

INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE



Université 
de Montréal

Évaluation des projets pilotes préhospitaliers

Sommaire exécutif

François Champagne, Ph. D.
Michèle Rivard, Sc.D.
Lambert Farand, M.D., Ph. D.
Cynthia Gagnon, Ph. D.
Thierno Baldé, M.D., Ph. D. (C)

R10-02

Décembre 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-923544-29-8 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923544-30-4 (PDF)

Sommaire exécutif

Contexte et questions de recherche

La présente recherche porte sur l'évaluation de 5 projets pilotes de transformation des horaires de travail des TAP et de déploiement des ambulances à certains endroits des territoires desservis. Ces projets pilotes font suite aux recommandations proposées par le comité Gauthier à l'automne 2006. Ils ont été mis en œuvre dans les régions suivantes : Gaspésie, Côte-Nord, la Capitale Nationale, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et le Nord-du-Québec.

L'évaluation a trois composantes : une composante d'analyse de l'implantation, une composante d'analyse des effets et une composante d'analyse économique. Ces trois composantes de l'évaluation s'inscrivent dans cinq questions de recherche qui sont :

Question 1 : Est-ce que l'intervention décrite dans chacun des projets pilotes est implantée tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?

Question 2 : Est-ce que l'intervention est associée à des effets sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP ?

Question 3 : Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés ?

Question 4 : Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence-t-il la production des effets observés?

Question 5 : À quel coût les effets sont-ils obtenus?

Méthodologie

Analyse de l'implantation

Les projets pilotes ont été conceptualisés comme 5 études de cas. Une modélisation logique de chacun des cas a été effectuée. Les variables de mise en œuvre (chronologie de la mise en œuvre, ressources humaines mobilisées, déploiement des ambulances effectué, financement) et les facteurs explicatifs du processus d'implantation ont été recherchés à travers des questions ouvertes posées à toutes les parties impliquées dans l'implantation des projets pilotes. Les modèles théoriques qui expliquent le processus d'implantation d'un changement ont été mobilisés pour intégrer et interpréter les facteurs explicatifs du processus d'implantation.

Analyse des effets

Le changement du temps de réponse et de la qualité de vie au travail des TAP sont les deux principaux effets des projets pilotes qui ont été analysés dans l'étude.

La base de données du SISPUQ (système d'informations des services préhospitaliers d'urgence du Québec) a été utilisée pour apprécier le changement du temps de réponse ambulancier suite à l'introduction des projets pilotes. Trois délais principaux ont été calculés : le délai de mise en route (entre la réception de l'appel et le départ des TAP), la durée de déplacement (temps de déplacement pour se rendre au lieu) et le délai total d'arrivée sur les lieux qui est la somme des deux premiers délais. Des entrevues ont été également effectuées pour permettre d'apprécier la perception des TAP sur le changement du temps de réponse.

L'amélioration de la qualité de vie au travail des TAP a été d'une part appréciée en utilisant un questionnaire de satisfaction et d'autre part en faisant des entrevues avec des TAP sur leurs conditions de vie et de travail après l'implantation des projets pilotes.

Analyse économique

Dans cette composante de l'évaluation, nous avons mis en relation les coûts récurrents et standardisés des projets pilotes (salaires, kilométrage, positionnement et frais de gestion) avec les effets observés et avec d'autres conséquences des projets pilotes. Ce faisant, nous avons effectué une analyse coût-efficacité (coûts par minute épargnée pour les cas urgents) et une analyse coût-conséquence (impact potentiel sur la santé des patients et sur d'autres conséquences).

Résultats

Analyse de l'implantation

Le bilan d'implantation des projets pilotes effectué à l'hiver 2010 fait ressortir qu'il y a eu peu d'écart entre ce qui était initialement prévu pour l'implantation des projets pilotes et ce qui a été effectivement réalisé. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement des projets pilotes sont maintenant disponibles en nombre suffisant dans toutes les régions. Les horaires commandés ont été implantés dès le début du processus d'implantation. Le déploiement dynamique a été implanté dans le sous-territoire du Saguenay, à Portneuf et à Baie-Comeau. Le positionnement stratégique a été implanté à Chapais-Chibougamau, dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean et en Gaspésie. Dans ce dernier cas cependant, pour 2 des 3 compagnies ambulancières, ce positionnement n'a été effectif qu'un an après le début officiel de l'implantation. On doit mentionner également que le déploiement dynamique à Portneuf et au Saguenay fait l'objet de questionnements de la part des TAP et de certaines compagnies ambulancières.

Le volet « Intégration clinique » initialement prévu dans le projet de Chapais-Chibougamau, n'a été réalisé que de façon partielle. Les pratiques entre TAP sont effectuées, mais les pratiques interdisciplinaires ont été réalisées seulement pendant une brève période et les stages d'observation dans les salles d'urgence n'ont pas été réalisés.

Le financement nécessaire à l'implantation des projets pilotes pour les 5 régions a été obtenu.

Les facteurs de planification rationnelle (conception des projets), de développement organisationnel (conditions d'attente dans les ambulances), structurels (expertise des centrales de communication) et politiques (intérêts de certains acteurs) sont les principaux facteurs qui ont influencé le processus d'implantation.

Analyse des effets

Pour le temps de réponse, on note une diminution statistiquement significative du délai moyen de mise en route dans tous les projets pilotes. Pour les appels de priorité 1, ce délai est passé de 4,16 mn à 0,89 mn soit une diminution de 3,27 mn, tandis que pour les appels de priorité 3, on passe de 3,86 mn à 0,75 mn soit une diminution de 3,11 mn.

Pour la durée de déplacement des TAP, il n'y a pas de changement statistiquement significatif. En moyenne, ce délai passe de 7,89 mn à 8,20 mn pour les appels de priorité 1, alors que pour les appels de priorité 3, il passe de 8,18 mn à 8,29 mn.

Au total, le gain observé pour le délai de mise en route se traduit par une amélioration statistiquement significative du délai total d'arrivée sur le lieu d'incident. Le délai moyen passe de 12,13 mn à 9,11 mn pour les appels de priorité 1 (diminution de 3,02 mn) et de 12,04 mn à 9,29 mn pour les appels de priorité 3 (diminution de 2,76).

Par ailleurs le niveau de satisfaction des TAP sur leur qualité de vie au travail s'est avéré globalement satisfaisant et modérément amélioré à la suite de l'implantation des projets pilotes. Toutefois, les conditions d'attente dans les ambulances, le support professionnel obtenu et les opportunités de formation dont disposent les TAP dans l'exercice de leur travail sont les points sur lesquels les TAP ont exprimé les niveaux de satisfaction les plus bas.

Analyse économique

Entre les deux années comparées, nous avons constaté une augmentation de 53,24% de l'ensemble des coûts récurrents associés au fonctionnement des projets pilotes. Cette augmentation étant en grande partie associée aux coûts des salaires des TAP.

En utilisant une définition large de l'urgence selon les données de la littérature et les conclusions du panel d'experts, les coûts par minute épargnée varient de 463 \$ à 1780 \$ selon la région ou territoire (en excluant Chapais-Chibougamau) et le coût moyen (en incluant Chapais-Chibougamau) est de 673 \$. En utilisant une définition plus stricte de l'urgence les coûts par minute épargnée varient de 1256 \$ à 4830 \$ selon la région (ou territoire en excluant Chapais-Chibougamau) et le coût moyen (en incluant Chapais-Chibougamau) est de 1826 \$.

Par ailleurs, les projets ont potentiellement réduit la durée de la douleur et de l'anxiété d'un certain nombre de patients. En effet, on peut supposer qu'une réduction de 3 minutes soit significativement associée à une réduction de la douleur et de l'anxiété sans qu'il soit possible dans le cadre de ce projet de quantifier cet impact et d'apprécier son importance clinique.

Également, plusieurs personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont souligné que les projets-pilotes ont augmenté la visibilité des TAP et des services ambulanciers. Cette visibilité accrue pourrait être associée à une augmentation de la confiance que porte la population à l'égard des services pré-hospitaliers. Finalement, les projets ont aussi eu un impact modéré mais clair sur la qualité de vie au travail des techniciens ambulanciers.

Conclusion

À la suite de cette étude, les analyses d'implantation, d'effets et l'analyse économique des projets pilotes ont permis de faire ressortir les constats suivants :

- 1- Même si toutes les parties concernées par le processus d'implantation ne s'accordent pas sur l'efficacité du déploiement dynamique et du positionnement stratégique des ambulances, nous n'avons pas noté d'écarts importants entre ce qui était initialement prévu pour les projets pilotes et ce qui a été réellement implanté sur le terrain. Autrement dit, le processus d'implantation des projets pilotes a été globalement réalisé dans toutes les régions sauf à Chapais-Chibougamau (région du Nord-du-Québec) où le volet de maintien et d'amélioration des compétences n'a été réalisé que très partiellement.
Toutefois, des mesures appropriées doivent être élaborées et mises en application pour aborder les facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes.
- 2- À l'exception du territoire de Chapais-Chibougamau où il existe un doute sur les données qui nous ont été transmises, un changement significatif du délai de mise en route et du délai total d'arrivée sur les lieux de l'incident a été constaté dans tous les autres projets pilotes et est de l'ordre de 3 minutes. Par contre, la durée de déplacement des TAP n'a pas changé entre les deux périodes de l'évaluation.
L'implantation des projets pilotes a également entraîné une amélioration modérée de la satisfaction sur les conditions de vie et de travail des TAP.
- 3- Le changement significatif du temps de réponse enregistré dans 4 régions sur les 5 concernées par les projets pilotes est attribuable au changement observé dans le délai de mise en route des TAP et non à la durée de déplacement. L'amélioration du temps de réponse global est donc davantage liée au changement des horaires de travail des TAP qu'au déploiement dynamique ou au positionnement stratégique des ambulances.
- 4- Les projets-pilotes ont engendré des coûts récurrents de près de \$ 9 millions. En termes d'efficacité, c'est-à-dire en termes de rapport coût-efficacité pour les cas pour lesquels un gain de temps peut avoir un impact significatif, l'analyse économique indique un coût par minute épargnée de \$673 si l'on considère que 38% des appels qui ont été codés priorité 1 ou 3 sont en rétrospective réellement des cas de priorité 1 ou 3. Ce coût par minute épargnée grimpe à \$1826 si on ne considère que les cas qui seraient réellement de priorité 1 (14% des cas codés priorité 1 ou 3). Si l'on tente de mettre les coûts investis en relation avec l'impact éventuel des gains de temps sur la santé des patients, notre évaluation suggère qu'il est possible que la réduction du temps de réponse observé ait eu un impact clinique significatif pour quelques cas d'arrêts cardiaques.
- 5- En plus des effets sur le temps de réponse, d'autres conséquences pouvant être associées aux coûts engendrés par les projets pilotes (réduction de la douleur, accroissement du sentiment de confiance de la population et amélioration de la qualité de vie au travail des TAP) doivent être considérées dans une perspective plus large d'analyse économique et de décision.

Il est finalement important de préciser que les résultats de cette évaluation s'appliquent d'abord aux territoires retenus dans le cadre des projets-pilotes. Ces projets et territoires n'avaient pas été choisis sur la base de leur capacité à représenter plus largement d'autres territoires de la province. Le transfert des conclusions à d'autres contextes doit donc être effectué avec prudence.