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																</

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
➤ ÉTABLISSEMENTS RECEVEURS																						
37. Protocoles à définir pour établir les échanges d'information entre les techniciens ambulanciers et les salles d'urgence (sept. 01 – déc. 01). Implantation et maintien (déc. 01 – continu).	MSSS Régies régionales Établissements du réseau					●●																
38. Modules de formation conjointe avec le personnel ambulancier et celui des salles d'urgence. (déc. 01 – continu).	MSSS Établissements receveurs Régies régionales																					
39. Stages en salle d'urgence pour les techniciens ambulanciers en cours d'emploi (janv. 02 – continu). • interventions communes • analyses et révision de cas	Régies régionales Établissements receveurs																					
40. Stages cliniques en centres hospitaliers lors de leur formation collégiale (janv. 02 – continu).	Régies régionales Centres hospitaliers																					
41. Réseautage et corridors de service à établir par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les soins spécialisés ou ultraspécialisés. (janv. 01 – déc. 05).	MSSS Régies régionales																					

CONCLUSION

Jusqu'à tout récemment, le Québec n'a pas été en mesure de se donner les moyens pour se doter d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence. Un travail considérable avait été fait toutefois par l'équipe du docteur Pierre Fréchette, afin de proposer un plan intégré de services préhospitaliers d'urgence et d'améliorer les services à la population. La concrétisation de ce plan nécessitait la collaboration de plusieurs organisations et intervenants impliqués et intégrés au processus dans l'ensemble des régions du Québec. D'ailleurs, le rapport soulignait l'importance de la collaboration et de la concertation à titre d'éléments essentiels à la réalisation des objectifs fondamentaux de la démarche. Nonobstant des initiatives louables, le plan proposé dans le rapport *Chaque minute compte !* est demeuré à son premier stade de développement pour toutes les raisons invoquées dans le rapport. Les assises sont toutefois bien présentes et maintenant, le système doit s'implanter.

Le rapport représente pour les membres du comité l'amorce d'un processus qui se veut durable et qui vise à fournir les orientations et les moyens nécessaires pour assurer l'implantation d'un véritable système intégré de services préhospitaliers d'urgence québécois contribuant à la quête constante de l'amélioration des services à la population. Ses recommandations et ses actions s'inscrivent dans un changement de paradigme axé davantage sur les besoins de la population, la qualité des services, une imputabilité accrue des instances et des intervenants, ainsi que l'atteinte de résultats.

Le virage à entreprendre est donc important et nécessaire. En cela, les mesures proposées sous-tendent des modifications majeures sur les plans systémique et financier. D'une part, la transformation de l'architecture du système implique un encadrement juridique renouvelé, une structure organisationnelle clairement définie et des systèmes d'information appropriés. Le dernier élément est d'autant plus important qu'il constituera une limite à noter dans la démarche d'obtention de données fiables aux fins d'analyse.

D'autre part, des besoins d'investissements additionnels notamment pour la formation des intervenants et la mise en place de centres de communication santé sur l'ensemble du territoire québécois sont à prévoir pour l'implantation des recommandations.

Compte tenu de l'envergure du travail à accomplir dans ce secteur, les investissements devront être étalés progressivement selon la détermination des étapes d'implantation.

La qualité des services doit devenir une préoccupation constante ; de la découverte d'une personne en situation de détresse, au traitement de la demande et à l'affectation d'une réponse appropriée jusqu'à la prise en charge de l'usager par l'établissement receveur. La qualité doit aussi être au centre des activités cliniques et de gestion tant au niveau national que régional ou local.

Après plus d'un an d'analyses, de discussions et d'échanges à propos des services préhospitaliers d'urgence, les membres du comité connaissent bien les faiblesses de ce secteur et sont convaincus, plus que jamais, de la nécessité de renouveler ses composantes et d'actualiser, le plus rapidement possible, les recommandations proposées. Le réseau de la santé et des services sociaux a assumé, au fil des ans, une réforme et une transformation nécessaires et il y aurait lieu de centrer rapidement des efforts sur le préhospitalier d'urgence qui, malgré sa jeunesse relative, en a bien besoin.

Maintenant, différentes options s'offrent à la société québécoise. La première option est celle du **statu quo** qui constitue certainement, selon les membres du comité, la pire des options, car elle conduit inéluctablement à un cul-de-sac et à une détérioration progressive des services à la population. La seconde option est celle « **des ajustements à la marge** » qui surviennent de manière conjoncturelle et à la pièce, la plupart du temps, à la suite de rapports de force dont personne ne sort gagnant. Cette option équivaut au statu quo à peine bonifié, où la survie des entreprises est souvent plus importante que celle des usagers. En termes concrets, c'est un scénario de « rapiéçage » qui se caractérise par des interventions de courte portée.

Finalement, la troisième option est **l'implantation d'un système intégré**. Celle-ci représente l'option privilégiée par l'ensemble des membres du comité et s'appuie sur une vision d'ensemble, et surtout sur un plan d'action mettant en place, de façon progressive, une série de mesures structurantes et favorables à la prestation efficiente et efficace de services à la population du Québec.

Bien entendu, la troisième option est celle d'un scénario gagnant pour la population et pour ceux qui œuvrent dans ce secteur. Cependant, ce scénario ne pourra se réaliser sans la mise en place de plusieurs conditions telles qu'une **volonté politique et administrative** clairement affirmée et un leadership fort du ministère de la Santé et des Services sociaux, **une mobilisation de l'ensemble des intervenants** du secteur préhospitalier et leur appropriation des changements orientés vers l'amélioration des services à la population, et une capacité à développer avec les milieux externes au secteur de la santé, soit le multisectoriel, **un partenariat engagé et intéressé** de ces divers intervenants pour qu'ils s'associent au plan d'action et apportent leur contribution et leur expertise, et ce, dans le respect des rôles et des responsabilités préalablement déterminés. Cette dernière condition est importante pour atteindre les objectifs de qualité et de performance fixés. Nous pensons ici au ministère de l'Éducation, au ministère de la Sécurité publique, à celui des Affaires municipales, aux organismes responsables de la formation professionnelle et des télécommunications, etc.

En résumé, trois mots-clés circonscrivent assez bien la démarche de révision effectuée par le Comité :

Concertation :	La mise en place d'une chaîne d'intervention préhospitalière exige que la compétence des uns et des autres soit respectée et que l'on puisse intervenir de façon concertée.
Intégration :	Les différents maillons doivent être bien arrimés les uns aux autres et respecter les mêmes objectifs.
Partenariat :	Tous les partenaires doivent se respecter mutuellement et bâtir une relation de confiance.

Redresser le système préhospitalier d'urgence est un grand défi, dont le succès permettrait de consolider les structures du secteur, de renforcer les rôles et les responsabilités de l'ensemble des ressources et, ultimement, d'améliorer la prestation des services à la population du Québec.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

RAPPORTS ET DOCUMENTS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. *Principles of EMS Systems : a Comprehensive Text for Physicians*, Texas, 1989.

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC. *14^e Congrès Scientifique Annuel, Actes de la 7^e réunion provinciale en soins préhospitaliers d'urgence*, Québec, 1997.

ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC. *Actes du 15^e Congrès Scientifique Annuel. 8^e réunion provinciale en soins préhospitaliers d'urgence*, Montréal, 1998.

CHARTRAND, M. *Aspects juridiques et l'implantation d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence dans les régions du Québec : la planification ministérielle en regard de la législation actuelle et du document de travail sur le projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, Essai soumis à la Faculté de droit en vue de l'obtention du grade de " Maîtrise en Droit ", Université de Sherbrooke, 1995.

CHOUINARD, J., et P. GAGNÉ. *Projet de Rapport de vérification portant sur la gestion du transport ambulancier*, Québec, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

COLLÈGE DES MÉDECINS. *Complémentarité des services d'urgence : prise en charge des patients*, Guide d'exercice, 1998.

COMMISSION DE L'ADMINISTRATION PUBLIQUE. *Quatrième rapport semestriel sur l'imputabilité des sous-ministres et des dirigeants d'organismes publics. Rapport comprenant les conclusions et les recommandations à la suite de l'audition des sous-ministres et des dirigeants publics sur leur gestion administrative*, Commission de l'administration publique, 1997.

LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN. *Rapport annuel*, Montréal, Corporation d'urgences-santé, 1997-1998.

LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ DE LA RÉGION DE MONTRÉAL MÉTROPOLITAIN. *Rapport annuel*, Montréal, Corporation d'urgences-santé, 1998-1999.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Commission d'Enquête sur la Santé et le Bien-être social, (Castonguay-Nepveu)*, Rapport, Québec, Éditeur Officiel, 1970.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La Politique de la Santé et du Bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Chaque minute compte !* Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *États financiers des services préhospitaliers d'urgence, 1993-1994 à 1998-1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les mécanismes de contrôle du transport ambulancier*, Projet de rapport de vérification, sommaire exécutif, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1993.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Rapport financier annuel AS-471 des établissements du réseau, 1993-1994 et 1998-1999*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politiques administratives sur le transport ambulancier*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Projet : Urgence 2000. De paratonnerre à plaque tournante*, Document de réflexion déposé au Groupe de travail sur l'analyse de la situation dans les urgences, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1999.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Appréciation de la qualité*, Guide de soutien à l'organisation, version préliminaire, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Centrale de coordination des appels urgents*, Guide de soutien à l'organisation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Services de premiers répondants*, Guide de soutien à l'organisation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Services ambulanciers*, Guide de soutien à l'organisation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1996.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Radiocommunications*, Guide de soutien à l'organisation, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1994.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Services préhospitaliers d'urgence, Normes physiques et médicales d'admission pour les techniciens ambulanciers du Québec*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. *A Leadership Guide to Quality Improvement for Emergency Medical Services Systems*, National Highway and Traffic Safety, 1997.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. *Emergency Medical Services : Agenda for the Future*, National Highway and Traffic Safety, 1996.

NATIONAL HIGHWAY TRAFFIC SAFETY ADMINISTRATION. *Emergency Medical Services : Agenda for the Future, Implementation Guide*, National Highway and Traffic Safety, 1996.

RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC. *Plan régional d'organisation de services (PROS) préhospitalier d'urgence. S'associer pour sauver des vies, 1995-2001*, Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, 1995.

SECOR. *Le transport ambulancier au Québec : État de la situation et options*, Secor, 1987.

SOCIÉTÉ DE L'ASSURANCE AUTOMOBILE DU QUÉBEC. *Infractions au Code de la sécurité routière, 1997-1998 et 1998-1999*, Québec, Services des études et stratégies en sécurité routière, Société de l'assurance automobile du Québec, 1999.

TREMBLAY, G., *Rapport sur la tarification du transport par ambulance*, Commission des transports du Québec, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1987.

UNION DES MUNICIPALITÉS DU QUÉBEC. *La tarification des frais municipaux liés au service public d'appels d'urgence 9-1-1 (SPAU 9-1-1)*, document d'information, 1995.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC. *Services préhospitaliers d'urgence au Québec, Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 1997-1998*, Tome II, chapitre 3, 1999.

ARTICLES SCIENTIFIQUES

CALLAHAM, M. « Quantifying the Scanty Science of Prehospital Emergency Care », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 30, no. 6, décembre 1997, p. 785-790.

CONE, D. « EMS and Outcomes Research : The Time Has Come », *Academic Emergency Medicine*, vol. 7, no. 2, février 2000, p. 188-190.

CUMMINS, RO., DA., CHAMBERLAIN, « Recommended Guidelines for Uniform Reporting of Data from out-of-hospital Cardiac Arrest : The Utstein Style », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 20, no. 3, août 1991, p. 861-874.

De MAIO, VJ., I. STIELL, GA. WELLS, DW. SPAITE. « Cardiac arrest witnessed by emergency medical services personnel : descriptive epidemiology, prodromal symptoms, and predictors of survival ». OPALS study. *Annals of Emergency Medicine*, vol 35, no. 2, février 2000, p. 138-146.

ECKSTEIN, M., L. CHAN, A. SCHNEIR, R. PALMER. « Effect of Prehospital Advances Life Support on Outcomes of Major Trauma Patients », *The Journal of Trauma : Injury, Infection and Critical Care*, vol 48, no 4, avril 2000, p. 643-648.

GAUSCHE, M., R. LEWIS, *et al.* « Effect of Out-of Hospital Pediatric Endotracheal Intubation on Survival and Neurological Outcome », *JAMA*, vol. 283, no. 6, février 2000, p. 783-797.

NICHOL, G., IG. STIELL, A. LAUPACIS, B. PHAM, VJ. De MAIO, GA. WELLS. « A Cumulative Meta-Analysis of the Effectiveness of Defibrillator-Capable Emergency Medical Services for Victims of Out-of-Hospital Cardiac Arrest », *Annals of Emergency Medicine*, octobre 1999, vol. 34, no. 4, p. 517-525.

PACE, S., F. FULLER, T. DALGREN. « Paramedic Decisions with Placement of Out-of-Hospital Intravenous Lines », *American Journal of Emergency Medicine*, vol. 17, no. 6, octobre 1999, p.544-547.

ROCCA, B., E. CROSBY, J. MALONEY. « An Assessment of Paramedic Performance During Invasive Airway Management », *Prehospital Emergency Care*, no. 4, 2000. p. 164-167.

ROGERS, FB., SR. SHACKFORD, TM. OSLER, DW. VANE, JH. DAVIS. « Rural Trauma : The Challenge for the Next Decade », *The Journal of Trauma : Injury, Infection and Critical Care*, vol. 47, no. 4, 1999, p. 802-821.

SAYRE M., J. SACKLES. « Field Trial of Endotracheal Intubation by Basic EMTs », *Annals of Emergency Medicine*, , vol. 31, no. 2, février 1998, p. 228-233.

STIELL, I., GA. WELLS, *et al.* « Modifiable Factors Associated With Improved Cardiac Arrest Survival in a Multicenter Basic Life Support / Defibrillation System : OPALS Study Phase I Results », *Annals of Emergency Medicine*, vol. 31, no. 1, janvier 1999, p. 44-50.

SWOR, RA. « Funding Strategies for Emergency Medical Services », *EMS Medical Directors' Handbook*, pp. 31-37.

WINCHELL, RJ., DB. HOYT. « Endotracheal Intubation in the Field Improves Survival in Patients with Severe Head Injury », *Archives of Surgery*, vol. 132, 1987, p. 592-597.

LOIS, RÈGLEMENTS, DÉCRETS

Loi médicale, L.R.Q., c. M-9

Loi sur la protection de la santé publique, L.R.Q., c. P-35.

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., 1991, c. S-4.2.

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris, L.R.Q., c. S-5.

Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives, P.L. 34, (1988, ch.47).

Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique

Décret 3179-79 concernant l'exercice de certaines fonctions par les Conseils régionaux de la Santé et des Services sociaux, 1979.

Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximum d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux de transport par ambulance, 1984.

Ordonnance CRTC 2000-630, Modification des tarifs applicables au service 9-1-1 à la grandeur de la province, juillet 2000.

SITES INTERNET

www.mtg.gouv.ac.ca

www.csst.qc.ca

www.saaq.gouv.qc.ca

www.ophq.gouv.qc.ca

www.msos.gouv.qc.ca

www.ramq.gouv.qc.ca

ANNEXES

ANNEXE 1**SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS DU VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC**

Le 10 mars 1999, le Vérificateur général du Québec déposa à l'Assemblée nationale son rapport sur les services préhospitaliers d'urgence afin d'examiner si la gestion du ministère, des régies régionales et d'Urgences-santé contribuait à l'utilisation optimale des ressources destinées à ce secteur. Il n'aborda pas cependant les services sanitaires aériens ni la pertinence du transport des bénéficiaires d'un établissement à l'autre. Les recommandations résultant de la démarche de vérification de l'optimisation des ressources faisaient état de nombreuses lacunes dans ce secteur et renforçaient encore une fois la nécessité de réviser le système préhospitalier d'urgence au Québec.

Dans son analyse du secteur, le Vérificateur général a repris les rôles et les responsabilités des différentes instances en matière de gestion préhospitalière en mettant en lumière, de façon assez éloquente, un certain nombre de problèmes d'ordre organisationnel bien présents dans le réseau. Parmi les lacunes énoncées, l'absence d'une loi propre au secteur préhospitalier a été mise au premier plan comme mesure pouvant établir une fois pour toutes les rôles et les responsabilités de chacun.

Le Vérificateur a aussi fait une analyse systématique de chaque maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière. Les résultats qui en découlent illustrent clairement les problèmes d'intégration des maillons, ainsi que les disparités régionales relatives à l'implantation de ces maillons.

En résumé, les difficultés révélées par la vérification font état notamment de problèmes tant sur le plan organisationnel (rôles et responsabilités des instances, structures en place, etc.) que sur le plan clinique (encadrement et formation du personnel préhospitalier, mesures de contrôle de la qualité des services, indicateurs de performance, etc.), financier (méthode d'allocation budgétaire, coûts globaux du système, etc.) et juridique (absence d'assises juridiques solides).

Voici les recommandations telles que présentées par le Vérificateur général du Québec au ministère de la Santé et des Services sociaux, aux régies régionales de la santé et des services sociaux, ainsi qu'à Urgences-santé.

1. Les orientations

Recommandation au ministère :

- *nous avons recommandé au ministère de veiller à ce que ses orientations relatives aux services préhospitaliers d'urgence se concrétisent.*

2. Formation de la population en premiers soins et en réanimation

Recommandations au ministère :

- *de cibler la population à qui offrir une formation en soins d'urgence et en réanimation ;*
- *de s'assurer que cette population reçoit la formation en soins d'urgence et en réanimation.*

3. Système 9-1-1

Recommandation au ministère :

- *de fixer des normes de performance et des standards de qualité afin que les centres 9-1-1 répondent aux besoins de la population en matière de services préhospitaliers d'urgence.*

Recommandations aux régies régionales :

- *de s'assurer que le système 9-1-1 dessert toute la population ;*

- *de signer des ententes tripartites avec le centre 9-1-1, l'entreprise ambulancière ou la centrale de coordination, afin que leurs actions coïncident parfaitement ;*
- *d'exiger une reddition de comptes des centres 9-1-1 et de s'assurer de la qualité du service rendu.*

4. Coordination des appels : implantation des centrales de coordination, réponse et soutien téléphoniques, affectation du véhicule le plus près et réponse à un appel

Recommandations au ministère :

- *de définir les caractéristiques souhaitables des centrales de coordination, notamment leur nombre en fonction de la population à desservir ;*
- *d'établir un échéancier d'implantation ;*
- *de veiller à ce que ses orientations et les dispositions législatives coïncident ;*
- *de préciser clairement le type de ressources qu'il veut consentir pour répondre à un appel.*

Recommandations aux régies régionales :

- *que tous les appels de détresse reçoivent une réponse téléphonique qui respecte les normes de qualité établies par le ministère ;*
- *que, s'il y a urgence vitale, le véhicule susceptible d'arriver en premier sur les lieux d'un incident est affecté dans tous les cas.*

5. Premiers répondants

Recommandations au ministère :

- *d'établir clairement les rôles, les responsabilités et les obligations légales de chacun des intervenants en ce qui a trait aux services de premiers répondants ;*

- *de fixer des objectifs précis et mesurables pour l'implantation de ces services, notamment un échéancier réaliste.*

Recommandation aux régies régionales et à Urgences-santé :

- *d'établir un plan d'action pour favoriser l'implantation de services de premiers répondants et de s'assurer de sa mise en œuvre.*

6. Utilisation des services ambulanciers : transports urgents, nécessité des transports par ambulance, transports interétablissements

Recommandations au ministère :

- *de préciser la notion d'urgence d'une demande de services ambulanciers ;*
- *de s'assurer que les appels pour des services préhospitaliers d'urgence sont évalués uniformément ;*
- *de s'assurer que les ressources offertes sont justifiées et adaptées aux besoins du demandeur, qu'il s'agisse d'un individu ou d'un établissement.*

Recommandations aux régies régionales et à Urgences-santé :

- *d'inciter les établissements à planifier les transports interétablissements non-urgents ;*
- *de s'assurer de la coordination des transports interétablissements afin de réduire les ambulances à vide et d'éviter qu'une zone soit laissée à découvert.*

7. Allocation des ressources : budget des services préhospitaliers d'urgence, véhicules et quarts de travail

Recommandations au ministère :

- *de revoir l'allocation de ses budgets pour les services préhospitaliers d'urgence de façon à établir l'équité entre tous les territoires du Québec ;*

- *de donner aux régies régionales les outils qu'il leur faut pour qu'elles puissent allouer leurs ressources en fonction des besoins de la population ;*
- *d'évaluer, avec les régies régionales, la charge de travail des techniciens ambulanciers afin d'adopter les types de quart de travail les mieux appropriés.*

Recommandation aux régies régionales :

- *de réévaluer périodiquement l'allocation des véhicules afin de mieux répondre aux besoins de la population selon les territoires.*

Recommandation à Urgences-santé :

- *de poursuivre ses efforts de réduction de sa flotte de véhicules ambulanciers.*

8. Financement du transport ambulancier

Recommandation au ministère :

- *de revoir le mode de financement des services préhospitaliers d'urgence et d'y intégrer des normes de qualité ou de les préciser, le cas échéant, pour s'assurer de payer un juste prix.*

Recommandation aux régies régionales :

- *de veiller à ce que les sommes qu'elles consentent aux entreprises ambulancières soient utilisées au mieux.*

9. Encadrement médical : responsabilité médicale, formation des techniciens ambulanciers et des premiers répondants, encadrement des techniciens ambulanciers et des premiers répondants, soutien médical aux techniciens ambulanciers

Recommandations au ministère :

- *de définir les pouvoirs et les responsabilités du coordonnateur médical en ce qui a trait aux actes posés par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers ;*
- *de déterminer un échéancier pour rendre obligatoires les cours de formation essentiels au maintien du droit de pratique des techniciens ambulanciers ;*
- *de déterminer à quelle fréquence les aptitudes professionnelles doivent être certifiées de nouveau, tant en ce qui concerne les premiers répondants que les techniciens ambulanciers ;*
- *de définir le soutien médical qu'il désire offrir aux techniciens ambulanciers.*

Recommandations aux régies régionales et à Urgences-santé :

- *de s'assurer que les exigences ministérielles en matière de certification sont respectées ;*
- *d'uniformiser les critères de classification des dérogations pour l'ensemble du Québec ;*
- *de partager l'information au sujet des suspensions et des dérogations majeures concernant les techniciens ambulanciers à leur emploi ;*
- *de s'assurer du respect des protocoles d'intervention clinique utilisés par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers et d'en rendre compte.*

Recommandations à Urgences-santé :

- *de s'assurer que les techniciens ambulanciers utilisent le soutien médical lorsque besoin en est ;*
- *de connaître et d'évaluer l'emploi du temps de ses médecins.*

10. Évaluation de la performance des services préhospitaliers : temps-réponse, taux de survie, évaluation et reddition de comptes

Recommandations au ministère :

- *de préciser les objectifs attendus des services préhospitaliers d'urgence en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité et de fixer les délais d'arrivée sur les lieux d'un incident en fonction de la nature des cas ;*
- *d'exiger l'information nécessaire à l'évaluation de la performance globale des services préhospitaliers d'urgence et de procéder à cette évaluation.*

Recommandations aux régies régionales et à Urgences-santé :

- *de vérifier et de saisir les rapports d'intervention des techniciens ambulanciers, le cas échéant ;*
- *de conclure des ententes avec tous les partenaires concernés pour recueillir les informations qui permettraient de suivre l'évolution des patients ;*
- *de mesurer de façon uniforme le taux de survie aux arrêts cardiaques et aux traumatismes ;*
- *de rendre compte de la performance des services préhospitaliers de leur région.*

ANNEXE 2

MANDATS DES GROUPES DE TRAVAIL

La dimension clinique

La dimension clinique en phase préhospitalière est cruciale et critique. Les demandes de soins sont multiples et variées et ne requièrent pas obligatoirement le même niveau d'intervention et de compétence. La mise en place d'un système de services préhospitaliers d'urgence plus performant doit être soutenue par une définition claire des éléments composant un réseau de services préhospitaliers d'urgence de qualité comportant une chaîne d'intervention efficace à l'intérieur d'un cadre intégré.

De façon plus concrète, le mandat du groupe clinique consistait à réviser les aspects suivants :

- Les besoins de la clientèle :
 - profil de la clientèle utilisatrice des services préhospitaliers ;
 - détermination des besoins de la clientèle.
- La notion d'urgence :
 - définition de la notion d'urgence et de non-urgence dans le cadre du transport primaire et secondaire.
- L'appréciation de la qualité des services :
 - qualité et évaluation des données préhospitalières (déclaration des services ambulanciers et système d'information) ;
 - indicateurs de performance ;
 - mécanismes d'évaluation de la performance et reddition de comptes ;
 - gestion et traitement des plaintes.

- L'encadrement médical :
 - responsabilités médicales et « *délégation des actes médicaux* » ;
 - processus de certification et de recertification des premiers répondants et des techniciens ambulanciers ;
 - détermination de la formation de base et de la formation complémentaire pour les premiers intervenants, les premiers répondants et les techniciens ambulanciers ;
 - modalités d'application des protocoles cliniques et des médicaments actuels.
- La formation :
 - détermination des normes de pratique : rôles des premiers intervenants (normes de pratique), premiers répondants et techniciens ambulanciers (incluant la notion de *paramédics*) ;
 - certification et aptitudes professionnelles (processus et fréquence) ;
 - actes médicaux délégués ;
 - standardisation de la formation des intervenants de la chaîne préhospitalière et des équipements utilisés.
- L'intégration au réseau des soins d'urgence des centres hospitaliers de courte durée :
 - identification des différentes interfaces opérationnelles entre les services préhospitaliers et hospitaliers ;
 - modalités possibles d'instauration de mécanismes de concertation en regard des problèmes relevés ;
 - intégration de l'élément du préhospitalier aux normes de fonctionnement des salles d'urgence ;
 - rôle potentiel des intervenants concernés en regard des responsabilités.

Les travaux du groupe clinique ont également abordé l'énoncé de mission soutenant la réalité d'un système préhospitalier d'urgence, de son environnement et de son évaluation, sur l'élaboration d'une réponse modulée en regard de l'évaluation des besoins de la

clientèle, sur les effectifs de la chaîne d'intervention et le profil de compétence des intervenants.

L'analyse des aspects cliniques du système préhospitalier d'urgence a été faite en se référant à des principes visant :

- la réponse modulée en fonction des besoins ;
- la responsabilisation des intervenants ;
- l'instauration de la qualité comme dénominateur commun à l'ensemble des éléments du système ;
- la multidisciplinarité et la performance.

La dimension organisationnelle

La dimension organisationnelle renvoie prioritairement aux structures en place dans le système, à leurs rôles et à leurs responsabilités et au fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence à tous les niveaux. La phase organisationnelle concerne donc tant les transports sanitaires terrestres que les transports sanitaires aériens et hélicoportés.

Le mandat spécifique du groupe organisationnel s'inscrivait dans la révision des aspects suivants :

- la planification, la gestion et la coordination des services : rôle et responsabilités du national, du régional et du local ;
- le transport sanitaire terrestre :
 - la chaîne d'intervention : rôle, pertinence et fonctionnement des maillons de la chaîne ;
 - les premiers intervenants,
 - le centre de réponse primaire 9-1-1,
 - les centrales de coordination,
 - les secouristes désignés,
 - les premiers répondants,
 - les techniciens ambulanciers,
 - les centres de réception ;
 - la configuration territoriale en matière de services ambulanciers ;
- le transport sanitaire aérien et hélicoporté : planification, gestion et coordination des services ;
- les situations particulières : événements spéciaux et mesures d'urgences.

En matière d'organisation de services, les travaux ont porté sur des aspects faisant appel tant aux structures à mettre en place dans le système, leurs rôles et responsabilités, qu'à

l'utilisation des services préhospitaliers d'urgence, notamment celui du rôle des centrales de coordination des appels urgents, ainsi que la configuration territoriale déterminée en matière de services ambulanciers. Le rôle, la pertinence et le fonctionnement de la chaîne d'intervention préhospitalière ont aussi fait l'objet d'une révision exhaustive avec la préoccupation d'assurer une coordination optimale et intégrée de chaque maillon de la chaîne. Parallèlement aux travaux portant sur le transport sanitaire terrestre, le groupe organisationnel s'est également penché sur la place du transport sanitaire aérien et hélicoptère au Québec, son rôle dans l'organisation des services, ainsi que les critères de qualité s'y rattachant. D'autres aspects ont aussi fait l'objet d'analyses par ce groupe, notamment certaines situations particulières ou événements spéciaux qui concernent le secteur préhospitalier d'urgence avec lesquels les arrimages sont nécessaires pour assurer l'efficacité des services.

À partir du partage des différentes expertises et de la réalité sur le terrain, l'analyse des aspects organisationnels du système préhospitalier d'urgence doit favoriser l'atteinte des résultats suivants :

- l'utilisation optimale des ressources de la chaîne d'intervention ;
- l'intégration au réseau et l'accès au public ;
- la clarification des rôles et des responsabilités de l'ensemble des structures et des intervenants du réseau ;
- l'instauration de la qualité de service et des indicateurs de performance comme dénominateur commun à l'ensemble des éléments ;
- l'intégration de l'imputabilité à tous les niveaux.

La dimension financière

Le mandat du groupe financier consistait à revoir les éléments suivants :

- les coûts liés au système :
 - analyse des coûts du système préhospitalier d'urgence : composantes et ventilation (incluant les centrales de coordination),
 - mode d'allocation budgétaire ;
- les modes de financement :
 - responsabilités financières,
 - sources de financement et partenaires,
 - tarification,
 - équité interrégionale des budgets ;
- le processus d'affaire :
 - analyse des contrats à budget (obligations, modalités de financement et indicateurs de performance) ;
 - financement des quarts de travail (charge réelle de travail) des techniciens ambulanciers ;
 - évaluation des coûts de la flotte de véhicules ambulanciers par zone et par région ;
 - mécanismes de financement pour le renouvellement des véhicules ambulanciers.

La révision des mesures financières liées au système préhospitalier d'urgence passe prioritairement par une analyse macroéconomique de la structure des coûts des services préhospitaliers d'urgence et d'une ventilation de ses principales composantes. Cette analyse doit être fondée essentiellement sur l'examen des contrats à budget avec les entreprises ambulancières dans lesquels on retrouve notamment le budget détaillé d'exploitation des services, composé des montants relatifs aux coûts d'opération

(véhicules, équipements, etc.), à la réponse téléphonique, aux frais de gestion et au profit de l'entreprise.

L'analyse entre les coûts réels du système et le financement de ce dernier est importante dans la compréhension des écarts entre le budget et les coûts de service, incluant les immobilisations et les composantes des salaires, les frais d'opération, de formation, de communication et autres éléments particuliers.

Les travaux effectués sur la dimension financière renvoyaient principalement aux mécanismes de budgétisation et de financement qui, au moment de la révision, reposaient essentiellement sur des bases historiques et des considérations *ad hoc*. Les travaux de ce groupe contribuèrent à déterminer les impacts financiers et à mesurer la portée budgétaire d'un système préhospitalier renouvelé. Ce groupe a aussi travaillé longuement à l'élaboration d'une base de données comportant des informations financières regroupées par centres d'activités (formation, administration générale, services préhospitaliers d'urgence - techniciens ambulanciers -, centrales de coordination, service sanitaire aérien et hélicoptère, etc.), par zones desservies selon la nature des dépenses (traitements et salaires, communications, frais de matériel roulant, etc.). Cette base a été essentielle à l'établissement des différents scénarios financiers en relation avec les propositions de changement émises par les autres groupes.

Les scénarios financiers modulés par le système proposé doivent favoriser l'atteinte des résultats suivants :

- un service de qualité au meilleur coût possible ;
- une responsabilisation du financement par l'État, les partenaires et les utilisateurs ;
- une équité interrégionale.

Équipe de soutien juridique

Finalement, une attention particulière a aussi été accordée aux aspects juridiques en relation avec la démarche de révision. Le manque de cohérence entre les lois actuelles régissant les services préhospitaliers d'urgence et l'application de celles-ci sur le terrain a renforcé le besoin d'assurer une meilleure planification à ce niveau. Malgré l'importance d'une révision des articles de lois dans ce secteur, le mandat du Comité national ne comportait pas l'élaboration et la rédaction d'un projet de loi encadrant le système préhospitalier d'urgence. Toutefois, l'équipe juridique a eu comme mandat principal d'établir la liste des problématiques rencontrées dans le niveau du fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence par les intervenants du milieu, ainsi que les organisations œuvrant dans ce secteur. Au-delà de cet objectif, les travaux juridiques ont aussi permis de soutenir les autres groupes de travail dans les arrimages à faire entre les recommandations émises et le cadre juridique nécessaire pour assurer la réalisation de celles-ci.

ANNEXE 3**DÉFINITION DES CLIENTÈLES CIBLES POUR LE TRANSPORT SANITAIRE AÉRIEN**

Typologie des clientèles visées par le transport sanitaire aérien

A) Les clientèles instables qui sont visées par le transport sanitaire aérien urgent (urgences majeures) sont toutes des clientèles sur civière voyageant sur des distances justifiant le recours à ce moyen de transport et comprennent :

1. Les victimes de traumatismes sévères :

- polytraumatisés (blessures graves impliquant deux systèmes ou plus) ;
- polyfacturés (fractures de plusieurs membres et du bassin) ;
- traumatisés cranio-cérébraux avec coma ;
- traumatisés de la colonne vertébrale ;
- traumatisés physiologiquement instables ;
- grands brûlés (> 30 % de la surface corporelle, deuxième degré ou plus ou brûlures respiratoires).

2. Les malades cardiaques instables :

- choc cardiogénique ;
- angine instable ;
- dysrythmies majeures ;
- cardiopathies cyanogènes.

3. Les bébés prématurés ou malformés instables :

- détresses respiratoires ;
- cyanose ;
- choc non contrôlé.

4. Les victimes de traumatismes ou malades retenus dans des lieux inaccessibles par d'autres moyens que l'hélicoptère.
 5. Les urgences médicales diverses nécessitant des soins médicaux intensifs ainsi qu'un temps de transport court.
 - instabilités hémodynamiques ;
 - détresse respiratoire nécessitant une ventilation assistée ;
 - hémorragie non contrôlée ;
 - cas nécessitant un monitoring constant.
- B) Les clientèles stables qui sont visées par le transport sanitaire aérien urgent (urgences vitales stables) comprennent :
1. les receveurs d'organes ;
 2. les conditions médicales et chirurgicales nécessitant une prise en charge spécialisée dans les 24 heures.
- C) Les clientèles visées par le transport sanitaire aérien non urgent (urgences différées) comprennent :
1. les malades voyageant sur civière entre des établissements distants de plus de 250 kilomètres ; ces malades voyagent habituellement en compagnie d'une escorte familiale et d'une escorte infirmière à bord d'avions nolisés, ou, si leur état le permet, à bord d'avions de ligne ;
 2. les malades ambulants dirigés vers un établissement distant de plus de 250 kilomètres du point d'origine ; ces derniers voyagent habituellement à bord des avions de ligne ;
 3. les cas d'investigation ou de traitement médical spécialisé ne nécessitant pas une prise en charge en moins de 24 heures.

ANNEXE 4**PROPOSITIONS SUR LES INDICATEURS DE QUALITÉ CONCERNANT LA CHAÎNE D'INTERVENTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (JUIN 2000)****DÉFINITION DES INDICATEURS DE LA PERFORMANCE DES SPU**

Public	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Reconnaissance • Prévention • Information • Formation	Pourcentage de population formée : RCR–Secourisme Temps de réaction du citoyen Qualité de l'information transmise (établir rapport coût/bénéfice à une étape ultérieure)	• Lien avec dispensateur de formation • Public = action VS inaction • Entreprise, CHSLD, CLSC/Clinique médicale = action VS inaction : temps de réaction	Évaluation de l'initiation des manœuvres de RCR • Secondaire à directives pré-arrivée DPA • Spontanée	• Partenariat avec éléments impliqués • Coalition des soins d'urgence (FMCQ, etc.) • MEQ
Action • Système (enclenchement) • Victime			Organisation des systèmes d'information pertinents avec rétroaction	DPA – Centre RIP – SPU
Action négative (aucune action) = formation		Qualité d'information		
Prévention primaire	Indicateurs populationnels de santé publique		Degré de participation Planification, programme, prévention	SPU en partenariat

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

- pourcentage de la population formée en RCR = nombre d'individus ayant réussi une formation en RCR une année donnée / (population du territoire lors de cette même année x 100).

9-1-1	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Disponibilité	Pourcentage de la population	Statistiques compilées		BELL
Accessibilité	Délai de réponse	Chronométrie	Protocole, échange d'information	Centre 9-1-1 Vérifier standard 90% en 9 sec.
Identification	Protocole interne	Présence	Proposition d'un modèle	SPU/Centre 9-1-1
Bascule	- Délai - Nature (à qui) - Information	Chronométrie Plaintes	Traitement des plaintes Protocole entente (échange informations) Approche standardisée avec suivi Définition des standards-recours simple et multiple	SPU SPU/9-1-1

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs mesurables « facilement » :

- disponibilité du 9-1-1 = population résidente qui bénéficie du 9-1-1 / (population du territoire x 100) ;
- accessibilité du 9-1-1 = nombre d'appels répondus en 9 secondes ou moins / (nombre d'appels reçus x 100).

Centre de Communication santé	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Réception	Délai	90 % en 9 secondes	Chrono interne (synchronisation) Urgences-Santé 90% en 15 secondes	Centre
Identification de l'appelant	Validation de l'adresse oui/non • Automatique • Manuelle	Chrono à date (prise cellulaire)	Programme interne Technologie appropriée	Centre
Traitement de l'appel SMPAU	Chrono – indicateur – délai Conformité aux protocoles Approche client	30 secondes 90% vitales 60 secondes 90% autres	Conformité aux critères de centres d'excellence	Centre
Directives	Conformité aux protocoles Approche client		Conformité aux critères des centres d'excellence	Centre
Affectation des ressources	Affectation en priorité selon protocoles	Chronométrie	Présence de RAO	Centre : opération SPU : planification et implantation
Suivi	Suivi des écarts	Écart automatisé	Programmation dans le système	
Destination	Corridors de service	Identification des dérogations aux corridors	Respect des ententes sur l'orientation des clients	Partenaires multidisciplinaires : intégration (SPU réseau)
Couverture du territoire	Temps de réponse / secteur Ratio d'utilisation Unités heures/utilisation	Seuil mesurable à définir (U/UH)	Programme de déploiement dynamique de la flotte	SPU/Centre/Entreprises
	Utilisation des sirènes et des gyrophares			SPU

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

- délai de réception moyen = somme des délais entre le moment de transfert du 9-1-1 et du moment où la centrale décroche pour chacun des appels de la période / nombre d'appels reçus pendant la même période (moyenne et écart-type) ;
- pourcentage de réception en 9 secondes ou moins = appels reçus en 9 secondes ou moins / (nombre d'appels reçus x 100) ;

- pourcentage d'appels vitaux traités en 30 secondes ou moins = nombre d'appels où l'affectation a été effectuée en 30 secondes ou moins parmi ceux où une réponse négative a été obtenue aux questions « respire-t-il ? » et « est-il conscient ? » / (nombre d'appels pour lesquels une réponse négative a été obtenue aux questions « respire-t-il ? » et « est-il conscient ? » x 100) ;
- pourcentage d'appels traités en 60 secondes ou moins = nombre d'appels où l'affectation a été effectuée en 60 secondes ou moins / (nombre d'appels x 100) ;
- directives = à être mesurées conformément aux critères prévus par le SMPAU ;
- pourcentage des affectations STAT (définitions standardisées de STAT nécessaire) ;
- délai moyen d'affectation = somme des délais entre le moment où le centre décroche et le moment où un véhicule est affecté pour chacune des affectations de la période / nombre d'affectations effectuées pendant la même période (moyenne et écart-type) ;
- pourcentage d'utilisation des sirènes et gyrophares = nombre d'affectations avec sirènes et gyrophares durant une période / (nombre d'affectations durant la même période x 100).

Premiers répondants	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Couverture	Pourcentage du territoire Pourcentage de la population	Définition de la population Définition du territoire	Signature d'ententes	SPU en partenariat avec MRC, municipalités
Accessibilité	- Temps de réponse - Taux de réponse aux appels prédéfinis	- Chronométrie - Statistiques compliées	- Intégration au centre - Rôle RAO	SPU/Centre
Services offerts	Formation : - Certification initiale - Recertification Documentation - Conformité aux protocoles	Validité de la certification - Nombre de RIP/Nombre d'affectations - Pourcentage de reconnaissance de certains problèmes : ACR, réaction anaphylactique, arrêt respiratoire, trauma majeur - pourcentage dérogations sur les cas traçeurs	Mesure de la certification : - Registre - Encadrement de compétence - Mise en place d'un système d'assurance qualité opérationnel - Système d'information basé sur RIP, RIP/TA, PACQ appel.	SPU/Service de premiers répondants - SPU - Service de premiers répondants (programme et responsabilité interne)
Composantes techniques	Taux de défaillance de l'équipement et médicament			Service de premiers répondants

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

Couverture :

- pourcentage du territoire = territoire (en km²) couvert par les premiers répondants / (territoire total de la région x 100) ;
- pourcentage de la population = population résidente du territoire couvert par des premiers répondants / (population totale de la région x 100) ;
- nombre de premiers répondants certifiés C-MDSA par 100 km² = nombre de premiers répondants certifiés C-MDSA / (superficie totale en km² du territoire x 100) ;
- nombre de premiers répondants certifiés C-MDSA par 1 000 personnes = nombre de premiers répondants certifiés C-MDSA / (population totale du territoire x 1 000) ;

Accessibilité :

- temps de réponse moyen = somme des délais entre l'affectation des premiers répondants et leur arrivée sur les lieux pour chacune des affectations de premiers répondants / nombre d'affectations pendant la même période (médiane, moyenne et écart-type) ;
- pourcentage des appels répondus en 4 minutes ou moins = somme des affectations de premiers répondants répondues en 4 minutes ou moins / (nombre d'affectations pendant la même période x 100) ;
- pourcentage des appels répondus en 8 minutes ou moins = somme des affectations de premiers répondants répondues en 8 minutes ou moins / (nombre d'affectations pendant la même période x 100).

*Services offerts :**Formation :*

- pourcentage de premiers répondants certifiés C-MDSA = nombre de premiers répondants certifiés C-MDSA à un moment donné / (nombre de premiers répondants reconnus x 100) ;
- nombre moyen d'heures de formation données aux premiers répondants : (nombre total d'heures de formation données x nombre de premiers répondants qui ont assisté à la formation durant la période) / nombre total de premiers répondants reconnus durant cette même période.

Documentation :

- proportion de formulaires cliniques remplis = nombre de formulaires cliniques remplis / (nombre d'affectation x 100).

Taux de défaillance de l'équipement (valable pour MDSA, combitube) = nombre de fois où l'équipement n'est pas disponible ou utilisable / (nombre de fois où l'équipement devrait être utilisé x 1 000).

Services Ambulanciers	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Couverture	Pourcentage de territoire non couvert (en temps)	Couverture hors zone	Programme de statistiques	Centre (RAO)
Accessibilité/ Disponibilité	Temps de réponse externe	Chronométrie fractionnée (facteurs standards)	Programme de statistiques (RAO)	Centre/SPU
Services offerts	• Certification initiale	• Validité de la certification	• Registre du personnel	• SPU à partir des informations des services ambulanciers
	• Formation continue	• Nombre T.A. qui ont eu formation continue • Nombre d'heures moyen / an	• Programme de formation continue	• SPU-national
	• Conformité aux protocoles	• Conformité avec les cas traceurs avec le registre des urgences des CH • Écarts de protocole • Plaintes	• PACQ	• SPU
	• Implication communautaire : campagnes d'information, de prévention, de formation	• Participation • Heures/contact	Élaboration de programmes et d'un registre	Services ambulanciers/SPU
	• Renforcement positif	À développer	Programme de reconnaissance de l'excellence	Services ambulanciers/SPU
Composantes techniques	• Adhésion aux programmes d'entretien préventif • Disponibilité des véhicules (hors service) • Accidents	• Carnet d'entretien • Mise hors services • Coûts entretien • Nombre événement • Nombre km parcourus	• Programme • Registre	• Services ambulanciers Services ambulanciers (information/centre)
	• Taux de défaillance de l'équipement et médicaments	• Rapports spécifiques • RIP	Registre d'incidents	Services ambulanciers/SPU

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

Accessibilité :

- temps de réponse moyen = somme des délais entre l'affectation des techniciens ambulanciers et leur arrivée sur les lieux pour chacune des affectations / nombre d'affectations pendant la même période (médiane, moyenne et écart-type) ;

- pourcentage des appels répondus en 4 minutes ou moins = somme des affectations répondues en 4 minutes ou moins / (nombre d'affectations pendant la même période x 100) ;
- pourcentage des appels répondus en 8 minutes ou moins = somme des affectations répondues en 8 minutes ou moins / (nombre d'affectations pendant la même période x 100) ;
- pourcentage des appels répondus en 12 minutes ou moins = somme des affectations répondues en 12 minutes ou moins / (nombre d'affectations pendant la même période x 100) ;
- pourcentage des appels répondus en plus de 12 minutes = somme des affectations répondues en plus de 12 minutes / (nombre d'affectations pendant la même période x 100).

Services dispensés :

Formation initiale :

- pourcentage des techniciens ambulanciers ayant reçu une AEC = nombre des techniciens ambulanciers certifiés par AEC à un moment donné / (nombre des techniciens ambulanciers reconnus x 100) ;
- pourcentage des techniciens ambulanciers ayant une formation de moins de 800 heures = nombre des techniciens ambulanciers dont la formation initiale était de moins de 800 heures à un moment donné / (nombre des techniciens ambulanciers reconnus x 100).

Formation continue :

- pourcentage des techniciens ambulanciers certifiés C-MDSA = nombre des techniciens ambulanciers reconnus certifiés C-MDSA à un moment donné / (nombre des techniciens ambulanciers reconnus x 100) ;

- $\text{pourcentage des techniciens ambulanciers certifiés en PHTLS} = \frac{\text{nombre des techniciens ambulanciers reconnus certifiés en PHTLS à un moment donné}}{(\text{nombre des techniciens ambulanciers reconnus} \times 100)}$;
- $\text{nombre moyen d'heures de formation données aux techniciens ambulanciers} : \frac{(\text{nombre total d'heures de formation données} \times \text{nombre des techniciens ambulanciers reconnus qui ont assisté à la formation durant la période})}{\text{nombre total de techniciens ambulanciers reconnus durant cette même période.}}$

Implication communautaire :

- nombre d'événements communautaires auxquels le système a participé au cours de la période.

Renforcement positif :

- existence d'un programme de reconnaissance de l'excellence (oui/non).

Documentation :

- $\text{proportion de formulaires cliniques remplis} = \frac{\text{nombre de formulaires cliniques remplis}}{(\text{nombre d'affectation} \times 100)}$;
- existence d'une base de données informatisée permettant de produire des statistiques à partir des documents cliniques remplis par les techniciens ambulanciers (oui/non).

Adhésion au programme d'entretien préventif (oui/non).

$\text{Taux d'accidents} = \frac{\text{nombre total d'accidents durant une période}}{(\text{nombre de km parcourus durant la même période} \times 100\,000)}$.

Taux de défaillance de l'équipement (valable pour MDSA, combi-tube, médication, matelas immobilisateur, appareil de succion, oxygène) = nombre de fois où l'équipement n'est pas disponible ou utilisable / (nombre de fois où l'équipement devrait être utilisé x 1 000).

Établissements receveurs	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Mise en tension	Utilisation ↳ conforme ↳ taux global par protocole	Statistiques	Programme de télécommunication ↳ clinique ↳ technique	SPU
Réception/Admission	Délai de prise en charge : • arrivée/triage • triage/transfert • période disponibilité CH	Chronométrie	Programmes pertinents : • Harmonisation temps • Système d'information	SPU/établissements receveurs
	• Congruence de l'orientation des clientèles spécifiques	Faux négatifs	Protocole d'entente CH/SPU	SPU
Information	Info-clinique	• Corrélation clinique selon déterminants T.A. • Rétroaction clinique	• Programmes et ententes • Systèmes d'information statistiques compatibles	SPU/partenariat
	Implication des CH/SPU	Participation	• Ententes • Protocoles d'harmonisation	CH/partenariat
	Partage de formation et d'information	Sessions de formation spécifique	Ententes et stages	SPU/CH

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

Mise en tension :

- disponibilité des moyens permettant aux techniciens ambulanciers d'entrer en contact direct avec le personnel de l'urgence (oui/non).

Réception/admission :

- durée moyenne d'immobilisation au CH = somme des délais d'immobilisation entre l'arrivée au CH et la remise en disponibilité / (nombre de transports effectués) ;
- pourcentage de traumatisés majeurs transportés directement à un centre de traumatologie = nombre de patients répondant aux critères transportés vers un centre de traumatologie / (nombre de patients répondant aux critères x 100).

Système	Indicateurs	Éléments mesurés	Actions	Responsables
Arrimage	- Ententes avec des partenaires - Plan désastre - Plan de contingence - Exercices de simulation - Comités intersectoriels	- Présence des indicateurs - Mise à jour	- Intégration – gestion - Visibilité (ex. rapport annuel) - Processus d'agrément	SPU/ministère
Gestion information	Système d'information intégré congruant avec objectifs	- Indicateurs définis - Indicateurs compilés	Mise en place d'un système d'information fonctionnel et évolutif	Ministère/SPU
Recherche/développement	- Rapport périodique pertinent - Participation /initiatives	- Présence et distribution - Publications	- Instaurer structure objective - Promotion	SPU/Ministère
Plaintes et satisfaction	Plaintes et satisfaction	- Nombre de plaintes - Délai de traitement - Suivi (transparence) - Satisfaction de la clientèle	Registre et études	SPU
Gestion/SST /Ressources humaines Apparté avec complication dans l'assurance qualité	- Nombre d'incidents, accidents et maladies professionnelles - Taux de cotisation CSST	Taux d'absentéisme	Programme de prévention/promotion	SPU
Reconnaissance de l'excellence	Existence d'un programme	Produit de programme	Mise en place d'un programme	SPU
Intégration des usagers	Présence des citoyens dans les structures décisionnelles	Présence	Politique en ce sens	Ministère/SPU

Définitions uniformes proposées pour des indicateurs « mesurables facilement » :

Arrimage :

- existence d'un plan de désastre officiellement reconnu depuis moins de deux ans (oui/non) ;
- existence d'un plan de contingence officiellement reconnu depuis moins de deux ans (oui/non) ;
- nombre d'années écoulées depuis le dernier exercice de simulation ;
- existence de comités intersectoriels (oui/non).

Gestion de l'information :

- existence d'un système d'information intégré (oui/non).

Recherche/développement :

- temps écoulé depuis la dernière distribution d'un rapport périodique ;
- nombre de publications effectuées au cours des cinq dernières années ;
- subventions de recherche obtenues au cours des cinq dernières années.

Plaintes et satisfaction :

- nombre de lettres de félicitations reçues au cours de la dernière année ;
- nombre de plaintes reçues au cours de la dernière année ;
- pourcentage de plaintes répondues à temps = $\frac{\text{nombre de plaintes traitées selon les normes gouvernementales}}{\text{nombre de plaintes reçues}} \times 100$

Reconnaissance de l'excellence :

- existence d'un programme de reconnaissance de l'excellence (oui/non).

Intégration des citoyens :

- présence d'un représentant des citoyens dans les structures décisionnelles (oui/non).

