



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

**Services préhospitaliers :
Urgence d'agir**
**Rapport du Comité national sur les
services préhospitaliers d'urgence**

Juin 2014

Le présent rapport ne lie pas le gouvernement du Québec et ne constitue pas ses orientations. Il représente l'opinion des membres du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence. Son contenu n'engage que ses auteurs.

Édition :

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

Le présent document a été édité en quantité limitée et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : **www.msss.gouv.qc.ca** section **Documentation**, rubrique **Publications**.

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

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2014

Bibliothèque et Archives Canada, 2014

ISBN : 978-2-550-70864-3 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2014

*Il n'y a rien de négatif dans le changement,
si c'est dans la bonne direction.*

WINSTON CHURCHILL

Sommaire

Le mandat du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence est d'analyser le fonctionnement global des services préhospitaliers québécois, en tenant compte du vieillissement de la population, des demandes récurrentes d'ajouts de services ambulanciers, de l'évolution des meilleures pratiques et des limites financières de l'État.

En vertu de ce mandat, le Comité a dressé un état des services préhospitaliers d'urgence (SPU) et revu le fonctionnement dans tout le territoire québécois. Il a également tenu à faire des recommandations dans le but d'améliorer et d'optimiser la prestation de services.

De façon générale, le Comité conclut que les SPU ont connu, au fil des dernières années, des **améliorations notables** touchant plusieurs éléments. Parmi les plus déterminantes, mentionnons que les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) bénéficient d'une meilleure formation et que, par conséquent, les soins cliniques sont de meilleure qualité. Le contrôle de qualité mis en place relativement à ces actes médicaux a également contribué à l'amélioration des soins. L'accès de la population aux centres d'appel 9-1-1 et aux centres de communication santé (CCS) s'est aussi grandement amélioré. Enfin, Urgences-santé, qui œuvre dans le territoire de Montréal et de Laval, a acquis, après plusieurs crises successives, un plus haut niveau de maturité.

Malgré tout, des **points faibles importants demeurent**. Parmi les plus sérieux, notons la performance du système, toujours difficile à évaluer à plusieurs égards. En fait, le Comité a noté l'absence de culture de performance et d'imputabilité. D'ailleurs un bon nombre d'intervenants rencontrés se sont montrés frileux lorsque la question est abordée. En ce qui concerne la gouvernance en elle-même, la présence d'un grand nombre d'intervenants sans une structure de gouvernance centrale forte exige que des modifications soient apportées. Dans les faits, l'approche stratégique n'est pas suffisamment implantée dans plusieurs domaines, ce qui laisse trop souvent place à des gestes réactifs plutôt que prospectifs. Malgré une loi propre à ce secteur, le Comité a noté un traitement fautif de plusieurs aspects qui contribuent à semer la confusion auprès des acteurs. Enfin, la notion de partenariat nécessaire entre les principaux intervenants (ministère de la Santé et des Services sociaux, agences, entreprises et CCS) pour le bon fonctionnement des SPU est à revoir.

Les principaux constats du Comité quant à la chaîne d'intervention sont les suivants.

Les premiers intervenants

Il faut redoubler d'efforts pour sensibiliser la population aux devoirs et aux responsabilités de chacun en matière de secourisme. Outre les enjeux qui se posent à la société, le Ministère aurait tout intérêt à définir le coût-avantage de l'intervention rapide des citoyens qui se portent au secours d'une personne en péril. Pour l'instant, l'action citoyenne est trop peu promue, encouragée et valorisée. Le Comité croit qu'il serait essentiel de fixer des objectifs précis quant au pourcentage de la population à former, de procéder à un suivi périodique de cette donnée et d'en faire une reddition de comptes publique. Bien entendu, ces cibles seraient établies à partir de pratiques exemplaires. Idéalement, la formation de base en secourisme devrait être obligatoire dans le programme scolaire ou au moment de l'obtention d'un permis de conduire.

L'accessibilité stratégique de défibrillateurs doit aussi être planifiée dans toutes les municipalités du Québec.

Les centres d'appel 9-1-1

La coordination entre les centres d'appel 9-1-1 et les CCS devrait s'appuyer sur des ententes de service et des protocoles de transfert d'appel, ce qui n'est pas toujours le cas. De plus, partout au Québec, il serait essentiel que cette coordination soit rigoureuse, uniforme et sans faille.

Les données chronométriques constituent une information de premier ordre pour améliorer ou maintenir la performance des centres 9-1-1 et des CCS. Il serait judicieux de veiller à ce que ces données soient accessibles en tout temps. Dans les SPU performants ailleurs dans le monde, il faut noter une tendance à réduire le nombre de centres d'appel afin d'accroître l'efficacité et d'offrir un service uniforme dans les régions desservies. Le Ministère et le ministère de la Sécurité publique (MSP) devraient être en mesure de démontrer que le rapport entre le nombre de centres 9-1-1 et celui des CCS est optimal, et prévoir des regroupements si tel n'est pas le cas.

Les centres de communication santé

Les CCS jouent un rôle fondamental et, de ce fait, constituent un des maillons les plus névralgiques de la chaîne d'intervention. Or, pour l'instant, on ne leur accorde pas l'importance et le traitement qu'ils méritent, ce qui nuit à leur bon fonctionnement.

En dépit de ce que prévoit la loi, aucune entente ne lie les CCS aux agences du territoire. Ainsi, en l'absence de toute convention, les agences et le Ministère ne peuvent savoir si les CCS fonctionnent dans un environnement qui favoriserait l'économie, l'efficacité et l'efficacité et qui offrirait un service de qualité à la population. Par conséquent, la reddition de comptes des CCS est nettement déficiente.

Les conseils d'administration des CCS doivent jouer un rôle de gouvernance primordial. Actuellement, la composition des conseils d'administration laisse une place prépondérante aux entreprises ambulancières, ce qui entraîne à tout le moins une apparence de conflit d'intérêts, quand on sait que le patient devrait être au cœur des préoccupations. Cette présence indue peut expliquer en partie les difficultés du Ministère à imposer ses orientations.

Contrairement aux centres d'appel 9-1-1 sous la responsabilité du MSP, les CCS ne sont pour l'instant soumis à aucune norme de certification obligatoire et il n'existe pas même de procédure à cet égard. Le Comité a constaté des différences d'un CCS à l'autre, comme l'assurance qualité exercée sur la prise d'appel et la répartition des ressources dans le territoire.

Sur le plan financier, il manque actuellement des règles précises et connues de tous. Certains éléments de gestion demandent aussi à être redressés, notamment en instaurant des processus d'analyse systématiques et périodiques de la performance, y compris l'étalonnage d'un CCS à l'autre ou la comparaison avec d'autres centres d'appel ailleurs dans le monde. De plus, une collaboration exemplaire s'impose entre les CCS, les agences et le Ministère, tant pour ce qui est de la coordination, de l'uniformisation des pratiques, du partage des ressources que des échanges d'information interrégionale. De surcroît, il importe d'élaborer des plans de relève tant intra qu'interrégionaux.

Le Comité juge que d'autres aspects encore de l'organisation des CCS sont primordiaux : ces derniers doivent pouvoir compter sur des systèmes d'information performants, axés sur l'échange électronique des données entre tous les intervenants (premiers répondants, TAP, établissements, CCS et agences) et soutenus par une répartition assistée par ordinateur, une géolocalisation et des ordinateurs de bord dans les véhicules ambulanciers.

Les premiers répondants

L'augmentation du nombre de premiers répondants dans les villes du Québec a été lente et faible, puisque la population hors de la métropole n'est desservie qu'à 25 %. De surcroît, plusieurs villes importantes, telles que Québec, Saguenay ou Trois-Rivières, sont totalement dépourvues du service de premiers répondants. Ce maillon de la chaîne, pourtant très important, aurait tout à gagner d'analyses approfondies, de positionnement stratégique et de vision partagée. Par exemple, il y aurait lieu de connaître les bénéfices concrets de leurs

interventions, afin de cibler les situations où leurs actions sont utiles. Il revient au Ministère d'exprimer clairement ses orientations, ses objectifs à long terme assortis d'indicateurs et, surtout, d'un processus de reddition de comptes complet, de façon que tous les acteurs concernés travaillent dans le même sens et avec la même détermination.

Des interventions plus soutenues doivent être prévues auprès des communautés et du milieu municipal afin de faire valoir l'importance de services de premiers répondants pour améliorer les chances de survie en santé de leurs citoyens accidentés ou gravement malades.

Les ressources ambulancières ne devraient pas être augmentées sans étude préalable de coût-avantage du recours aux premiers répondants, que la région en soit pourvue ou non.

Urgences-santé

Le Comité estime que la Corporation d'Urgences-santé se situe maintenant dans un cycle de consolidation de ses activités, plutôt que dans une phase de croissance ou d'expansion. Le climat de travail demeure un défi de taille, tant pour l'équipe de gestion que pour le personnel. Urgences-santé doit pouvoir compter sur la participation active des employés ainsi que sur la collaboration des principaux chefs de file parmi eux. Il est primordial que l'organisation des SPU dans les territoires de Laval et de Montréal reflète une collaboration étroite et une complémentarité optimale entre les instances concernées par l'organisation des services de santé; un mécanisme formel doit être établi à cette fin. La gouvernance d'Urgences-santé peut encore être améliorée. De même, sa planification stratégique souffre du manque d'orientations du Ministère et les échanges de services ou d'information entre ces deux instances sont mal structurées, sèment la confusion et affaiblissent la gouvernance de la Corporation.

La vigilance continue du conseil d'administration d'Urgences-santé doit l'amener à exiger de son organisation des plans documentés, assortis de cibles, d'indicateurs, d'échéanciers et, enfin, d'un processus de reddition de comptes systématique et régulier pour faire face à ses défis actuels. Le comité avance quelques éléments de réflexion :

- la gestion des risques;
- la gestion des ressources humaines;
- l'impact des soins avancés sur les opérations d'Urgences-santé;
- l'efficacité et l'économie dans les opérations, particulièrement dans le transport interétablissements, le temps passé dans les établissements par les TAP et le transport alternatif;

- la situation des médecins d'Urgences-santé, à l'égard de l'économie, l'efficacité et l'efficacités;
- la situation des premiers répondants avec les Villes de Montréal et de Laval.

Compte tenu de l'historique d'Urgences-santé, du chemin parcouru depuis sa création, de son rôle clé et de son apport de première importance dans l'organisation des SPU, le Comité suggère que cette organisation soit officiellement reconnue comme chef de file dans le domaine des SPU au Québec.

Les entreprises et les coopératives ambulancières

Au fil du temps, il s'est établi un rapport de force axé sur la négociation du contrat et son application ainsi que la recherche de multiples compensations financières plutôt que sur un véritable partenariat, orienté vers les besoins des patients et de la population. Dans les faits, le Ministère et les agences ont du mal à imposer des règles, tant et si bien que les relations avec les entreprises sont difficiles. Bref, le rapport de force qui s'est établi avec le temps n'est pas sain, parce qu'il s'est trop éloigné de la notion de partenariat nécessaire à la bonne gestion des fonds publics et au meilleur service à la population.

La gestion contractuelle avec les entreprises ambulancières doit être simplifiée et modernisée. Comme l'apport financier du gouvernement reste primordial dans le secteur des SPU, il faudrait que des règles claires exigent des entreprises une transparence et une reddition de comptes complète envers la population, tant à l'égard de la performance, du respect des orientations et des règles qu'il dicte que de la saine utilisation des fonds publics. La présence de l'entreprise privée dans le secteur des SPU, pour qu'elle puisse être maintenue, doit reposer sur un véritable partenariat, axé avant tout sur la qualité et l'accessibilité des soins à la population et l'intérêt public.

Le financement des entreprises doit être basé sur les coûts réels que celles-ci assument. Les entreprises ambulancières devraient être soumises à un processus d'agrément ou d'accréditation basé sur le respect de normes de qualité et de performance, conditionnel au renouvellement du permis.

Les établissements

Encore aujourd'hui, la très grande majorité des établissements de santé sont gérés sans qu'existe la coordination indispensable avec le réseau des SPU. Cette gestion « en silo » gonfle les coûts de santé et risque de causer des préjudices tant aux intervenants qu'aux patients, si ces derniers ne sont pas dirigés promptement à l'endroit propice à leur cas. Présentement, les SPU sont peu et mal connus des intervenants du réseau. De même, le milieu médical

ignore le plus souvent l'importance des SPU, que ce soit pour le patient, le bon fonctionnement du réseau ou même le taux de survie aux ACR et aux traumatismes sévères.

Quant aux TAP, ils passent souvent trop de temps dans les établissements ce qui mobilise de précieuses ressources qui devraient plutôt être en mesure de répondre à des besoins préhospitaliers. Le Comité a noté des variations importantes quant au temps moyen passé en établissement par les TAP selon la région, signe qu'on doit y accorder toute l'attention nécessaire.

Les usagers

Le vieillissement de la population n'a pas encore fait l'objet d'analyse concrète en ce qui concerne les SPU. Une réflexion stratégique structurée pour aborder le problème et trouver des solutions doit être faite de façon à prévoir l'augmentation des coûts et à assurer malgré tout la qualité des soins aux patients. Plusieurs indices portent à croire que la population n'est pas correctement informée du fonctionnement des SPU (par exemple, les principes liés à la facturation, les coûts du transport ou la part non négligeable du secteur privé dans ces services). De plus, rares sont les actions concrètes ou les études qui ont pour but l'évaluation des besoins des usagers et leur compréhension du système.

La démarche entreprise et coordonnée par la direction médicale nationale à l'égard de la mesure du taux de survie doit être poursuivie avec un souci d'améliorer l'efficience et l'efficacité de ce processus et d'assurer une reddition de comptes transparente jusqu'à la population.

Les principaux constats du Comité à l'égard des éléments de la gouvernance

L'encadrement légal, les rôles et les responsabilités

Plusieurs règlements afférents à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* sont désuets, faute de mise à jour, ou ne sont pas même mentionnés, ce qui a contribué à semer la confusion chez les acteurs. Des lacunes majeures émaillent la mise en application des dispositions relatives aux orientations, aux plans stratégiques, aux politiques, au mode d'intervention, aux objectifs opérationnels et aux standards de qualité, particulièrement en ce qui concerne le volet administratif ou la performance. Avec le temps est née une sorte de confusion à l'égard des activités et des rôles exercés à certains niveaux. Non seulement les rôles et les responsabilités doivent-ils être clairement définis, mais le personnel clé ne fait pas non plus l'objet d'un plan de relève, bien structuré et régulièrement suivi, pour assurer la continuité des opérations.

La gestion par résultats, la performance et la reddition de comptes

À l'exception d'Urgences-santé, le Comité a fait face à beaucoup d'incompréhension, voire de résistance, de la part de plusieurs intervenants du milieu lorsque la question de la performance a été abordée. En général, on hésite à établir des critères à ce sujet, à se mesurer, à se comparer aux autres et à rendre compte des résultats atteints par rapport aux attentes. Pourtant, on devrait disposer de tableaux de bord, suivis régulièrement, en se demandant pourquoi les normes et les cibles n'ont pas été atteintes, et en suggérant les mesures correctrices appropriées. Les systèmes considérés comme performants ailleurs dans le monde disposent d'un processus de reddition de comptes bien établi et d'un suivi régulier et automatisé de la performance opérationnelle et clinique des SPU.

Les systèmes d'information

Le développement informatique en matière de SPU a suivi jusqu'ici un chemin erratique, sans objectif clairement défini et, par conséquent, sans résultats probants. En outre, tant le Ministère que les agences éprouvent des difficultés à obtenir des données fiables et en temps opportun, et à analyser la performance des systèmes. Les SPU constituent sans doute l'un des aspects les plus mesurables du système de santé; il serait normal que l'analyse des données fasse partie intégrante de la culture organisationnelle. Dans ce but, il suffirait de construire quelques tableaux de bord, très simples et explicites, pour mesurer la performance du système, tant sur le plan clinique qu'administratif, ce qui permettrait une reddition de comptes pertinente aux autorités ministérielles.

L'installation d'ordinateurs de bord dans les véhicules ambulanciers demeure très incomplète et non coordonnée, alors que ces outils technologiques pourraient augmenter la performance des ressources et faciliter l'accès à de l'information fiable.

L'encadrement médical

Le Comité partage l'avis de la plupart des acteurs du milieu qui reconnaissent que l'encadrement médical exercé auprès des TAP a progressé de beaucoup depuis l'adoption de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Ce secteur gagnerait toutefois à se doter d'un plan stratégique, d'une vision à court, à moyen et à long terme concernant les SPU de même que d'une reddition de comptes structurée, dont on peut déplorer le manque actuellement. Des améliorations sont encore souhaitées puisque l'encadrement médical exercé est très variable d'une région à l'autre. En outre, la ligne hiérarchique de responsabilité entre la direction nationale et les directeurs médicaux régionaux aurait tout intérêt à être formellement établie dans un plan de délégation connu et diffusé largement.

Le rôle crucial du directeur médical national doit être reconnu de tous les acteurs et soutenu par une structure administrative forte et compétente. Il en va de même des directeurs médicaux régionaux qui devraient participer à toute décision concernant les soins au patient.

Les techniciens ambulanciers paramédicaux

La formation des TAP et le développement professionnel ont connu des améliorations notables depuis quelques années. En cette matière, il importe de consolider les acquis et de miser sur l'amélioration des processus actuels en vue de l'optimisation des ressources. Par ailleurs, les TAP ne sont pas encore chapeautés par un ordre professionnel, contrairement à d'autres intervenants en santé, comme les infirmiers et infirmières. Tout en favorisant la protection du public, l'ordre professionnel permettrait une meilleure reconnaissance de leur rôle, tant par la population que par les autres intervenants en santé.

Le Comité estime que le rôle des TAP se trouve dans une phase de consolidation et d'amélioration des acquis plus que de développement. En conséquence, toute la question des soins avancés devrait être traitée avec une extrême rigueur et une prudence sans faille. Une réflexion nationale sur le plan de carrière des TAP et sur le recours optimal à ces ressources dans le réseau, en fonction de leur charge de travail, serait de mise. Il en va de même pour la question de la détresse psychologique, sujet sérieux qui doit être abordé de façon ordonnée, concertée et rigoureuse de la part de tous les intervenants.

Les finances et le contrôle

Un défi important se pose aux SPU actuels pour acquérir des gains d'efficacité et maintenir les coûts, en raison des besoins croissants et des restrictions budgétaires. Le coût réel du transport ambulancier au Québec n'est pas suffisamment connu ni diffusé. De même, la tarification devrait faire l'objet d'une révision systématique et périodique, ce qui n'est pas le cas actuellement.

La transparence envers la population doit s'appliquer à tous les aspects liés aux coûts et à la performance des SPU. Une culture de suivi, de contrôle financier et de performance doit inspirer tous les intervenants.

Le transport alternatif

Le transport alternatif représente une voie de choix pour optimiser (économie, efficacité et efficacité) les ressources, et ce, sans compromettre l'objectif d'accorder les meilleurs soins aux patients. Au contraire, il faut y voir la possibilité de diminuer de beaucoup les délais. Cette option devrait être encadrée par des orientations stratégiques claires, des objectifs mesurables, des

plans d'action précis accompagnés d'une reddition de comptes appropriée, afin de lui accorder toute l'importance qui s'impose.

Comme le prévoit la loi, une réglementation sur le transport alternatif devrait être adoptée, qui énoncerait aussi les compétences et la formation nécessaires pour effectuer de tels transports. Des modes de transport alternatifs devraient faire l'objet d'études exhaustives en mettant sur pied des projets pilotes. La coordination et l'affectation de ces transports alternatifs provenant d'appels de la population (transports primaires) seraient confiées aux CCS selon des protocoles élaborés avec les autorités médicales.

La recherche et développement

La médecine préhospitalière d'urgence n'en est qu'à ses balbutiements en ce qui concerne la recherche. Si cette sous-spécialité n'est pas encore largement reconnue, même par les pairs, il faut saluer malgré tout les récentes activités de recherche dans ce secteur, y compris les publications de mieux en mieux structurées. L'importance des investissements et des ressources dans les SPU justifie des activités de recherche dans ce secteur, avec le souci de toujours améliorer les soins envers le patient, tout en rationalisant les services, les ressources et les coûts. Les activités de recherche gagneraient à être orientées en ce sens.

Les deux pôles actuels – l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSS Alphonse-Desjardins –, en collaboration avec Urgences-santé, dont l'organisation représente un autre genre de modèle, devraient accroître leur influence dans le secteur de la santé, en y faisant adhérer d'autres hôpitaux compétents et disposés à contribuer à la recherche.

Pour une chaîne d'intervention et une structure de gouvernance plus efficaces

Le rapport détaillé fait état de **116 recommandations** qui méritent une mise en œuvre ordonnée. Il va de soi qu'il faut échelonner sur plusieurs mois le plan d'action qui activera toutes ces recommandations. De plus, le lecteur peut prendre connaissance de ce que le Comité propose à l'unanimité pour l'avenir des SPU au Québec. Non seulement cette proposition aborde la question d'une **chaîne d'intervention plus moderne** (p. 132), mais **aussi une structure de gouvernance mieux adaptée à la réalité des SPU** (p. 138). Les principaux éléments qui ont guidé ces choix sont également expliqués dans cette section du rapport.

Table des matières

Avant-propos	5
L'objectif et la portée du rapport	7
La vue d'ensemble des services préhospitaliers d'urgence au Québec ..	10
L'évaluation comparative de la performance des services préhospitaliers d'urgence.....	17
Les constats et les commentaires du Comité sur les caractéristiques des services préhospitaliers d'urgence québécois	20
 <i>La chaîne d'intervention préhospitalière</i>	
Les premiers intervenants.....	20
Les centres d'appel 9-1-1	25
Les centres de communication santé.....	28
Les premiers répondants	39
Urgences-santé.....	43
Les entreprises et les coopératives ambulancières	52
Les établissements	69
Les usagers	76
 <i>Les éléments de la gouvernance</i>	
L'encadrement légal, les rôles et les responsabilités	82
La gestion par résultats, la performance et la reddition de comptes	87
Les systèmes d'information	94
L'encadrement médical.....	100
Les techniciens ambulanciers paramédicaux	106
Les finances et le contrôle	115
Le transport alternatif	121
La recherche et développement	128
 Pour une chaîne d'intervention et une structure de gouvernance plus efficaces	 131
 Annexe – Les attentes du Comité quant aux services préhospitaliers d'urgence	 145

Liste des tableaux

Tableau 1	Coûts des services préhospitaliers d'urgence au Québec en 2012-2013	12
Tableau 2	Rôle et responsabilités du Ministère	14
Tableau 3	Rôle et responsabilités des agences	15
Tableau 4	Couverture des centres d'appel 9-1-1 en 2012-2013	26
Tableau 5	Couverture des CCS en 2012-2013	29
Tableau 6	Nombre d'appels reconnus par le Ministère, budget et coût par appel des CCS en 2012-2013.....	30
Tableau 7	Temps moyen d'affectation des appels aux CCS selon la priorité, en 2012.....	31
Tableau 8	Couverture des premiers répondants en 2012-2013.....	39
Tableau 9	Population desservie par Urgences-santé en 2012-2013	44
Tableau 10	Autres données sur Urgences-santé en 2012-2013.....	45
Tableau 11	Temps de réponse du CCS à Urgences-santé en 2012-2013	46
Tableau 12	Taux de survie aux arrêts cardiorespiratoires à Urgences-santé en 2012-2013.....	46
Tableau 13	Nombre de véhicules, nombre de contrats d'entreprise et nombre de régions où une association est présente en 2012-2013 (excluant Urgences-santé)	53
Tableau 14	Zones dissemblables dotées du même nombre de véhicules en 2012-2013	54
Tableau 15	Zones semblables dotées d'un nombre différent de véhicules en 2012-2013.....	55
Tableau 16	Zones semblables avec nombre de transports et de véhicules différent en 2012-2013.....	55
Tableau 17	Temps moyen passé dans l'établissement selon la région en 2012-2013.....	71
Tableau 18	Simulation du nombre de transports ambulanciers, selon les données actuelles, à partir des projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec, (2012 réels, 2016, 2021 et 2026 prévus)	77
Tableau 19	Taux Utstein de survie aux arrêts cardiorespiratoires de 2010-2011 à 2012-2013.....	78
Tableau 20	Nombre de TAP selon le sexe en 2012-2013.....	107
Tableau 21	Nombre de TAP selon le groupe d'âge en 2012-2013.....	107
Tableau 22	Nombre de TAP selon la formation en 2012-2013	107
Tableau 23	Coût moyen d'un transport ambulancier en 2012-2013	117
Tableau 24	Répartition des véhicules ambulanciers en 2012-2013.....	118

Liste des figures

Figure 1	Évolution des coûts des SPU, du nombre de transports ambulanciers de 2008-2009 à 2012-2013	12
Figure 2	Sources de financement des services préhospitaliers d'urgence au Québec en 2012-2013.....	13
Figure 3	La chaîne d'intervention	14
Figure 4	Répartition de l'effectif d'Urgences-santé au 31 mars 2013	45
Figure 5	Services préhospitaliers d'urgence – Chaîne d'intervention bonifiée	132
Figure 6	Modèle d'organisation des SPU	138

Liste des sigles

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
AEC	Attestation d'études collégiales
APAR	Association des propriétaires d'ambulances régionaux
ASAQ	Association des services d'ambulance du Québec
AVC	Accident vasculaire cérébral
CCS	Centre de communication santé
CEGEP	Collège d'enseignement général et professionnel
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNSPU	Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence
CSAQ	Corporation des services d'ambulance du Québec
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
DASPU	Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DEC	Diplôme d'études collégiales
ETG	Échelle canadienne de triage et de gravité pour les départements d'urgence
FRQS	Fonds de recherche du Québec – santé
GMF	Groupes de médecine de famille
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MELS	Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport
MSP	Ministère de la Sécurité publique

OSBL	Organisme sans but lucratif
PNIC	Programme national d'intervention clinique
RAO	Répartition assistée par ordinateur
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
R-D	Recherche et développement
RMU	Répartiteurs médicaux d'urgence
SIGSPU	Système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
STEMI	Infarctus aigu du myocarde avec élévation à l'ECG du segment ST
TAP	Technicien ambulancier paramédical
UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence
VRR	Véhicule de réponse rapide

Québec, juin 2014

Monsieur Gaétan Barrette
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Hôtel du Parlement
Québec (Québec) G1A 1A4

Monsieur le Ministre,

En vertu du mandat qui lui a été confié en juillet 2013, le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence a récemment terminé ses travaux. Nous avons maintenant l'honneur de soumettre son rapport à votre attention.

Ce document, que nous avons intitulé *Services préhospitaliers : urgence d'agir*, présente d'abord une vue d'ensemble de ce secteur. Nous nous sommes ensuite attardés à chaque élément de la chaîne d'intervention et aux caractéristiques de la bonne gouvernance. Après avoir décrit l'état actuel de chacun des maillons de cette chaîne, nous avons exposé ce qui serait souhaitable dans l'immédiat ainsi que les bonnes pratiques recensées ailleurs dans le monde. Nous étions alors en mesure de formuler nos recommandations qui, logiquement, nous ont conduits à construire une proposition touchant à la fois la chaîne d'intervention et la structure de gouvernance. La dernière section de ce rapport est entièrement consacrée à l'organisation proposée de ce système si important.

Pour ses travaux, le Comité a retenu une approche rigoureusement objective, en s'assurant que tous les acteurs concernés ont eu l'occasion d'exprimer leur point de vue. Leur excellente collaboration mérite d'ailleurs d'être soulignée.

Grâce à la participation éclairée de toutes les personnes qui, à un titre ou l'autre, contribuent aux services préhospitaliers d'urgence, l'état des lieux que nous avons dressé permet d'envisager des solutions à mettre en place et ce, à coût nul et même propices à des économies. Les résultats de nos travaux devraient guider tant les gestionnaires que tout le personnel en cause, afin de remplir avec efficacité la mission première des services préhospitaliers d'urgence. En outre, l'optimisation des ressources est une attente de la population et elle s'accompagne bien évidemment d'une gestion rigoureuse. Ainsi, les personnes en détresse recevront une réponse appropriée, rapide, efficace et, surtout, porteuse du sentiment de sécurité essentiel à une société comme la nôtre.

Nous vous prions de croire, Monsieur le Ministre, en l'assurance de notre collaboration empressée.



Marc Ouellet, CPA, CA



Jean Lapointe, MD



Wayne Smith, MD

Remerciements

Le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence tenait à établir un état des lieux aussi complet que possible de ce secteur bien souvent méconnu du système de santé. Après lecture et analyse des précédents bilans et rapports en cette matière, il a jugé non seulement utile mais nécessaire de se mettre à l'écoute des intervenants les plus proches du patient, les premiers engagés dans cette lutte pour la survie de la personne dans un état critique. Bien entendu, le Comité cherchait à comprendre la chaîne des contributions qui s'additionnent avant l'arrivée du malade à l'hôpital.

Le Comité a donc rencontré des représentants de ce secteur d'activité dans tous ses aspects : techniciens ambulanciers paramédicaux, directeurs médicaux, syndicats, entreprises ambulancières et coopératives, associations d'entreprises ou professionnelles, membres du personnel du Ministère, des agences, des centres de communication santé, d'Urgences-santé et des centres hospitaliers, membres de conseils d'administration, établissements d'enseignement, représentants de municipalités, gestionnaires de services préhospitaliers d'urgence dans d'autres provinces, bref une panoplie assez large de ceux qui s'occupent, à un moment ou l'autre, du malade en péril.

Toutes ces personnes ont apporté leur aide, avec générosité, aux membres du Comité, en leur faisant bon accueil, en répondant à leurs questions, en faisant état de certains problèmes, en mettant en relief les embûches et les réussites de leur vie quotidienne, en contribuant sans réticence à la constitution du bilan actuel.

La plupart d'entre elles ont tenu à présenter un mémoire dans lequel elles ont colligé diverses données, des renseignements de plusieurs ordres, des suggestions pour améliorer le système auquel elles se dévouent.

Sans ces contributions éclairées et ces avis inspirants, le Comité n'aurait pu présenter un rapport aussi complet et étayé, ni même en arriver à tant de recommandations qui n'ont d'autre but que d'améliorer le sort des patients, de mieux connaître la chaîne d'intervention en soins d'urgence et, partant, de valoriser le rôle du technicien ambulancier paramédical et des autres intervenants des SPU.

Que tous ces collaborateurs volontaires soient ici remerciés de leur apport sans prix. Nous leur devons à tous une bonne part de ce qui devrait devenir une base solide pour des changements souhaitables et un futur enthousiasmant.

Les membres du Comité

Avant-propos

Quand la santé, ce bien si précieux, vient à manquer ou simplement à subir un assaut, le désarroi, l'inquiétude et la panique ne sont jamais loin. Si le malaise ou la maladie survient inopinément, si les symptômes nous sont inconnus, s'il nous semble qu'une intervention médicale est nécessaire et même impérative, nous voici en situation d'urgence.

Voilà pourquoi les services préhospitaliers d'urgence (SPU) réclament une attention particulière de la part du gouvernement, de la population, des intervenants de toute sorte, des établissements hospitaliers, grands ou petits. Le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence avait comme objectif de dresser un bilan de la situation actuelle en ce domaine, de cibler les points faibles qu'il importe de corriger, de comparer les méthodes d'ici et celles d'ailleurs pour en arriver à simplifier, à optimiser, à parfaire une organisation dont les lacunes peuvent entraîner des conséquences néfastes.

Les constats que le lecteur trouvera ici ne représentent en aucune façon un blâme ou une accusation. Simplement, chaque maillon de la chaîne d'intervention connaîtra mieux son rôle et ses responsabilités, les moyens dont il dispose, l'aide sur laquelle il peut compter, l'objectif de sa participation active, et devrait avoir l'envie et l'intention de tout tenter pour atteindre l'objectif qui est le sien.

Ce rapport devrait avoir pour retombées d'offrir de meilleurs services de santé et une saine gestion des deniers publics. Pour y parvenir tous ensemble, il importe de connaître les écueils qui parsèment ce trajet vers une situation optimale, une organisation administrative sans faille, la préoccupation unique de la santé et de la survie du malade, la conscience aiguë du temps qui joue contre tous, et ce, sans perdre de vue que le Trésor public ne peut tout assumer, en tout temps et pour chacun. Il faut donc garder à l'esprit que la qualité supérieure vers laquelle on tend en SPU n'est pas synonyme de dépenses inconsidérées, de multiplication des ressources, d'ajout constant de personnes, de dispositifs et d'équipement.

Soyons conscients qu'une sorte de ressource doit être scrupuleusement contrôlée, parce qu'elle est comptée parcimonieusement, qu'elle peut parfois signifier mort ou survie, qu'elle concerne chaque membre de la société et qu'elle est un important indicateur de qualité en santé : le **temps**. Bien entendu, la qualité du geste est un atout majeur dans toute intervention de ce genre.

Ce rapport résulte de la participation des interlocuteurs clés du milieu et de participants intéressés à la question des SPU. Il s'appuie sur les souhaits exprimés, certaines doléances occasionnelles, les suggestions toujours bienvenues, les objectifs à atteindre et la manière d'y parvenir.

Vous tous qui prendrez connaissance de ce rapport, soyez assurés de la volonté d'améliorer les soins offerts en SPU, grâce à un effort collectif indispensable.

Regardons ensemble vers le futur.

L'objectif et la portée du rapport

Le mandat et la composition du Comité

La constitution du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (le Comité) a été annoncée le 12 juillet 2013 par le ministre de la Santé et des Services sociaux et ministre responsable des aînés. Le mandat du Comité est d'analyser le fonctionnement global des services préhospitaliers d'urgence québécois, en tenant compte du vieillissement de la population, des demandes récurrentes d'ajouts de services ambulanciers, de l'évolution des meilleures pratiques et des limites financières de l'État.

En vertu de ce mandat, le Comité doit dresser un état des SPU et revoir leur fonctionnement sur tout le territoire québécois. Il est également tenu de faire des recommandations dans le but d'améliorer et d'optimiser la prestation de services. En particulier, le Comité doit :

- déterminer si le modèle d'organisation des SPU est adéquat et formuler des recommandations d'amélioration ou de changement;
- évaluer le recours aux ressources humaines et l'utilisation des ressources financières et matérielles, et en apprécier l'efficacité;
- déterminer si les politiques et les protocoles opérationnels en vigueur sont adéquats et conformes aux orientations ministérielles;
- revoir le modèle d'affaires existant;
- évaluer tout autre élément jugé important et source d'une incidence majeure sur les services.

Le Comité est composé des personnes suivantes :

- M. Marc Ouellet, CPA, CA, président du Comité
- D^r Jean Lapointe, MD
- D^r Wayne Smith, MD

Il est assisté dans ses travaux par deux secrétaires généraux, Martin April et Jean-François Boudreau, tous deux rattachés au ministère de la Santé et des Services sociaux (le Ministère).

La rédaction de ce document a été effectuée en collaboration avec M^{me} Geneviève Laplante et la mise en page et la présentation visuelle par M^{me} Hélène Falardeau. Les membres du Comité leur en sont très reconnaissants.

La méthode de travail

Tous les interlocuteurs clés œuvrant auprès des SPU ont accepté de rencontrer les membres du Comité. Ainsi, près de 150 acteurs des SPU au Québec ou dans d'autres provinces canadiennes se sont prêtés à des échanges qui ont permis de cerner leurs problèmes et de recueillir leur avis ainsi que leurs recommandations pour améliorer les services.

Parallèlement à ces rencontres, le Comité a invité les intervenants clés de la gestion et de la dispensation des services à présenter un mémoire; une quarantaine d'exposés ont ainsi été transmis et analysés.

Un mandat d'étalonnage a aussi été confié à une firme spécialisée¹ afin d'obtenir de l'information sur l'organisation, les modèles d'affaires, les ressources utilisées, les standards de qualité et les mesures de performance dans des SPU d'autres gouvernements d'Occident. Ces travaux ont notamment permis de prendre connaissance de bonnes pratiques ailleurs dans le monde et de juger de leur applicabilité au système québécois.

Le Comité a également procédé à une revue de littérature afin de se documenter sur diverses approches en matière de SPU. En cette matière, le Comité a obtenu l'aide de l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) sur l'utilisation de modes de transport alternatif ailleurs dans le monde et le rôle du TAP communautaire.

Les principes, la préoccupation majeure et les attentes

Au début de ses travaux, le Comité a formulé ses principes et défini sa préoccupation majeure ainsi que ses attentes (voir l'annexe) quant aux SPU. Cette réflexion a orienté les travaux d'analyse effectués par le Comité tout au long de son mandat.

1. SECOR est une firme internationale de conseil en stratégie et management. Son rapport porte le titre suivant : *Évaluation comparative de la performance des services préhospitaliers d'urgence. Rapport final présenté au Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*, 21 février 2014.

Les principes relatifs à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence

Le patient doit demeurer au centre des préoccupations et des décisions des responsables du système. De plus :

- Le système doit tenir compte de la capacité de payer du citoyen.
- Le public est en droit de s'attendre à des SPU de qualité sur tout le territoire du Québec.
- Comme les SPU font partie du système de santé, ils sont nécessairement soumis à son évolution, si bien que leur intégration au réseau est essentielle.
- Les SPU se placent au carrefour de la sécurité civile, de la sécurité publique et du système de soins de santé.
- Tous les maillons de la chaîne d'intervention retenue au Québec sont pertinents.
- Le vieillissement de la population constitue une caractéristique importante qui concerne de près les SPU.

La préoccupation majeure

Les moyens mis en œuvre par tous les intervenants québécois favorisent-ils une gestion économique, efficiente et efficace des SPU, assortis d'une qualité de soins optimale pour les patients ? En rend-on compte adéquatement ?

Le Comité a dirigé ses travaux de façon à pouvoir vérifier le degré d'application de ces principes et la justesse de cette préoccupation.

Les limitations

En raison de leur particularité, les services aériens sanitaires ne sont pas traités dans le présent rapport. Ce type de services vise le transport aérien d'urgence pour les patients hospitalisés en région éloignée et dont l'état de santé nécessite des soins spécialisés ou ultraspecialisés accessibles dans les hôpitaux des régions de Québec et de Montréal. Le transport se fait par aéronef et le Centre des services partagés du Québec est responsable de la gestion des opérations aériennes. Ces services répondent donc à des règles très différentes de celles des SPU et le Comité est d'avis que leurs caractéristiques doivent faire l'objet d'un autre rapport, si les autorités du Ministère le jugent nécessaire.

De même, le domaine des mesures d'urgence et de la sécurité civile n'est pas couvert par le présent rapport. Ce secteur d'intervention, même s'il peut recourir aux SPU lors de certains sinistres, est coordonné par d'autres instances gouvernementales et municipales. Le Comité s'est donc abstenu d'aborder cette question. Le sujet néanmoins mérite d'éventuelles réflexions et actions compte tenu des risques inhérents.

La vue d'ensemble des services préhospitaliers d'urgence au Québec

L'historique

Les SPU au Québec ont été marqués par divers événements et fait l'objet de rapports qui ont influé sur ce secteur d'activité depuis plus de vingt ans.

Année	Événement
1988-1989	Premier contrat de services provincial
1989	Création de la Corporation d'Urgences-santé pour organiser et dispenser les SPU sur les territoires des Villes de Montréal et de Laval
1989	Syndicalisation des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP)
1991	Rapport De Coster à la suite des événements tragiques survenus le 6 décembre 1989 à l'École Polytechnique de Montréal
1992	Rapport du Comité consultatif sur l'implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers, <i>Chaque minute compte</i> (rapport Fréchette)
1993	Mise en place de l'attestation d'études collégiales (AEC) pour l'amélioration et le renforcement de la formation des TAP
1995	Décentralisation de responsabilités des SPU vers les instances régionales de santé et de services sociaux
1997	Rapport et recommandations du Vérificateur général sur les composantes de la chaîne d'intervention
2000	Rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers, <i>Un système à mettre en place</i> (rapport Dicaire)
2001	Création de la Direction des services préhospitaliers d'urgence au Ministère, selon une recommandation du rapport Dicaire
2002	Adoption de la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i>
2003	Adoption du règlement autorisant les TAP à poser des actes médicaux réservés et à administrer certains médicaments, avec l'accord du Collège des médecins (CMQ)
2005	Suivi par le Vérificateur général de l'application des recommandations de son rapport de 1997
2006	Adoption du diplôme d'études collégiales (DEC) pour les TAP

Année	Événement
2007	Rapport sur les horaires de faction et l'évaluation des charges de travail (rapport Gauthier)
2007	Entente entre la Ville de Montréal et Urgences-santé sur les services de premiers répondants
2009-2010	Reclassement des échelles salariales des TAP
2011	Mise en place du registre national des techniciens ambulanciers
2012-2015	Nouveau modèle de contrat de services avec les entreprises ambulancières

Source : DASPU.

Les données de base

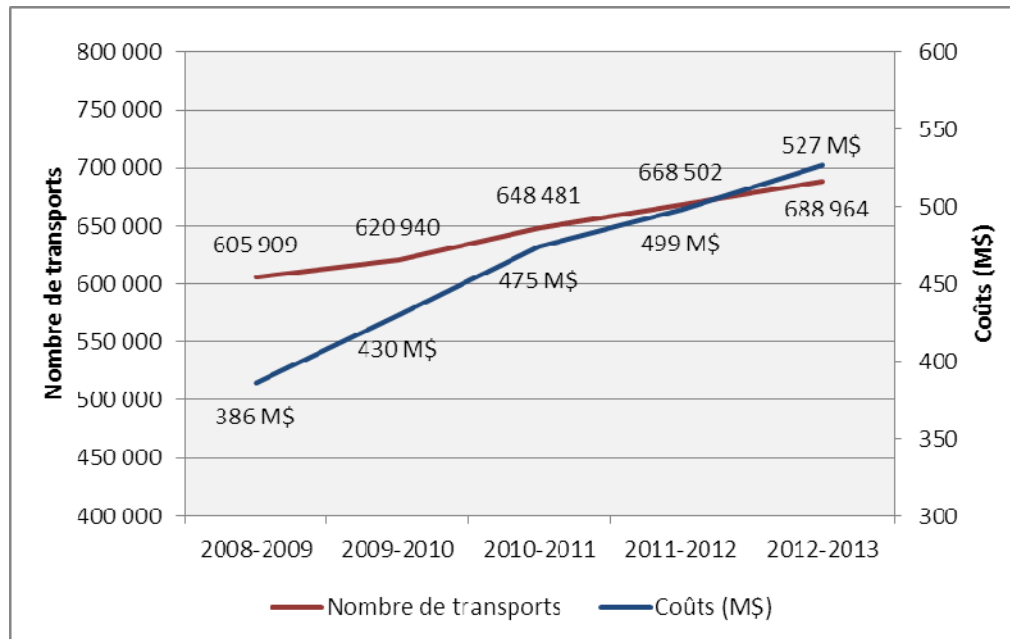
Il se fait environ 689 000 transports ambulanciers par année au Québec avec un peu plus de 680 véhicules. Les coûts annuels des SPU sont de l'ordre de 527 M\$ et on compte près de 5 000 TAP et 430 répartiteurs médicaux d'urgence (RMU) offrant des services préhospitaliers. Les centres de communication santé (CCS), au nombre de 10, reçoivent près de un million d'appels annuellement.

L'évolution du nombre de transports et des dépenses

Depuis 2008-2009, le nombre total de transports ambulanciers a connu une croissance annuelle moyenne de 20 763 transports, soit 13,7 % sur cinq ans (83 000 transports de plus).

Durant la même période, les dépenses ont connu une augmentation annuelle moyenne de 35,1 M\$, soit 36,3 % sur cinq ans (140,4 M\$ de plus).

Figure 1 Évolution des coûts des SPU, du nombre de transports ambulanciers de 2008-2009 à 2012-2013



Cette figure exclut les interventions lorsqu'il y a un déplacement d'ambulance sans transport de patient. Par exemple, pour Urgences-santé, ce nombre d'interventions correspond en 2012-2013 à environ 37 000 déplacements (voir tableau 10).

Source : DASPU.

Les dépenses des services préhospitaliers (tableau 1) sont principalement constituées des contrats avec les entreprises ambulancières et celles qui se rapportent aux opérations directes d'Urgences-santé.

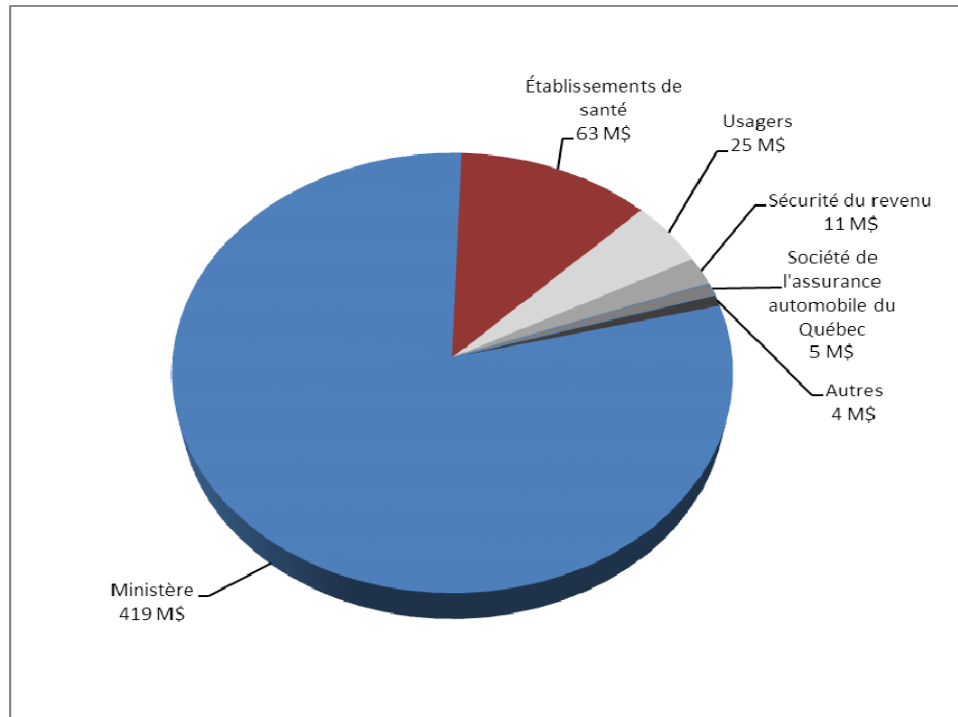
Tableau 1 Coûts des services préhospitaliers d'urgence au Québec en 2012-2013

Nature des dépenses	Coûts (en M\$)	Pourcentage
Contrats de services (secteur privé) et opérations directes d'Urgences-santé	439	83,3
CCS	34	6,4
Particularités régionales et éléments rectifiables	12	2,3
Premiers répondants	11	2
Salaires (excluant les TAP et les RMU)	10	1,8
Formation	7	1,2
Assurance qualité	3	0,6
Autres	11	2,1
Total	527	100

Source : DASPU.

Outre la contribution de 419 M\$ du Ministère, les autres sources de financement sont présentées à la figure 2.

Figure 2 Sources de financement des services préhospitaliers d'urgence au Québec en 2012-2013

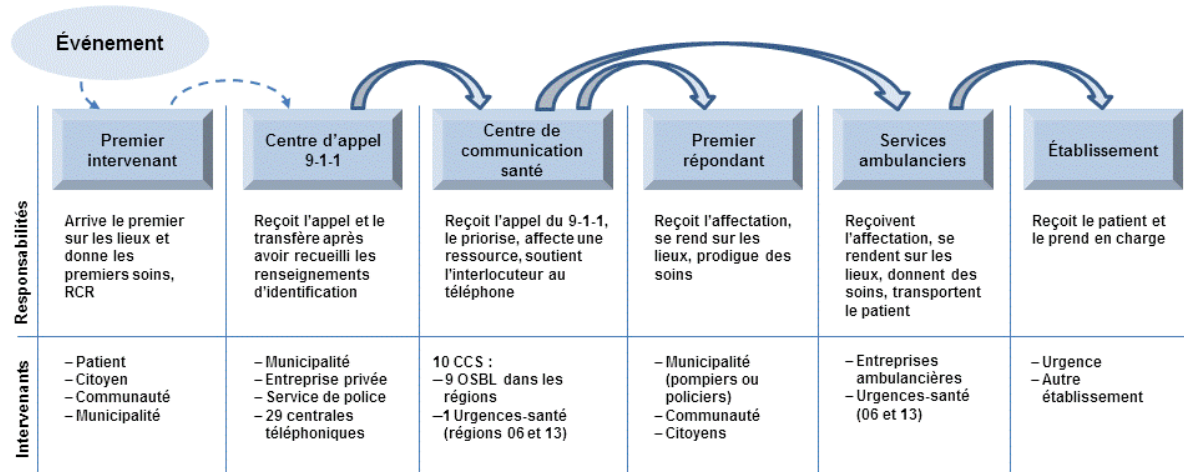


Source : DASPU.

Les acteurs des services préhospitaliers d'urgence

Le secteur des SPU comprend de multiples acteurs dont les responsabilités et les interventions doivent être intégrées.

Le modèle des SPU est généralement représenté par la chaîne d'intervention qui illustre les interrelations entre les divers acteurs à la suite d'un événement ou d'un incident (voir la figure 3).

Figure 3 La chaîne d'intervention


Les responsabilités de gouvernance des services préhospitaliers d'urgence

Les responsabilités de gouvernance des SPU sont réparties entre le Ministère sur le plan national et les agences de santé et de services sociaux (les agences) incluant, pour Montréal et Laval, Urgences-santé sur le plan régional.

Ces responsabilités sont établies dans la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Le tableau 2 les résume.

Tableau 2 Rôle et responsabilités du Ministère

Détermine les grandes orientations en matière d'organisation des SPU de même que les objectifs opérationnels et les standards de qualité des SPU
Détermine les règles d'évaluation des résultats des SPU et met en place les mécanismes de reddition de comptes
Assure la coordination des SPU sur tout le territoire afin d'en garantir l'efficacité et l'efficacé
Détermine les zones de services ambulanciers
Établit les règles de financement, répartit les ressources entre les agences et Urgences-santé, détermine le contenu du contrat avec les entreprises ambulancières
Établit les politiques et les règles de développement et de formation de la main-d'œuvre, détermine les niveaux de compétence requis, constitue et maintient à jour le registre national des techniciens ambulanciers
Favorise la participation des citoyens à titre de premiers intervenants
Détermine les conditions des ententes avec les premiers répondants

Tableau 3 Rôle et responsabilités des agences*

Élaborent les plans triennaux d'organisation de services
Coordonnent les SPU sur une base régionale
Déterminent le modèle d'organisation de services sur leur territoire
Établissent les besoins de ressources, les répartissent, signent et font respecter les contrats avec les entreprises ambulancières
Délivrent les permis d'exploitation de services ambulanciers et gèrent le nombre d'ambulances liées à ces permis
Déterminent les modalités d'encadrement médical des personnes qui dispensent des SPU
Dressent et maintiennent à jour la liste des premiers répondants
Reconnaissent les organismes qui peuvent dispenser de la formation aux premiers répondants
Prévoient les modalités et les modes de transport non urgent entre les établissements

* La Corporation d'Urgences-santé agit selon la loi comme si elle était une agence, et les fonctions qui seraient dévolues en vertu de ce titre aux agences de Montréal-Centre et de Laval sont assumées par la Corporation.

Par ailleurs, le Ministère et les agences sont soutenus dans leurs responsabilités par un directeur médical national, nommé par le Ministre, et des directeurs médicaux régionaux, désignés par chacune des agences qui ont pour fonction d'encadrer et d'assurer la qualité des soins dispensés aux patients.

Les modèles d'affaires

Deux modèles d'affaires existent dans le secteur des SPU. Dans les régions, les services de transport ambulancier sont effectués par des entreprises privées et les CCS sont exploités par des organismes sans but lucratif (OSBL) dirigés par un conseil d'administration, composé en majorité de représentants des entreprises ambulancières. À Montréal et à Laval, la Corporation d'Urgences-santé, dirigée par un conseil d'administration dont les membres sont nommés par le gouvernement, assure la gestion des services ambulanciers et du CCS.

Montréal et Laval	Autres régions
<p>Modèle d'affaires public</p> <ul style="list-style-type: none"> – Entreprise publique Urgences-santé avec CA et PDG nommés par le gouvernement – Centre de communication santé intégré à Urgences-santé – Majorité du financement provient de fonds publics – Reddition de comptes selon la <i>Loi sur l'administration publique</i> (plan stratégique, rapport annuel) – Application de la <i>Loi sur la gouvernance des ressources informationnelles</i> 	<p>Modèle d'affaires public/privé</p> <ul style="list-style-type: none"> – Environ 85 entreprises privées de transport ambulancier – 9 centres de communication santé (OSBL); entreprises ambulancières majoritaires au CA – Majorité du financement provient de fonds publics après négociation et conclusion d'un contrat de services – Reddition de comptes prévue par le contrat – Organismes privés non couverts par la <i>Loi sur la gouvernance des ressources informationnelles</i>

Voici quelques données liées à ces deux modèles d'affaires :

Urgences-santé		Autres régions		Total
Environ 230 000 transports/année		Environ 459 000 transports/année		Environ 689 000 transports/année
154 véhicules		528 véhicules		682 véhicules
118 M\$/année	+	409 M\$/année	=	527 M\$/année
938 TAP		4 095 TAP		5 033 TAP
1 centre de communication santé		9 centres de communication santé		10 centres de communication santé
373 119 appels/année		626 166 appels/année		999 285 appels/année
Population : 2,4 millions		Population : 5,7 millions		Population : 8,1 millions

L'évaluation comparative de la performance des services préhospitaliers d'urgence

Aux fins de ses travaux, le Comité a jugé pertinent de comparer divers SPU afin de découvrir les bonnes pratiques susceptibles d'être appliquées au système québécois pour en améliorer la performance. Un mandat a donc été confié à la firme SECOR, experte en étalonnage. Douze SPU de villes, de provinces canadiennes, d'États ou de pays occidentaux ont ainsi été comparés et leur performance a été évaluée par rapport au coût par habitant, au temps de réponse ainsi qu'au taux de survie aux arrêts cardiorespiratoires (ACR).

Huit bonnes pratiques qui influencent la performance des SPU sont ressorties de cette démarche. Les analyses du Comité s'en sont notamment inspirées pour évaluer le système québécois.

Bonnes pratiques qui influencent positivement la performance

1. Forte intégration des services préhospitaliers d'urgence

Communication fluide entre les acteurs et bonne coordination de l'ensemble des acteurs de la chaîne d'intervention

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES D'INTÉGRATION

- orientations stratégiques communes déterminées par l'État et consolidation de l'information dans un rapport annuel commun;
- gestion de tout le système par un organisme qui assure l'intégration de tous les acteurs de la chaîne d'intervention;
- suivi de la performance consolidé selon des standards uniformisés.

2. Reddition de comptes bien établie

Processus formel de reddition de comptes des unités opérationnelles à l'unité de gouvernance

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE REDDITION DE COMPTES

- indicateurs de performance et de résultats accessibles au public;
- clauses de performance opérationnelle dans les contrats et les ententes avec les entreprises;
- obligation de publier un rapport annuel.

3. Prévention et formation de la population en RCR

Programmes planifiés et déployés de formation des premiers intervenants aux techniques de réanimation et aux situations d'urgence

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE FORMATION

- formation en RCR obligatoire au secondaire;
- volonté gouvernementale annoncée publiquement en faveur de la distribution de défibrillateurs et de la formation en RCR.

4. Programme d'accès aux défibrillateurs

Déploiement stratégique et massif des défibrillateurs

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE PRÉVENTION ET DE FORMATION

- tenue d'un registre des défibrillateurs en fonction et inspection régulière de ceux-ci;
- application de téléphones intelligents pour localiser et déployer les premiers intervenants formés en RCR.

5. Mise à profit des nouvelles technologies

Mode d'opération utilisant les technologies et mise en place de technologies qui facilitent l'intégration des acteurs

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE MISE À PROFIT DES TECHNOLOGIES

- soutien médical en ligne aux équipes de services préhospitaliers;
- technologie mobile et de géolocalisation dans les véhicules et communications entre les CCS, les véhicules et l'établissement.

6. Forte intégration des centres de communication santé

Possibilité pour chaque centre de répartir toutes les ressources et aucun « silo » informationnel entre les centres de répartition

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES D'INTÉGRATION DE CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ

- un seul directeur général pour tous les CCS;
- diminution importante du nombre de CCS sur le territoire;
- gouvernance centralisée (orientations et stratégies communes, mécanismes de contrôle et reddition de comptes);
- partage de ressources dans tous les CCS;
- mêmes standards et protocoles de répartition.

7. Suivi de la performance des organisations ambulancières

Suivi régulier et automatisé de la performance opérationnelle et clinique des services ambulanciers

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES DE SUIVI DE LA PERFORMANCE DES ORGANISATIONS AMBULANCIÈRES

- systèmes et moyens pour mesurer et suivre la performance;
- publication d'un rapport annuel comprenant des indicateurs de performance des organisations ambulancières, notamment le temps de réponse.

8. Utilisation de modes de transport alternatif ou autre

Utilisation de modes de transport alternatif qui répondent à des besoins particuliers en présentant un coût-avantage dans le but d'optimiser les ressources mais aussi d'améliorer la capacité d'intervention en cas d'urgence

EXEMPLES DE BONNES PRATIQUES D'UTILISATION DE TRANSPORT ALTERNATIF

- utilisation de bons de taxi prépayés pour permettre aux personnes en difficulté dont l'état n'est pas critique de se rendre à l'hôpital le plus proche;
- utilisation de fourgonnettes plus économiques et plus faciles à manœuvrer dans les centres urbains.

Les constats et les commentaires du Comité sur les caractéristiques des services préhospitaliers d'urgence québécois

Les premiers intervenants

L'état de situation actuel

Un incident, un accident, un drame se produit. Quelqu'un suffoque au cours d'un repas au restaurant, une sexagénaire ressent des douleurs intenses à la poitrine et elle a du mal à respirer, une piqûre d'insecte déclenche une crise d'allergie, un enfant à vélo est renversé par une voiture. Que faire ?

La personne qui prend connaissance d'un problème médical, le « premier intervenant », peut être le citoyen qui passe, le comité de santé au sein de l'entreprise, le groupe ou la communauté où se produit l'incident, un membre du personnel municipal. Si elle a reçu une formation de base, elle pourra intervenir plus efficacement, avant l'arrivée des secours spécialisés, et sa contribution peut permettre de sauver une vie ou d'éviter des complications graves.

Au Québec, la Charte des droits et libertés de la personne fait obligation au citoyen d'intervenir lorsque quelqu'un fait face à une situation d'urgence : « 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 » (art. 2).

Pour offrir une formation à la population en matière de premiers secours, le Ministère a amorcé plusieurs démarches. Par exemple, en concertation avec le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS), il a conclu une entente avec la Fondation ACT pour encourager et soutenir les écoles secondaires publiques à donner des cours. La contribution financière de chacun de ces deux ministères – environ 450 000 \$ sur trois ans – prendra fin en 2014-2015. Il faut cependant noter que ce programme ne s'adresse pas aux écoles secondaires privées.

Actuellement, 390 écoles secondaires adhèrent à cette formation dont 142 touchent le volet « défibrillation ». Selon la Fondation, ces programmes sont précaires en raison du taux de roulement élevé des formateurs dans les écoles.

Un autre programme accessible à la population, « Héros en trente », a été mis sur pied par le Ministère en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC, et la Corporation d'Urgences-santé. Cette courte formation

consiste à apprendre une version simplifiée de la réanimation cardiorespiratoire (RCR) : une méthode efficace qui utilise seulement le massage cardiaque, sans la ventilation « bouche à bouche ». D'autres organismes sont en mesure de participer à la formation de la population, notamment la Croix-Rouge canadienne et l'Ambulance Saint-Jean.

Toutes ces offres ont une caractéristique commune, soit d'être optionnelles et facultatives. Comme aucun caractère obligatoire ne se rattache aux formations proposées, celles-ci subissent les aléas de toute adhésion volontaire, c'est-à-dire qu'elles ne disposent d'aucun levier pour obtenir les effets escomptés et pour assurer la pérennité des programmes.

Le Comité est étonné de la passivité des responsables, puisque de nombreuses recommandations ont été faites, au fil des années, pour imprimer un caractère obligatoire aux programmes de formation en secours d'urgence.

En outre, le Ministère ne connaît pas le pourcentage de la population ainsi formée ni, par conséquent, l'incidence réelle de ces interventions. Sans plan stratégique ou plan d'action assorti d'indicateurs, d'objectifs, de suivi et de reddition de comptes, il devient très difficile de mobiliser les intervenants, de tendre vers un objectif commun et d'apporter des correctifs aux actions entreprises, si nécessaire.

Les rencontres des membres du Comité avec de nombreux interlocuteurs concernés ont largement démontré qu'il faudrait redoubler d'efforts pour sensibiliser la population aux devoirs et aux responsabilités de chacun en matière de secourisme. Outre les enjeux qui se posent à la société, le Ministère aurait tout intérêt à définir le coût-avantage de l'intervention rapide des citoyens qui se portent au secours d'une personne en péril. Pour l'instant, l'action citoyenne est trop peu promue, encouragée et valorisée.

Par exemple, même si les défibrillateurs, nécessaires pour améliorer le taux de survie des ACR, sont maintenant offerts à un prix modeste, leur utilisation est trop peu répandue. En effet, sans vision, ni plan d'action, ni orientation structurée et documentée, il est bien difficile pour le Ministère de déployer ces outils indispensables de façon stratégique et ordonnée. Ainsi :

- D'une région à l'autre, l'implantation de ces appareils est aléatoire et laissée à l'initiative de chaque milieu.
- Les CCS ne sont pas systématiquement informés de leur distribution sur le territoire, si bien que leur utilisation n'est pas optimale et que la population n'en retire pas les bienfaits escomptés.
- Le Ministère – de même que plusieurs agences – ne connaît pas davantage l'emplacement des défibrillateurs et ne sait pas non plus s'ils sont accessibles.

- Pour tous ces motifs, la reddition de comptes en ce domaine est très laborieuse et incomplète.

Ce qui serait souhaitable

La chaîne d'intervention en SPU prévoyait déjà le rôle du premier intervenant, celui dont la présence est forcément indispensable. Désormais, il faudrait veiller à ce que la population soit consciente de son devoir d'intervenir, si besoin en est, et qu'elle connaisse aussi l'emplacement des défibrillateurs dans son espace habituel. Il importe de s'assurer que ces appareils de survie sont distribués de manière stratégique sur le territoire et que les citoyens sont sensibles à cet aspect essentiel de la vie en société.

Par ailleurs, le monde médical est le plus apte à déterminer quelles seraient les formations indispensables pour les premiers intervenants, outre la mieux connue, soit la RCR. En effet, d'autres méthodes d'intervention existent et devraient être enseignées à grande échelle : manœuvre de Heimlich, contrôle d'une hémorragie externe, etc.

Le Comité croit qu'il serait essentiel de fixer des objectifs précis quant au pourcentage de la population à former, de procéder à un suivi périodique de cette donnée et d'en faire une reddition de comptes publique. Bien entendu, ces cibles seraient basées sur des pratiques exemplaires.

La population doit être convaincue de la nécessité de donner un caractère obligatoire à la formation en RCR notamment, sachant qu'il en résulterait non seulement des réductions des taux de morbidité et de mortalité, mais également des économies substantielles pour la société.

Les autorités gouvernementales doivent exprimer leur volonté de distribuer des défibrillateurs sur le territoire et qu'il en soit fait un usage fréquent et judicieux. Il faudrait à cette fin établir des orientations et des normes claires et précises.

En étant à l'affût des nouvelles technologies en secourisme, le Ministère serait en mesure d'en informer la population et d'assurer sa participation active.

Les bonnes pratiques

Les services de premiers secours les plus performants misent sur la formation en RCR et une distribution généreuse des défibrillateurs externes automatisés (DEA).

À King County, dans l'État de Washington, 830 000 personnes ont été formées aux techniques de RCR depuis 1971, soit environ 41 % de la population de cette année-là. L'accès public aux défibrillateurs fait l'objet d'une loi. Les propriétaires de ces appareils sont tenus de les inscrire auprès des autorités responsables. Ainsi, le répartiteur peut indiquer aux premiers intervenants où se trouve le défibrillateur le plus proche. Enfin, des directives existent pour que l'installation des défibrillateurs tienne compte du temps de réponse optimal, des activités à risque, notamment en matière de sport, des aspects démographiques, par exemple les lieux où se concentrent plusieurs personnes âgées, etc.

En Suède, 20 % de la population a reçu une formation en RCR. La géolocalisation mobile (GPS) est utilisée pour sauver des vies. Le programme « SMSLifesaver » permet de joindre, au besoin, les deux millions de personnes formées en RCR. Voici quel en est le mode de fonctionnement :

- Les personnes volontaires pour participer au programme s'inscrivent sur un site Web.
- Lorsque la centrale reçoit un appel signalant un arrêt cardiaque, le répartiteur recourt au système de géolocalisation pour cibler les personnes qui se trouvent à moins de 500 mètres de l'incident.
- Un message texte est alors envoyé aux volontaires à proximité, leur donnant des détails sur le lieu de l'incident. En même temps, un appel automatique prévient le volontaire qu'il a reçu un message.
- Au même moment, les services d'urgence sont déployés.

Au Manitoba, en Alberta et en Ontario, la formation en RCR est obligatoire au secondaire.

En Allemagne, la loi rend obligatoire la formation en secourisme lors de l'acquisition du permis de conduire

Les recommandations

Le Comité recommande :

1	d'établir une stratégie pour sensibiliser la population à l'importance des premiers intervenants dans la chaîne des SPU ainsi qu'à l'utilisation des défibrillateurs;
2	d'instaurer un programme obligatoire de formation à la RCR et à l'utilisation des défibrillateurs dans toutes les écoles secondaires ou au moment d'obtenir un permis de conduire;
3	d'imposer une réglementation qui assurera le déploiement stratégique et l'accessibilité optimale des DEA sur le territoire québécois;
4	d'élaborer des règles claires et documentées quant à la formation des premiers intervenants et à l'utilisation des DEA; ces normes devront être assorties d'indicateurs, de cibles et d'objectifs pour en arriver à un suivi périodique et à une reddition de comptes complète jusqu'à l'Assemblée nationale;
5	de mieux exploiter les réseaux sociaux en matière d'intervention des premiers répondants afin d'atteindre les objectifs.

Les centres d'appel 9-1-1

L'origine des centres d'appel 9-1-1

Le ministère de la Sécurité publique du Québec (MSP) est le responsable des centres d'appel 9-1-1. À ce titre, il a fait modifier, en juin 2008, la *Loi sur la sécurité civile* en vertu de laquelle les municipalités doivent s'assurer que leur territoire est desservi par un tel centre. En décembre 2010, ce ministère assortit cette loi d'un règlement qui définit les normes, les spécifications et les critères de qualité applicables. On y trouve notamment les normes minimales de qualité que les centres d'appel 9-1-1 doivent respecter : temps de réponse, constance des services, équipement, etc.

Selon ce règlement, le centre 9-1-1 est tenu de conclure avec un centre secondaire d'appel d'urgence un protocole d'entente qui détermine, pour chaque type d'événement, les services qui s'imposent en priorité ainsi que la procédure à suivre. Par exemple, ce règlement prévoit qu'un centre d'appel 9-1-1 doit, sur une base mensuelle, répondre en moins de 10 secondes à au moins 90 % des requêtes, sauf dans des circonstances particulières (art. 10).

Pour que ce règlement atteigne les objectifs de la loi en matière de conformité, les centres 9-1-1 sont depuis lors soumis à une procédure de certification, toujours sous la responsabilité du MSP.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, pour sa part, ordonne (art. 24) que tout CCS établisse avec les centres 9-1-1 de son territoire un protocole de transfert des appels d'urgence dont la fonction est d'assurer l'uniformité de la procédure et la qualité des services.

L'état de situation actuel

Au 31 décembre 2013, le Québec pouvait compter sur 29 centres d'appel 9-1-1 dont 12 certifiés et 17 en voie de l'être d'ici 2015. Précisons que certains d'entre eux sont même engagés dans une deuxième phase de certification. Les centres 9-1-1 sont confiés en majorité aux services de police, parfois aux services d'incendie ou, dans certains cas plus rares, à des OSBL.

Selon l'information obtenue, environ 20 % des appels reçus par un centre 9-1-1 seraient transférés à un CCS. Dans tous les autres cas, la demande d'aide concerne les services de police ou d'incendie.

La population québécoise est à présent desservie presque entièrement (99,34 %) par un centre 9-1-1 comme le montre le tableau 4.

Tableau 4 Couverture des centres d'appel 9-1-1 en 2012-2013

Population couverte	8 105 066
Proportion de la population couverte	99,34 %
Population totale	8 158 569
Municipalités couvertes	1 181
Proportion des municipalités couvertes	91,76 %
Nombre total de municipalités*	1 287

*Incluant les municipalités locales et les municipalités régionales de comté.
Source : DASPU.

Par ailleurs, trois CCS exercent à la fois le rôle de centre 9-1-1 et celui de CCS. Cette structure comporte de nombreux avantages en matière de coordination, d'efficacité, de recrutement et de cohésion.

Toutefois il arrive, dans le cas de plusieurs CCS, qu'aucune entente de service ne soit intervenue entre les centres 9-1-1. Il en résulte que les rôles et les responsabilités peuvent être mal définis et que, partant, il n'est pas assuré que les appels sont traités avec toute l'efficacité qui s'imposerait. De même, les protocoles de transfert d'appel ne sont pas uniformes et, qui plus est, parfois inexistantes. Ainsi, les appels logés au 9-1-1 ne sont pas tous traités de la même façon, situation susceptible d'entraîner des conséquences néfastes. Certains CCS ont même affirmé devoir reprendre les données d'identification et de localisation transmises par le centre 9-1-1, ce qui entraîne forcément une prolongation du temps de réponse.

Enfin, la chronométrie du transfert d'appel entre le centre 9-1-1 et le CCS n'est ni accessible ni mesurée par le Ministère, ce qui nuit à l'évaluation de la performance des SPU. Pourtant, certaines pathologies – par exemple un ACR – exigent d'emblée une célérité optimale. En effet, selon la littérature, chaque minute entraîne avec elle une diminution de 10 % des chances de survie.

Ce qui serait souhaitable

Les nombreuses rencontres du Comité ont largement démontré que la coordination entre les centres d'appel 9-1-1 et les CCS devrait s'appuyer sur des ententes de service et des protocoles de transfert d'appel. De plus, partout au Québec, il serait essentiel que cette coordination soit rigoureuse, uniforme et sans faille.

Les données chronométriques constituent une information de premier ordre pour améliorer ou maintenir la performance des centres 9-1-1 et des CCS. Il serait judicieux de veiller à ce que ces données soient accessibles en tout temps.

Le Comité a observé ailleurs, dans les SPU performants, une tendance à réduire le nombre de centres d'appel afin d'accroître l'efficacité et d'offrir un service uniforme dans les régions desservies. Le Ministère et le MSP devraient être en mesure de démontrer que le rapport entre le nombre de centres 9-1-1 et celui des CCS est optimal.

Les recommandations

Le Comité recommande :

6	de s'assurer que la collaboration entre les centres d'appel 9-1-1 et les CCS est encadrée par une entente de service et des protocoles uniformes, et qu'elle est indispensable à l'accréditation de ces deux types d'organisations;
7	de mettre en place une Table permanente de travail composée de représentants du MSP, du Ministère, des centres 9-1-1 et des CCS pour convenir de protocoles rigoureux et uniformes de transfert d'appel; de mandater cette Table pour élaborer et respecter des standards de performance dans les centres 9-1-1 pour le volet « santé »;
8	de s'assurer que ces protocoles permettent de disposer de toute l'information nécessaire pour pouvoir mesurer le temps de réponse aux appels de la population et de rendre ces données accessibles au public;
9	à l'aide d'une analyse coût-avantage, de revoir s'il est pertinent de maintenir un aussi grand nombre de centres d'appel 9-1-1 ou de favoriser une meilleure intégration (ressources, locaux, technologie, équipement, etc.) avec les CCS, compte tenu des possibilités technologiques actuelles.

Les centres de communication santé

L'état de situation actuelle

Les CCS occupent une position névralgique dans la chaîne d'intervention des SPU. Un CCS est une personne morale constituée à des fins non lucratives et ayant pour objet d'exercer exclusivement les fonctions prévues par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*.

Le conseil d'administration (ou le comité de gestion²) d'un CCS est composé de la façon suivante :

- cinq membres désignés par les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers sur le territoire desservi par le centre;
- un membre nommé par les municipalités du territoire desservi par le centre;
- un membre nommé par les établissements de santé du territoire desservi par le centre;
- un membre nommé par la ou les agences dont le territoire est desservi par le centre;
- un directeur médical régional des SPU.

Les CCS ont pour principales fonctions (art. 22) :

- de recevoir les appels en provenance d'un centre d'appel 9-1-1, d'une personne ou d'un établissement qui demande l'intervention des SPU;
- de traiter et de prioriser les appels conformément aux protocoles approuvés par le ministre;
- d'affecter et de répartir les ressources disponibles de façon appropriée, efficace et efficiente;
- d'assurer le suivi et l'encadrement des ressources affectées à une demande de SPU;
- de collaborer avec l'agence au contrôle et à l'appréciation de la qualité des actes posés par ses employés et par le personnel d'intervention des SPU;

2. La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* prévoit, pour le « Centre d'appel d'urgence des régions de l'est du Québec (CAUREQ) » et pour la « Centrale des appels d'urgence Chaudière-Appalaches », personnes morales en vertu de la partie III de la *Loi sur les compagnies* (c. C-38), la présence d'un comité de gestion composé des mêmes représentants que le conseil d'administration d'un CCS.

- de coordonner les communications entre les acteurs de l'organisation des SPU et les établissements.

La loi précise (art. 25.1) qu'un CCS doit conclure une entente de gestion avec la ou les agences dont il dessert le territoire, qui comporte notamment les éléments suivants :

- les objectifs opérationnels du centre, les moyens pour atteindre ces objectifs, les orientations en matière de consolidation et de développement technologique, le plan de l'effectif, les ressources financières de même que les principaux indicateurs qui permettront de rendre compte des résultats atteints;
- les modalités relatives à la production de rapports périodiques.

De plus, une agence désignée parmi les signataires de cette entente doit veiller à son respect et à l'atteinte des objectifs du centre et transmettre ce document au ministre. Toutes les ressources des CCS sont financées entièrement par le Ministère.

Sur le territoire québécois, on compte actuellement 10 CCS qui desservent 99,47 % de la population (88 % en 2004-2005) et 97,35 % des municipalités, comme l'expose le tableau 5. Cette couverture quasi complète correspond à une progression notable depuis l'adoption de la loi en 2002.

Tableau 5 Couverture des CCS en 2012-2013

Population couverte	8 115 235
Proportion de la population couverte	99,47 %
Population totale	8 158 569
Municipalités couvertes	1 104
Proportion des municipalités couvertes	97,35 %
Nombre total de municipalités locales	1 134

Source : DASPU.

Les CCS sont financés par l'État et le tableau 6 présente de l'information sur le nombre d'appels, le budget et le coût par appel au cours de la dernière année.

Tableau 6 Nombre d'appels reconnus par le Ministère, budget et coût par appel des CCS en 2012-2013

CCS	Nombre d'appels	Budget	Coût par appel
Urgences-santé	373 119	10,7 M\$	28,62 \$
Groupe Alerte Santé	145 861	4,3 M\$	29,67 \$
CCS des Capitales	124 927	3,7 M\$	29,56 \$
CCS Laurentides-Lanaudière	106 273	3,9 M\$	36,39 \$
CCSMCQ	69 567	2,9 M\$	41,13 \$
CAUREQ	53 500	2,6 M\$	48,27 \$
CAUCA	44 945	2,2 M\$	47,96 \$
CCS Estrie	44 202	1,9 M\$	43,27 \$
CCS Outaouais	36 891	1,8 M\$	49,43 \$
CCS Abitibi-Témiscamingue	18 946	0,9 M\$	45,45 \$
Total	1 018 231	34,8 M\$	34,14 \$

Source : DASPU.

Les CCS utilisent le MPDS (*medical priority dispatch system*) pour la prise d'appel. Cette méthode est reconnue internationalement pour le traitement et la priorisation des appels, y compris le soutien téléphonique à l'interlocuteur.

Certains aspects de la gestion des CCS, compte tenu de leur rôle névralgique, doivent être améliorés.

L'entente de gestion, le suivi et la reddition de comptes

En dépit de ce que prévoit la loi, aucune entente ne lie les CCS aux agences du territoire. Ainsi, en l'absence de toute convention, les agences et le Ministère ne peuvent savoir si les CCS fonctionnent dans un environnement qui favorise l'économie, l'efficacité et l'efficacité et qui offre un service de qualité à la population. Par conséquent, la reddition de comptes des CCS est nettement déficiente.

Théoriquement, le CCS doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, remettre au ministre ainsi qu'à l'agence dont il dessert le territoire ses états financiers de même qu'un rapport de ses activités pour l'exercice financier précédent. Or, tel n'est pas toujours le cas et le Ministère n'effectue pas de suivi en cette matière.

En outre et malgré ce qu'exige une saine gestion, les modalités relatives à la production de rapports périodiques – qui devraient faire partie de l'entente de gestion – n'ont pas été définies, la reddition de comptes est inexistante ou

incomplète. L'analyse qui devrait en découler est, de ce fait, impossible à effectuer.

Par exemple, en examinant le temps moyen d'affectation des appels logés au CCS selon la priorité pour l'année 2012 tel qu'il a été fourni par la DASPU, le Comité a noté des écarts importants d'un CCS à l'autre et certaines données sont même parfois étonnantes ou aberrantes comme le montre le tableau 7. Par souci d'amélioration et de performance, une analyse de la situation et un suivi s'imposeraient, mais rien de ce genre n'est fait présentement.

Tableau 7 Temps moyen d'affectation des appels aux CCS selon la priorité en 2012

CCS	P0	P1	P2	P3
CAUREQ*	2 min 41 s	1 min 56 s	**12 min 47 s	2 min 2 s
CAUCA*	1 min 58 s	1 min 49 s	5 min 39 s	2 min 19 s
CCS des Capitales	***17 min 22 s	2 min 5 s	***52 min 23 s	2 min 27 s
CCSMCQ	2 min 17 s	2 min 26 s	3 min 9 s	4 min 20 s
CCS Estrie	1 min 53 s	2 min 31 s	3 min 22 s	4 min 12 s
Groupe Alerte Santé	2 min 23 s	2 min 41 s	4 min 48 s	3 min 48 s
CCS Outaouais	2 min 35 s	2 min 31 s	4 min 2 s	3 min 41 s
CCSAT*	2 min 31 s	2 min 29 s	3 min 49 s	2 min 48 s
CCSLL	3 min 5 s	3 min 34 s	3min 52 s	5 min 29 s
Urgences-santé	****n.d.	2 min 1 s	2 m 10 s	2 min 58 s

*Ces CCS agissent aussi comme centres d'appel 9-1-1. Le délai est calculé entre la prise d'appel au 9-1-1 et l'affectation du véhicule ambulancier.

**Aberration probable.

***Aberration probable en raison d'une répartition assistée par ordinateur (RAO) non conçue pour les SPU.

****Pas de P0 en 2012, inclus dans P1.

Source : DASPU.

La gouvernance

Comme plusieurs intervenants, le Comité est très préoccupé par la structure de gouvernance des CCS. Par exemple, les conseils d'administration laissent une place prépondérante aux entreprises ambulancières, ce qui entraîne à tout le moins une apparence de conflit d'intérêts, quand on sait que le patient devrait être au cœur des préoccupations. Cette présence indue peut expliquer en partie les difficultés du Ministère à imposer ses orientations. Dans certaines régions, le Comité a pris connaissance du recours à des mesures de protection des employés (début et fin du quart de travail, période de repas, etc.), non conformes aux directives ministérielles, et au détriment du patient. Enfin, aucun processus structuré n'assure que tous les membres des conseils d'administration reçoivent une formation appropriée quant à leur rôle, à leurs devoirs et à leurs responsabilités.

Plusieurs interlocuteurs ont mentionné que les relations entre les CCS, les agences et le Ministère sont ardues. En ce qui concerne ce dernier, par exemple, il n'arrive pas toujours à obtenir facilement de l'information de certains CCS. D'une part, les rôles et les responsabilités de chacun sont généralement mal compris et, d'autre part, le fait que le financement soit complètement assumé par l'État ne semble pas peser lourd dans la balance, ce qui est à tout le moins étonnant.

Le Ministère a mis en place des mécanismes de concertation pour favoriser les échanges avec les CCS, mais ces derniers ont connu un certain essoufflement au cours des dernières années, à l'exception du volet clinique. Le Comité s'est fait signaler plusieurs insatisfactions à cet égard, par exemple les réunions tenues sans cadence régulière, les sujets abordés dont l'importance est discutable ou qui ne génèrent pas de valeur ajoutée, ou encore des suivis qui manquent de rigueur.

En somme, le Comité constate que le système est totalement financé par l'État, mais contrôlé ou susceptible de l'être par des intérêts privés, ce qui, en soi, est loin de garantir que le service sera axé avant tout sur le patient.

L'assurance qualité et la certification

Même si la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 18), adoptée en 2002, prévoit que le ministre de la Santé et des Services sociaux détermine des normes, des spécifications et des critères de qualité que doit respecter et maintenir un CCS pour être reconnu à ce titre, cet aspect de la loi n'a pas été mis en vigueur avec toute la rigueur nécessaire. Ainsi, contrairement aux centres d'appel 9-1-1 sous la responsabilité du MSP, les CCS ne sont pour l'instant soumis à aucune norme de certification obligatoire et il n'existe pas même de processus à cet égard. À titre d'exemple, un processus de certification exigerait non seulement de l'assurance qualité sur la prise d'appel et la répartition des ressources mais aussi un plan de relève de qualité, indispensable aux CCS pour en assurer la continuité. Actuellement, les plans de relève des CCS comportent d'importantes disparités, ce qui appelle surveillance et correction.

En outre, le Comité a constaté d'autres différences d'un CCS à l'autre, comme l'assurance qualité exercée sur la prise d'appel et la répartition des ressources sur le territoire.

En matière de prise d'appel, sept CCS sont actuellement considérés comme « centres d'excellence », selon un processus reconnu internationalement. Or, non seulement le Ministère n'a pas statué sur l'obligation d'être reconnu comme centre d'excellence, mais encore ce processus ne fait pas l'unanimité au sein des CCS. En effet, certains préfèrent adopter, d'une façon autonome et non reconnue, leur propre définition d'assurance qualité, ce qui rend difficile toute possibilité d'étalonnage.

Qui plus est, la définition de l'assurance qualité relative à la répartition ne répond à aucune règle stricte. Même si cet élément est primordial pour que les ressources soient optimisées en tout temps sur le terrain, les CCS agissent indépendamment les uns des autres, incapables qu'ils sont d'appliquer des principes concrets d'uniformité et de rigueur.

La gestion opérationnelle

Le Comité a constaté que les règles qui président à l'affectation des ressources – gestion et déplacement des ambulances – sont aménagées de manière variable selon la région, le CCS et même l'entreprise ambulancière. Pour n'en donner qu'un exemple, la disponibilité des véhicules ambulanciers est sujette à une très libre interprétation. Ainsi, dans certains CCS, on tend à rapprocher l'ambulance soit du lieu où les TAP prendront leur repas, soit du siège de l'entreprise à la fin du quart de travail. En conséquence, le niveau de disponibilité des TAP autour de ces périodes est interprété différemment. Il est très facile d'en comprendre la raison, mais les conséquences pourraient être dramatiques, car il s'ensuit une prolongation des périodes où le service au patient est « suspendu ». Les heures de disponibilité perdues entraînent un effet direct, et néfaste, sur l'offre de service à la clientèle.

Pour l'instant, au Québec, le CCS n'a d'autre choix que d'affecter un véhicule ambulancier à chaque appel reçu, sauf à Urgences-santé pour certains types d'appels limités. Selon le Comité, la possibilité de dépêcher plutôt un véhicule alternatif³ ou de réorienter un appel vers un autre type de ressource plus susceptible de correspondre aux besoins du patient doit être envisagée, comme en déciderait le CCS dans une perspective d'économie et d'efficacité.

Le Comité a également constaté une méconnaissance mutuelle du rôle, des responsabilités et du quotidien des TAP et des RMU. Les deux parties auraient tout intérêt à suivre un programme de formation bien structuré qui éclairerait chacune quant aux répercussions de ses agissements sur la bonne marche de ce service essentiel à la population.

Actuellement, si l'on inclut Urgences-santé, près de 60 % des véhicules ambulanciers du Québec ont un ordinateur de bord. Il faut noter également que près du tiers de la flotte n'est pas équipé d'un GPS actif, ce qui ne facilite guère le travail des CCS. Il serait urgent de corriger cette lacune, ce qui engendrerait sans aucun doute des gains d'économie et d'efficacité.

L'interopérabilité impossible entre les CCS constitue une lacune majeure, selon le Comité. En cas de sinistre ou de situation exceptionnelle, tous les CCS du Québec devraient pourtant être capables de transférer un ou des appels à leurs

3. Ce sujet est traité ailleurs dans le présent rapport, p. 121-127.

collègues. De plus, le basculement d'appel vers un autre CCS est également souhaitable quand le temps de réponse atteint un certain seuil.

Le budget, le financement et les ressources

En matière de financement, les règles des CCS sont mal connues des gestionnaires et des autres responsables. De plus, comme le budget annuel n'est communiqué aux CCS que tard dans l'exercice, ces derniers sont incapables d'imprégner leur budget d'une certaine efficacité. Voilà un problème auquel il serait pourtant facile de remédier.

La population distingue assez mal entre les centres d'appel 9-1-1 et les CCS. En effet, leurs rôles respectifs étant similaires, le citoyen n'a pas connaissance du passage d'un système à l'autre. L'appel logé au 9-1-1 et qui décrit un problème de santé est aussitôt « basculé » vers un CCS. À partir de ce moment, le 9-1-1 a un rôle moins actif à jouer, hormis l'affectation des premiers répondants au besoin. Pourtant, c'est celui que la population connaît le mieux et pour lequel chacun doit payer une contribution symbolique aisément détectable sur sa facture téléphonique. Le Comité croit qu'il serait bon d'étudier la possibilité d'intégrer le financement de ces deux systèmes complémentaires, quitte à ce que la participation monétaire du citoyen soit légèrement augmentée.

La dotation représente une difficulté supplémentaire pour plusieurs CCS. Le Comité a pris connaissance de leurs difficultés en ce qui concerne le taux de roulement élevé parmi le personnel ainsi que le recrutement particulièrement ardu. Enfin, la formation des RMU présente beaucoup de disparités, ce qui mériterait une plus grande uniformité en vertu de leur rôle essentiel.

Ce qui serait souhaitable

Les CCS jouent un rôle fondamental et, de ce fait, constituent un des maillons les plus névralgiques de la chaîne d'intervention. Or, pour l'instant, on ne leur accorde pas l'importance et le traitement qu'ils méritent, ce qui nuit à leur bon fonctionnement.

En premier lieu, les ententes de gestion avec les agences doivent devenir une ligne de conduite incontournable pour les deux parties.

En deuxième lieu, les conseils d'administration des CCS ont à jouer un rôle de gouvernance primordial. Pour assurer une telle gouvernance, la représentativité au sein des conseils d'administration ne doit donner prise à aucun conflit d'intérêts ou même à l'apparence d'un tel conflit. Enfin, le rôle du conseil d'administration doit être exercé de façon à répondre aux besoins de la population dans un souci constant d'économie, d'efficacité et d'efficacités.

Pour que l'assurance qualité couvre correctement tous les aspects de la prise d'appel et de la répartition, il faudrait que le Ministère donne aux CCS des orientations claires et qu'il mette en place un processus de certification indépendant et périodique.

Sur le plan financier, il manque actuellement des règles précises et connues de tous, y compris un processus budgétaire optimal et respecté par tous les acteurs concernés. La préoccupation d'une saine gestion des deniers publics mènera à une reddition de comptes transparente à la population, qui fera état de la performance et des résultats des CCS et qui comprendra des états financiers vérifiés et un rapport annuel de gestion.

Certains éléments de gestion demandent à être redressés, notamment en instaurant des processus d'analyse systématiques et périodiques de la performance, y compris l'étalonnage d'un CCS à l'autre ou la comparaison avec d'autres centres d'appel ailleurs dans le monde. De plus, une collaboration exemplaire s'impose entre les CCS, les agences et le Ministère, tant pour ce qui est de la coordination, du partage des ressources que des échanges d'information interrégionale. De surcroît, il importe d'élaborer des plans de relève tant intra qu'interrégionaux.

Le Comité juge que d'autres aspects encore de l'organisation des CCS sont primordiaux : ces derniers doivent pouvoir compter sur des systèmes d'information performants, axés sur l'échange électronique des données entre tous les intervenants (premiers répondants, TAP, établissements, CCS et agences) et soutenus par une répartition assistée par ordinateur, une géolocalisation et un ordinateur de bord.

Par ailleurs, l'affectation des ressources ambulancières à la suite d'un appel ne suit pas partout les mêmes règles qui devraient pourtant être uniformes. Le Comité est d'avis que des suivis périodiques sont nécessaires en cette matière.

Enfin, la gestion des risques, sous la responsabilité des conseils d'administration, est préoccupante. Chaque CCS devrait être doté d'un plan de relève opérationnel, de même que de mesures de mitigation pour les difficultés de recrutement et de rétention des ressources humaines. La formation des RMU devrait être uniforme.

Les bonnes pratiques

Le Comité a observé le fonctionnement d'autres CCS ailleurs dans le monde qui lui ont permis de mieux comprendre les raisons de la performance de certains. Voici quelques exemples de solutions aisément applicables :

- Les CCS performants préfèrent l'intégration de leurs services, plutôt que le fonctionnement « en silo ». Par exemple, ils utilisent des systèmes d'information qui leur offrent la possibilité de recueillir des données de manière consolidée.
- Partout on utilise les mêmes standards et les mêmes protocoles de répartition.
- La gouvernance est centralisée, qu'il s'agisse de mécanismes de contrôle, de reddition de comptes, d'orientations ou de stratégies.
- Dans certains cas (par exemple en Suède), la gestion est centralisée, en confiant à un seul directeur général les activités et l'atteinte des objectifs de tous les CCS.
- Bien que le nombre de CCS ne semble pas avoir d'incidence directe sur la performance, on observe une tendance à le réduire dans le but d'accroître l'efficacité et de livrer un service standard dans une même région.

Le cas particulier de la Suède

- **En Suède**, un unique centre d'appel virtuel intégré, SOS Alarm, regroupe 15 centres locaux. Cette organisation publique joue le rôle de centre d'appel d'urgence (type 9-1-1) et de centrale de communication et de répartition pour tous les services d'urgence (police, pompiers, ambulances, services de secours aériens, maritimes, en montagne, etc.). Elle mise sur la coopération entre ses 15 centres, qui agissent comme un seul centre virtuel grâce à un même système d'information intégré qui permet notamment :
 - la connexion de tous les centres d'appel à travers le pays entre eux et avec tous les services d'urgence (*si un appel ne peut être traité dans un délai de cinq secondes, il est transféré automatiquement vers un autre centre*);
 - la possibilité pour les centres de collaborer pour gérer des incidents de grande ampleur;
 - la communication en temps réel de l'information aux parties intéressées;
 - l'utilisation du bassin de ressources de manière flexible et optimale;
 - en résumé, des économies d'échelle avec un niveau accru de disponibilité et de performance.

Les recommandations

Le Comité recommande :

10	de s'assurer du respect de la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i> en ce qui a trait à l'entente de gestion avec les agences;
11	de modifier la gouvernance des CCS en s'inspirant des principes de la <i>Loi sur la gouvernance des sociétés d'État</i> et des saines pratiques de gestion : <ul style="list-style-type: none"> – de s'assurer que l'instance responsable de la gouvernance des CCS est composée d'au moins les deux tiers des membres, dont le président, qui se qualifie comme administrateurs indépendants⁴, selon l'avis du gouvernement; – de renouveler et de publiciser les principes de déontologie et d'éthique; – de veiller à la formation des administrateurs;
12	d'adopter des orientations claires et précises en matière d'assurance qualité (prise d'appel et répartition) et de certification;
13	d'établir des règles de financement claires et transparentes de même qu'un processus budgétaire respectueux des saines pratiques de gestion;
14	d'explorer, avec les autorités gouvernementales et politiques, la possibilité d'intégrer le financement des CCS à celui des centres d'appel 9-1-1, par exemple en modifiant le taux déjà inscrit sur la facture téléphonique personnelle;
15	d'établir des orientations et des règles afin que les CCS s'assurent d'une reddition de comptes transparente envers la population, axée sur la performance et les résultats financiers et opérationnels;
16	d'instaurer des processus d'analyse systématiques de la performance des CCS, y compris l'étalonnage d'un CCS à l'autre ou la comparaison avec d'autres centres d'appel ailleurs dans le monde;
17	de mettre en place les mécanismes nécessaires pour que la collaboration essentielle entre les CCS, les agences et le Ministère soit assurée, de même que la coordination, le partage des ressources et les échanges d'information entre chaque CCS;
18	de s'assurer qu'il existe un plan de relève fonctionnel pour chaque CCS;

4. Le lecteur trouvera la définition de « membre indépendant » à la page 140 du présent rapport.

19	de prendre des mesures à court terme quant à l'informatisation des CCS afin qu'ils puissent compter sur des systèmes d'information performants axés sur l'échange électronique des données entre les divers acteurs et appuyés sur la répartition assistée par ordinateur, une géolocalisation et un ordinateur de bord;
20	d'assurer l'interopérabilité des CCS tant pour le basculement d'appel que les situations exceptionnelles;
21	de reconnaître des établissements d'enseignement pour la formation des RMU et de prévoir des programmes distinctifs d'intégration (stages) et de formation pour les TAP, afin de favoriser la compréhension et le respect de leurs rôles respectifs;
22	de mettre en place des mesures et des contrôles appropriés, pour que les règles d'affectation des ressources soient uniformes dans tous les CCS et appliquées en tout temps;
23	de s'assurer que l'instance de gouvernance responsable des CCS met en place des processus de gestion des risques, en particulier pour ce qui touche les plans de relève, la difficulté de recrutement et la rétention des ressources humaines;
24	de revoir, grâce à des analyses coût-avantage, la pertinence de maintenir un aussi grand nombre de CCS, compte tenu des capacités technologiques actuelles et pour des raisons d'économie et d'efficacité, et de rechercher une meilleure intégration et un partage optimal des ressources.

Les premiers répondants

L'état de situation actuel

En matière d'urgence, la définition de « premier répondant » correspond à toute personne, autre qu'un TAP, formée à cette fin pour porter assistance à un citoyen en péril qui a demandé de l'aide au centre 9-1-1. Le Ministère a défini quatre catégories de premiers répondants en fonction de leur formation, de leurs rôles et de leurs responsabilités. Le Comité est d'avis que le Ministère a bien campé le spectre d'activité de chacune de ces divisions.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* énonce clairement la place occupée par le premier répondant dans la chaîne d'intervention. Tout d'abord, il peut s'agir d'un policier, d'un pompier ou d'un citoyen ayant reçu la formation nécessaire pour obtenir son accréditation. Ensuite, cette personne ne peut être dépêchée que par le CCS auprès de quelqu'un dont l'état requiert les premiers soins de stabilisation définis par des protocoles d'intervention élaborés à cette fin. Le rôle du premier répondant est complémentaire à celui du TAP.

Soulignons aussi que la loi prévoit que les agences sont responsables de prendre les mesures nécessaires pour susciter la mise en place d'un service de premiers répondants sur leur territoire.

En 2005, 164 des 1 152 municipalités québécoises étaient dotées de premiers répondants desservant 12 % de la population.

En 2013, le Ministère établit que des services de premiers répondants existent dans 327 municipalités sur 1 134, soit un taux de 29 %, et que la population est desservie dans une proportion de 43 %, comme le montre le tableau 8.

Tableau 8 Couverture des premiers répondants en 2012-2013

Population couverte	3 520 333
Proportion de la population couverte	43,1 %
Population totale	8 158 569
Municipalités couvertes	327
Proportion des municipalités couvertes	28,8 %
Nombre total de municipalités	1 134

Source : DASPU.

Notons que l'ajout le plus important, au cours des dernières années, découle de l'entente intervenue avec le service d'incendie de la Ville de Montréal. En effet, un fort pourcentage de la population québécoise habite ce territoire, ce qui a fait augmenter d'un seul coup le pourcentage des citoyens desservis par les premiers répondants.

Toutefois, si l'on excepte la Ville de Montréal, force est de reconnaître que l'augmentation du nombre de premiers répondants est lente et faible, puisque la population hors de la métropole n'est desservie qu'à 25 %. De surcroît, plusieurs villes importantes, telles que Québec, Saguenay et Trois-Rivières, sont totalement dépourvues du service de premiers répondants.

Le Comité est d'avis que ce maillon de la chaîne, pourtant très important, aurait tout à gagner d'analyses approfondies, de positionnement stratégique et de vision partagée. Or, il revient au Ministère d'assumer ces tâches et d'exprimer clairement ses orientations, ses objectifs à long terme assortis d'indicateurs et, surtout, d'un processus de reddition de comptes complet, de façon que tous les acteurs concernés travaillent dans le même sens et avec la même détermination.

En vertu d'une entente récente, tous les véhicules de la Sûreté du Québec seront à présent équipés d'un DEA, ce qui illustre bien l'importance d'une concertation stratégique.

Si le développement de ce maillon de la chaîne d'intervention que représentent les premiers répondants demeure incomplet, les raisons en sont nombreuses. En premier lieu peut-être, les municipalités ne semblent pas saisir l'importance de la question, pas plus que son incidence sur la qualité de vie des citoyens. En deuxième lieu, elles sont réticentes à participer à ce projet, craignant de devoir assumer des coûts importants. Enfin, en troisième lieu, le Comité a observé que les petites municipalités éprouvent des difficultés à ce chapitre, parce qu'elles s'appuient le plus souvent sur des bénévoles qui s'essouffent au fil du temps.

En raison de ses responsabilités, il reviendrait au Ministère de sensibiliser les acteurs concernés, par exemple l'Union des municipalités du Québec et la Fédération québécoise des municipalités. De même, il aurait le loisir d'expliquer les critères qui le guident pour octroyer des subsides à ce chapitre. Pour l'instant, le mode de financement de ces services est peu connu et il manque d'uniformité, ce qui peut expliquer les nombreuses critiques qu'il essuie.

D'ailleurs, en misant davantage sur la transparence, le Ministère obtiendrait plus facilement la collaboration de ses partenaires qu'il a du mal à mobiliser. En effet, l'esprit de corps ne semble pas lier tous les intervenants : les TAP, les premiers répondants, les CCS et les entreprises ambulancières oublient parfois que leur raison d'être, le patient, est la même. Le Comité note que la concurrence, sinon la compétitivité, domine souvent les relations entre les intervenants sur le terrain. Pourtant, personne ne devrait oublier que l'objectif premier est de contribuer à

réduire la morbidité et la mortalité. Le Comité déplore cette attitude contre-productive pour tous.

Concernant l'assurance qualité relative au travail des premiers répondants, certaines agences ont mis sur pied des programmes. Toutefois, le Comité constate que seules une orientation nationale et des améliorations notables sauraient implanter l'uniformité et la cohérence de ce type de programme.

En ce moment, le Ministère dispose de données qui lui permettent de calculer le temps de réponse d'une ambulance à partir du moment où l'appel parvient au CCS, après transfert du centre 9-1-1. Or, la présence des premiers répondants influe de façon importante sur le temps total de l'intervention, à compter de l'appel au 9-1-1 jusqu'à l'arrivée de l'ambulance. En d'autres termes, toute la chaîne d'intervention devrait être minutée en détail, afin de repérer les étapes où un gain de temps est possible.

Le Comité juge inacceptable que le temps total de l'intervention tenant compte de la présence des premiers répondants ne soit pas calculé, ni connu du public en région. D'ailleurs, le Ministère ne possède que peu d'information sur le sujet; il ne connaît ni le temps de réponse des premiers répondants, ni le nombre de leurs interventions, sauf pour ce qui est d'Urgences-santé.

Notons qu'il y a lieu de se demander s'il est opportun de dépêcher les premiers répondants pour tous les appels d'urgence de haute priorité, sans aucune analyse des avantages réels qui en découlent. En conséquence, il va de soi que des économies potentielles ne peuvent être réalisées, faute de savoir si ces sorties sont pertinentes dans tous les cas ou si elles devraient se limiter aux pathologies nécessitant une intervention rapide.

Ce qui serait souhaitable

Le premier répondant tient un rôle essentiel dans la chaîne d'intervention et il importe qu'il soit reconnu comme indispensable dans tout service axé sur le patient. Il y aurait également lieu de connaître les bénéfices concrets de ses interventions, afin de cibler les situations où ses actions sont utiles.

Les ressources ambulancières ne devraient pas être augmentées sans étude de coût-avantage du recours aux premiers répondants, que la région en soit pourvue ou non. Pourtant, le parc ambulancier est actuellement toujours modifié à la hausse sans qu'on ait procédé à une quelconque analyse.

Où que ce soit, les premiers répondants devraient être mis à contribution selon une stratégie articulée, assortie d'objectifs précis et mesurables, ce qui permettrait une reddition de comptes complète à la population.

Le Comité est d'avis que les premiers répondants devraient systématiquement faire partie des SPU dans la plupart des régions et des grandes villes du Québec. Par ricochet, le pourcentage de la population non desservie serait marginal.

Les services d'incendie municipaux comptent 24 000 pompiers au Québec, déjà formés pour faire face à des interventions d'urgence. Or, il semble que ce contingent de premiers répondants éventuels ne soit pas réquisitionné autant qu'il se pourrait. Le Comité croit qu'il serait primordial de procéder à une analyse approfondie et à une approche concertée entre les intervenants pour évaluer les gains potentiels pour le Québec.

Les recommandations

Le Comité recommande :

25	de prendre des mesures pour que la présence de premiers répondants soit obligatoire sur tout le territoire du Québec; de prendre en considération la force de frappe potentielle des services d'incendie et de police, après analyse coût-avantage pour les SPU et le patient, comparativement à l'ajout de ressources ambulancières;
26	d'améliorer les procédés d'assurance qualité des premiers répondants pour en garantir l'uniformité;
27	de considérer le temps total de l'intervention tenant compte de la présence des premiers répondants et la possibilité de gains à ce chapitre grâce aux premiers répondants sur tout le territoire du Québec et de fixer des objectifs et des cibles;
28	au moment d'augmenter les ressources ambulancières, d'analyser le temps total de l'intervention pour s'assurer que le coût-avantage lié aux premiers répondants n'est pas ignoré;
29	d'établir et de diffuser des règles de financement claires en ce qui concerne la contribution du Ministère lors de l'instauration d'un service de premiers répondants, ainsi que par la suite;
30	d'élaborer des orientations précises et documentées quant à l'implantation d'un service de premiers répondants, et de les accompagner de cibles et d'objectifs assortis d'un suivi périodique et d'une reddition de comptes à la population.

Urgences-santé

L'état de situation actuelle

En 1989, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris* a constitué la Corporation d'Urgences-santé, personne morale qui a pour mission d'assurer à la population de Montréal et de Laval des SPU de qualité, efficaces et appropriés, afin de réduire la mortalité et la morbidité parmi sa clientèle (c. S-5, art. 149.1). Notamment en raison des déplacements des travailleurs, la population de ce territoire atteint quotidiennement près de 3 millions de personnes.

Sur son territoire, la Corporation exerce les fonctions dévolues à une agence selon la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, notamment celles de planifier, d'organiser et de coordonner ces services, y compris la mise en place de premiers répondants. De plus, en matière de SPU, elle doit coordonner les services qu'elle offre avec les orientations des agences de son territoire. Enfin, elle a pour fonction d'exploiter un CCS et un service ambulancier.

Urgences-santé peut également exercer des activités accessoires aux SPU, agir à titre d'expert-conseil en matière d'organisation, de gestion ou de formation des acteurs concernés, et valoriser commercialement ou diffuser cette expertise au Québec ou à l'extérieur. Auparavant, la Corporation doit avoir conclu une entente avec le ministre et avoir rendu publiques les conditions de cette entente.

La loi prévoit que le conseil d'administration d'Urgences-santé est composé de 10 personnes nommées par le gouvernement :

- un membre nommé après consultation de la Ville de Montréal;
- un membre nommé après consultation de la Ville de Laval;
- un membre nommé parmi les personnes ayant utilisé les SPU de la Corporation au cours des 12 mois précédant cette nomination;
- un membre nommé parmi les directeurs généraux d'établissement après consultation de l'Association des hôpitaux du Québec;
- un membre nommé, après consultation de la direction des affaires médicales de chacune des agences du territoire, parmi les coordonnateurs de salles d'urgence;
- un membre nommé après consultation de la Société de l'assurance automobile du Québec;
- deux membres nommés après consultation, d'une part, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre et, d'autre part, de l'Agence de la santé et des services sociaux de Laval;

- un membre nommé après consultation des salariés de la Corporation;
- un membre nommé après consultation du milieu économique ou des affaires du territoire de la Corporation;
- le directeur général de la Corporation, d'office président du conseil d'administration, nommé par le gouvernement après consultation des autres membres du conseil d'administration.

La Corporation doit, au plus tard le 30 juin de chaque année, remettre au ministre ses états financiers ainsi qu'un rapport de ses activités pour l'exercice financier précédent, qui contient tous les renseignements exigés par le ministre. Elle est également assujettie aux dispositions de la *Loi sur l'administration publique* en matière de gestion par résultats et elle est tenue de produire une déclaration de services aux citoyens, une planification stratégique et une reddition de comptes.

Les dépenses d'Urgences-santé pour l'année 2012-2013 ont été de 118 M\$ et le tableau 9 reproduit les principaux renseignements statistiques qui s'y rapportent.

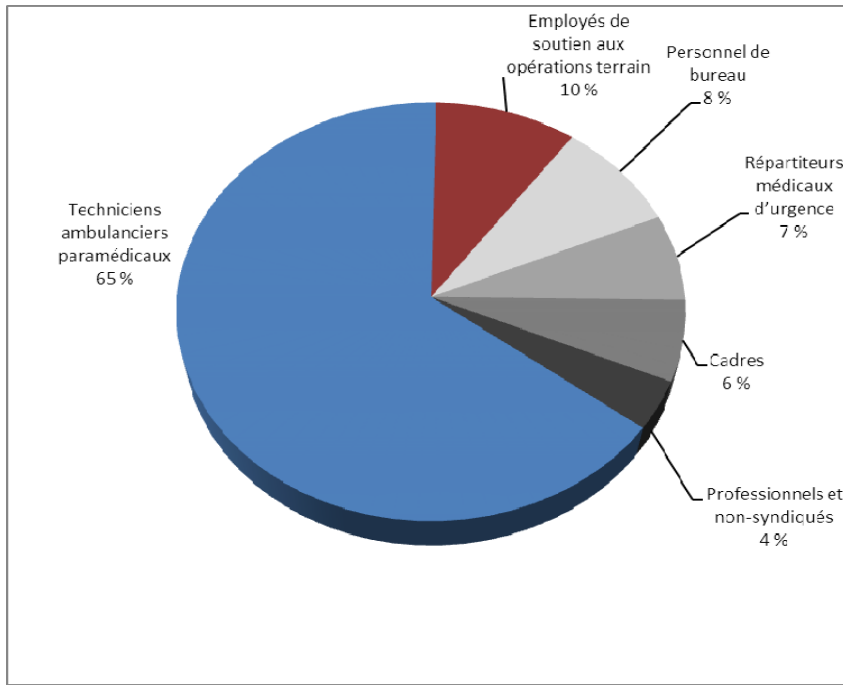
Tableau 9 Population desservie par Urgences-santé en 2012-2013

Territoire	Montréal et Laval
Population	2 391 390
Âge médian	38 ans
Population entre 45 et 64 ans	26,0 %
Population de 65 ans et plus	15,3 %
Densité (hab./km ²)	3 214

Source : DASPU.

La figure 4 et le tableau 10 exposent quelques renseignements relatifs à Urgences-santé.

Figure 4 Répartition de l'effectif d'Urgences-santé au 31 mars 2013



Source : Rapport annuel d'Urgences-santé 2012-2013.

Tableau 10 Autres données sur Urgences-santé en 2012-2013

Nombre de véhicules	154
Nombre d'appels	373 119
Nombre d'interventions	267 023
Nombre de transports effectués	229 877
Budget total	118 M\$
Coût par transport	517,81 \$
Coût par habitant	49,39 \$

Source : DASPU et Rapport annuel d'Urgences-santé.

Les tableaux 11 et 12 présentent quelques résultats de la Corporation d'Urgences-santé.

Tableau 11 Temps de réponse du CCS à Urgences-santé en 2012-2013

Territoire d'Urgences-santé	Services ambulanciers seulement	Avec premiers répondants
Appels urgents* traités en 8 minutes et moins	36,1 %	74,8 %
Temps de réponse moyen aux appels les plus urgents	9 min 43 s	7 min 2 s
Temps de réponse maximum pour 90 % des appels les plus urgents	15 min 51 s	11 min 41 s

*Les appels urgents correspondent aux P1 (les P0 étant inclus dans ces P1).

Source : DASPU.

Tableau 12 Taux de survie aux arrêts cardiorespiratoires à Urgences-santé en 2012-2013

Taux de survie global	9,5 %
Taux de survie Utstein	37,0 %
Taux de survie Utstein modifié	41,2 %

Source : DASPU.

Taux de survie global :

Il s'agit du taux de survie à la sortie de l'hôpital des patients

- ayant subi un arrêt cardiaque extrahospitalier d'étiologie cardiaque;
- pour lesquels une tentative de réanimation a été faite.

Taux de survie Utstein :

Il s'agit du taux de survie à la sortie de l'hôpital des patients

- ayant subi un arrêt cardiaque extrahospitalier d'étiologie cardiaque;
- pour lesquels une tentative de réanimation a été faite;
- en présence d'un témoin autre qu'un TAP ou d'un premier répondant;
- ayant un rythme choquable (fibrillation ventriculaire ou tachycardie ventriculaire sans pouls).

Taux de survie Utstein modifié :

Même définition que le taux de survie Utstein, mais qui inclut aussi les arrêts survenant en présence d'un TAP ou d'un premier répondant.

En 1989, la Corporation d'Urgences-santé est née à la suite d'une crise des services ambulanciers dans l'île de Montréal. Au fil des années, elle a connu toutes sortes de remous : conflits de travail, mise sous tutelle, etc. Comme toute organisation, Urgences-santé est sujette à amélioration sous divers aspects, mais le Comité note qu'elle a acquis plus de stabilité depuis quelques années et que son organisation est plus efficiente qu'auparavant.

Ainsi, le conseil d'administration de la Corporation joue un rôle de gouvernance essentiel. Pour ce faire, il s'appuie sur quatre sous-comités : exécutif, gouvernance, vérification, ressources humaines et communication. Les processus de suivi et de reddition de comptes sont fonctionnels et le Comité a pu s'assurer, d'après les procès-verbaux, que les questions posées sont pertinentes et que l'équipe de gestion agit avec transparence.

Toujours au chapitre de l'activité positive d'Urgences-santé, la mission, la vision, les valeurs et la philosophie de gestion sont bien définies. De même, la direction a élaboré une déclaration de services aux citoyens et le personnel est soumis à un code d'éthique. Enfin, la Corporation a institué un processus de gestion des plaintes et procède à des sondages sur la satisfaction de la clientèle. Ces divers éléments procurent à la gestion l'information qui lui est nécessaire. Le rapport annuel de gestion d'Urgences-santé fait état d'une planification stratégique et d'une reddition de comptes publique et transparente, ce qui est totalement absent dans les autres régions du Québec.

Pour satisfaire à ses obligations dictées par la *Loi sur l'administration publique*, le président-directeur général de la Corporation s'est présenté, le 15 mai 2013, devant la Commission de l'administration publique de l'Assemblée nationale. Cet exercice transparent de reddition de comptes a permis aux parlementaires de constater, dans son *Rapport sur l'imputabilité des dirigeants d'organisme*, que :

- la Corporation a nettement amélioré sa performance au fil des dernières années;
- elle semble s'être donné les outils nécessaires pour poursuivre sa progression;
- les dirigeants sont conscients des défis à relever.

Urgences-santé recourt à un système de déploiement dynamique pour répartir les TAP et les véhicules sur son territoire. Les répartiteurs médicaux du CCS veillent à allouer les ressources là où sont les besoins, en tenant compte de certaines données : conditions météorologiques, trafic routier, entraves à la circulation, etc. La Corporation s'est également dotée de logiciels propres à l'aider à accomplir cette tâche. Grâce à ces outils, il est possible de prévoir les périodes et les endroits où la demande est variable et d'ajuster la répartition en conséquence. Le Comité évalue favorablement cette pratique.

En outre, la Corporation a fait l'acquisition de systèmes informatiques qui s'appuient sur la répartition assistée par ordinateur. De la sorte, il est possible d'obtenir des données sur tous les aspects de l'organisation des secours et, par conséquent, sur toute la chaîne d'intervention préhospitalière. Par la suite, ces mêmes données permettent de calculer plusieurs indicateurs de performance transformables en rapports ou en tableaux de bord.

Malgré tous les progrès accomplis par Urgences-santé, le Comité déplore que les connaissances et l'expertise de la Corporation ne soient pas utilisées à leur plein potentiel pour soutenir le développement des SPU dans les autres régions du Québec, d'autant que son expertise à l'interne et ses activités menées dans un milieu fortement urbanisé sont uniques.

Par ailleurs, entre le Ministère et Urgences-santé, on note l'absence d'un processus défini qui établirait clairement les rôles et les responsabilités de chacun. De même, la planification stratégique d'Urgences-santé souffre du manque d'orientations du Ministère à plusieurs égards et les échanges de services ou d'information entre ces deux instances sont mal structurés, sèment la confusion et affaiblissent la gouvernance de la Corporation. Une entente de gestion encadrant les modalités de fonctionnement et les relations entre ces deux unités administratives serait nécessaire.

Urgences-santé s'est vu confier un rôle d'agence en vertu de quoi elle est responsable d'organiser les SPU sur son territoire. De ce fait, elle doit travailler en étroite collaboration avec les agences de Montréal et de Laval qui partagent les mêmes responsabilités. Il va sans dire que les trois parties doivent impérativement distinguer leurs rôles, leurs contraintes et leurs défis afin d'atteindre un seul et même objectif, soit d'offrir le meilleur service à la population.

Voici un exemple de cette collaboration impérative : le territoire d'Urgences-santé est parsemé de centres hospitaliers de soins généraux, spécialisés, universitaires, psychiatriques et pédiatriques. Comme la tendance actuelle amène ces établissements à se spécialiser dans certains types de cas, la Corporation perd de plus en plus sa marge de manœuvre pour répartir les ambulances et réguler leur arrivée aux urgences. De plus, cette offre de services spécialisés a pour conséquence de multiplier les transports des régions avoisinantes, ce qui complique d'autant l'utilisation optimale des ambulances. Le Comité est d'avis que les mécanismes de concertation en cette matière doivent être renforcés.

Par ailleurs, le Comité a pris connaissance d'importantes déficiences dans le plan de relève du centre de communication santé de la Corporation augmentant ainsi les risques de causer préjudice à la population.

En ce qui a trait aux médecins qui travaillent pour Urgences-santé, leur statut est flou et n'assure pas la gestion optimale des ressources. La situation actuelle mériterait analyse et ajustement. Un nombre important d'heures (20 000) sont réservées aux activités de la Corporation (certificats de décès, soutien aux TAP, etc.). Une autre tranche de 20 000 heures est théoriquement consacrée à l'Hôpital du Sacré-Cœur, mais sans pleine utilisation et sans plan d'action précis. Aucune de ces deux organisations n'exige de reddition de comptes formelle

quant aux activités exercées et aucune analyse ne démontre leur pertinence, leur efficacité et leur économie.

Enfin, la planification des activités futures de ces médecins n'est ni suffisamment connue, ni documentée. Des interlocuteurs responsables rencontrés ont fait part au Comité de leur méconnaissance de la situation et des orientations en la matière.

Le Comité a aussi été informé avec grand étonnement de certaines des conditions de travail des TAP. Partout en province les TAP qui reçoivent un appel prioritaire, pour un ACR, peuvent être affectés par le CCS s'ils sont jugés les plus aptes à répondre à ce type d'appel, pendant leur pause-repas. Ce n'est pas le cas à Montréal et à Laval. Il serait impératif qu'Urgences-santé procède à l'analyse de ce problème, particulièrement en ce qui concerne les P0, c'est-à-dire les cas d'urgence vitale, tel un arrêt cardiaque.

Sur un autre plan, l'entente conclue entre le Ministère et le service des incendies de Montréal a permis d'améliorer de façon notable le temps de réponse. À la veille du renouvellement de cette entente, il y aurait lieu de procéder à une analyse approfondie, ne serait-ce que pour en connaître le coût-avantage, de revoir la priorisation des appels afin d'en réduire le nombre, d'étudier de près les modalités de fonctionnement et, enfin, d'évaluer les mécanismes de concertation et d'assurance qualité. Or, ni Urgences-santé ni le Ministère ne nous ont fourni de telles analyses.

Enfin, le Comité a pu constater que le climat de travail demeure un défi de taille, tant pour l'équipe de gestion que pour les employés.

En conclusion de ses observations et analyses, le Comité estime que la Corporation d'Urgences-santé se situe maintenant dans un cycle de consolidation de ses activités, plutôt que dans une phase de croissance ou d'expansion.

Ce qui serait souhaitable

La gouvernance d'Urgences-santé peut encore être améliorée sur quelques points :

- La composition du conseil d'administration devrait s'inspirer de la *Loi sur la gouvernance des sociétés d'État* en comptant une majorité de membres externes indépendants.
- Les rôles de président du conseil d'administration et de directeur général devraient être distincts.
- L'entente de gestion entre le Ministère et la Corporation devrait mieux camper les rôles et les responsabilités, et préciser la ligne d'autorité.

Urgences-santé doit maintenir des pratiques exemplaires en matière de déclaration de services à la population, de suivi et de reddition de comptes. En outre, la Corporation peut faire figure de chef de file en matière de SPU au Québec, compte tenu de son expertise et de la particularité de ses activités sur le terrain.

Il est primordial que l'organisation des SPU sur le territoire de Laval et de Montréal reflète une collaboration étroite et une complémentarité optimale entre les instances concernées; un mécanisme formel doit être établi à cette fin. Le territoire d'Urgences-santé est peuplé et abrite plusieurs hôpitaux spécialisés. Ainsi, il est facile de comprendre qu'il importe de se doter de mécanismes destinés à assurer l'efficacité, par exemple en évitant tout trajet « à vide ». Quelques chiffres permettent de mieux appréhender cette réalité. En 2012-2013, 1 298 transports primaires⁵ interrégionaux ont été effectués (parcours moyen de 12,4 km) ainsi que 3 811 transports interétablissements interrégionaux (parcours moyen de 73,7 km), provenant de territoires avoisinants. Même s'il est impossible d'en connaître le nombre exact, il est évident que plusieurs de ces transports interrégionaux entraînent un retour à vide.

Le Comité est amené à affirmer qu'Urgences-santé doit pouvoir compter sur un plan de relève efficace en tout temps en ce qui a trait à son CCS.

Urgences-santé doit pouvoir compter sur la participation active des employés ainsi que sur la collaboration des principaux chefs de file parmi eux.

La vigilance continue du conseil d'administration d'Urgences-santé doit l'amener à exiger de son organisation des plans documentés, assortis de cibles, d'indicateurs, d'échéanciers et, enfin, d'un processus de reddition de comptes systématique et régulier. Le Comité avance quelques éléments de réflexion :

- la gestion des risques, incluant prioritairement la mise sur pied d'un plan de relève adéquat du CCS;
- la gestion des ressources humaines :
 - attraction et rétention des ressources;
 - plan de relève du personnel d'encadrement;
 - climat de travail;
 - participation du personnel;
 - réduction des coûts importants en santé et sécurité au travail;
- l'incidence des soins avancés sur les opérations d'Urgences-santé;
- l'efficacité et l'économie dans les opérations, particulièrement dans le transport interétablissements, le temps passé dans les établissements par les TAP et le transport alternatif;

5. Transport primaire : tout transport qui n'est pas interétablissements.

- la situation des médecins d'Urgences-santé à l'égard de l'économie, de l'efficience et de l'efficacité;
- la situation des premiers répondants avec les Villes de Montréal et de Laval.

Compte tenu de l'historique d'Urgences-santé, du chemin parcouru depuis sa création, de son rôle clé et de son apport de première importance dans l'organisation des SPU, le Comité suggère que cette organisation soit reconnue à sa juste valeur parmi les institutions publiques québécoises et, surtout, par tous les intervenants concernés (équipe de gestion, employés, syndicat, établissements et agences).

Les recommandations

Le Comité recommande :

31	de modifier la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i> afin de moderniser la structure de gouvernance d'Urgences-santé, en s'inspirant de la <i>Loi sur la gouvernance des sociétés d'État</i> , en changeant la composition du conseil d'administration dont la majorité serait formée de membres externes indépendants, en scindant les rôles de président du conseil d'administration et de directeur général et, enfin, en instaurant une entente de gestion formelle avec le Ministère pour mieux camper les rôles et les responsabilités de chacun;
32	qu'Urgences-santé adopte et maintienne en tout temps des pratiques exemplaires en matière de déclaration de services à la population, de planification stratégique, de suivi et de reddition de comptes;
33	de reconnaître Urgences-santé comme chef de file en matière de SPU et de recourir à ses connaissances et à son expertise dans le développement des SPU au Québec;
34	de modifier la loi de telle sorte qu'elle prévoit des mécanismes formels de concertation et de collaboration nécessaires à l'organisation optimale des services entre Urgences-santé et les agences de Montréal et de Laval, en s'assurant que les dirigeants de ces trois organismes y participent activement et de veiller à ce qu'un processus de règlement des différends soit adopté, dont l'objectif serait d'offrir les meilleurs services à la population;
35	de veiller, en priorité, à ce qu'Urgences-santé dispose constamment d'un plan de relève fonctionnel eu égard à son CCS;
36	de voir à ce que le conseil d'administration exerce une vigilance particulière à l'égard de tous les prochains défis d'Urgences-santé, en exigeant des plans documentés, assortis de cibles, d'indicateurs, d'échéanciers et d'un processus de reddition de comptes systématique et régulier.

Les entreprises et les coopératives ambulancières

L'état de situation actuel⁶

Ailleurs que dans les régions de Montréal et de Laval, où la Corporation d'Urgences-santé assure les SPU à la population, ces services sont offerts par des entreprises privées ou des coopératives. La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* définit comme ambulancier tout service qui, en vertu du plan triennal d'organisation de l'agence et les protocoles élaborés par le ministre, a pour objet de prévenir la détérioration de l'état d'une personne, de la transporter en ambulance vers un établissement à l'autre.

Pour exploiter un service ambulancier, il suffit de détenir un permis délivré par l'agence. Pour organiser les SPU, l'agence doit conclure, avec tout titulaire de permis d'exploitation de sa région, un contrat de service de trois ans en vertu duquel le titulaire s'engage à fournir les services convenus entre eux selon les horaires autorisés par l'agence. À défaut d'entente entre les parties dans les 90 jours du dépôt de la proposition par l'agence, le gouvernement fixe, par décret, les termes et les conditions du contrat.

Selon la loi, le permis indique la région ou la zone dans laquelle son titulaire est autorisé à exploiter son service – principalement mais non exclusivement – de même que le nombre d'ambulances qu'il peut utiliser. Avec l'autorisation du ministre, et malgré l'entente intervenue, l'agence peut aussi réviser la prestation de service du titulaire et réduire ou augmenter le nombre d'ambulances faisant l'objet du contrat; il lui est également possible de retirer le permis d'exploitation du titulaire.

Théoriquement, advenant que le ministre autorise le retrait du permis ou la réduction du nombre d'ambulances, la loi stipule aussi qu'il doit déterminer l'indemnité payable sous ce chef, ainsi que les mécanismes d'arbitrage afférents.

Dans les faits, presque toutes les dépenses des entreprises ambulancières sont assumées par l'État, y compris un seuil de rentabilité. Contrairement à la gestion d'Urgences-santé, confiée à un organisme public, le gouvernement a choisi une forme de partenariat avec le privé partout ailleurs sur le territoire québécois.

Pour offrir des services ambulanciers au Québec, on compte actuellement sur des entreprises privées (322 véhicules), des coopératives (171 véhicules), des OSBL (34 véhicules) et une municipalité (un véhicule). Pour défendre leurs intérêts, ces entreprises se sont regroupées principalement au sein de trois

6. Notons que tous les chiffres de cette section excluent les Villes de Montréal et de Laval.

associations : l'Association des services d'ambulance du Québec (ASAQ), l'Association des propriétaires d'ambulances régionaux (APAR) et la Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ). Le tableau 13 présente quelques renseignements à leur sujet.

Tableau 13 Nombre de véhicules, nombre de contrats d'entreprise et nombre de régions où une association est présente en 2012-2013 (excluant Urgences-santé)

Association	Nombre de véhicules	Nombre de contrats d'entreprise	Nombre de régions où une association est présente
CSAQ	370	95	14
ASAQ	94	12	5
APAR	49	7	4
Aucune association	15	10	7
Total	528	124	–

Source : DASPU.

Les zones et les permis

Le gouvernement peut, par règlement, déterminer les conditions, les modalités et les droits d'obtention et de renouvellement d'un permis d'exploitation d'un service ambulancier, les documents et les renseignements que doit fournir le titulaire de permis ainsi que les dossiers qu'il doit tenir. Le règlement actuellement appliqué date de 1981 et n'a jamais été mis à jour depuis. Conséquemment, il comporte plusieurs incohérences et ne correspond plus aux pratiques en cours.

Par exemple, bien que l'indexation du coût des permis doive être effectuée annuellement, rien en ce sens n'a jamais été fait. Par ailleurs, l'obtention du permis n'est soumise qu'aux preuves d'assurabilité et du paiement des droits. Pourtant, le Comité se serait attendu à ce que le renouvellement du permis soit conditionnel au respect des règles établies en matière de gestion et de performance. Or, il n'en est rien, même si la loi prévoit que le gouvernement peut fixer de telles conditions par règlement (art. 48).

En outre, par un autre règlement de 1984, le gouvernement déterminait la liste des zones de service d'ambulance et le nombre maximal d'ambulances autorisées par région et par zone. En toute logique, le nombre d'ambulances était alors fixé en fonction de la population à desservir. Toutefois, au fil du temps, le Ministère n'a jamais revu ce règlement – même si plus de 250 véhicules ont été ajoutés de même que des zones –, ce qui le rend totalement désuet.

Le Comité est perplexe devant cette évidence que ni la loi ni la réglementation ne sont respectées. Il en découle un développement désordonné des SPU, ainsi qu'une confusion.

Plutôt que de suivre la réglementation ou de l'actualiser, le Ministère a mis sur pied, au fil du temps, un processus d'évaluation des besoins pour pouvoir ajouter des véhicules ou des heures de travail, en se basant surtout sur un calcul de la charge de travail des TAP. Ce processus est peu transparent et suscite l'insatisfaction des acteurs. Dans les faits, il encourage la non-performance et l'augmentation des coûts. Il ne tient pas compte de la qualité de service à partir de critères tels que le temps de réponse ou l'optimisation des ressources (transport alternatif, service de premiers répondants ou ajout d'ambulance).

Ce processus sert surtout à réagir aux demandes d'augmentation du nombre de véhicules et il ne conduit pas à une analyse systématique des besoins. Il est donc urgent de revoir cette méthode d'évaluation.

Les travaux du Vérificateur général, tant en 1997-1998 qu'en 2004-2005, signalaient des problèmes en matière de comparabilité des zones. En effet, comme l'illustrent les tableaux 14, 15 et 16, des zones desservies par le même nombre de véhicules affichent un nombre de transports extrêmement disparate. Inversement, un même nombre de transports effectués dans deux zones semblables ne requièrent pas le même nombre de véhicules.

Tableau 14 Zones dissemblables dotées du même nombre de véhicules en 2012-2013

Zone	Population	Densité de population (hab./km ²)	Nombre de transports	Kilométrage moyen	Classement provincial*	Nombre de véhicules
14-631-Saint-Donat	4 600	8	542	40	113	2
08-804-La Sarre	23 981	5	1 686	25	134	2
16-681-Waterloo	19 519	32	1 307	21	39	3
02-204-Alma	40 416	38	2 920	19	138	3

*Classement provincial des charges de travail par zone ambulancière (de la plus élevée à la plus faible, de 1 à 179).
Source : DASPU.

Tableau 15 Zones semblables dotées d'un nombre différent de véhicules en 2012-2013

Zone	Population	Densité de population (hab./km ²)	Nombre de transports	Kilométrage moyen	Classement provincial*	Nombre de véhicules
14-631-Saint-Donat	4 600	8	542	40	113	2
01-119-Sayabec	4 610	8	509	30	74	1
14-639-Saint-Jean-de-Matha	15 026	24	1 539	32	86	2
03-304-Sainte-Anne-de-Beaupré	15 639	26	1 889	26	143	3

*Classement provincial des charges de travail par zone ambulancière (de la plus élevée à la plus faible, de 1 à 179).
Source : DASPU.

Tableau 16 Zones semblables avec nombre de transports et de véhicules différent en 2012-2013

Zone	Population	Densité de population (hab./km ²)	Nombre de transports	Kilométrage moyen	Classement provincial*	Nombre de véhicules
14-634-Repentigny	122 554	382	7 725	14	3	6
04-478-Trois-Rivières	133 127	351	15 037	13	34	15
12-326-Lévis	152 620	209	8 851	14	98	7
05-501-Sherbrooke	160 835	200	15 543	13	16	14

*Classement provincial des charges de travail par zone ambulancière (de la plus élevée à la plus faible, de 1 à 179).
Source : DASPU.

Pour l'instant, la détention d'un permis et la zone qui lui correspond reposent sur les droits acquis des entreprises ambulancières. Il n'existe aucun système de concurrence ou de redistribution des ressources qui tiendrait compte d'une certaine évaluation des besoins. Selon ce que le Comité a pu apprendre, les entreprises qui ont perdu leur permis d'exploitation sont des cas exceptionnels et celles qui le revendent bénéficient généralement d'un profit.

Par ailleurs, la notion de « zone » entre en conflit avec la définition d'un territoire donné, soit une région, ce qui nuit au déploiement dynamique et optimal de la flotte ambulancière. D'ailleurs, les ambulances ne sont pas déployées de même façon d'une région à l'autre. Des entreprises respectent intégralement la notion de zone pour certaines priorités d'appel, tandis que d'autres sont plus souples dans leur interprétation.

La relation et la gestion contractuelle

Le plus récent contrat de service couvre trois exercices débutant en 2012-2013. La gestion de ce contrat, prévu par la loi, à partir duquel le titulaire du permis s'engage, selon les horaires autorisés par l'agence, prend une place prépondérante et énergivore en ce qui concerne les SPU.

Tout d'abord, le processus de négociation est lourd et coûteux. Le contrat est négocié en un seul bloc par le Ministère avec les représentants d'associations d'entreprises. Les pourparlers s'étirent indûment sur une très longue période tous les trois ans et, de surcroît, ils nécessitent souvent nombre d'annexes et d'ajustements, qui seront à leur tour âprement négociés.

Pour plusieurs raisons, la gestion de chaque contrat est complexe et comporte de nombreuses lacunes. En effet, même si, au départ, le gouvernement négocie globalement avec les représentants des entreprises un contrat type, le mode d'opération change ensuite puisque les agences sont signataires avec les entreprises ambulancières de leur territoire. Pour parvenir à des ententes uniformes et équitables et être en mesure de bien les appliquer, chaque région devrait avoir une connaissance approfondie des SPU, ce qui est lourd et difficile. L'ampleur des connaissances du sujet de plusieurs coordonnateurs régionaux n'est pas uniforme d'une région à l'autre.

En outre, le mode de gestion ne s'appuie pas sur une reddition de comptes transparente. Ne connaissant pas la situation réelle des dépenses des entreprises ambulancières, le Ministère et les agences ne peuvent que procéder à des estimations fondées sur divers paramètres historiques. En conséquence, le processus est d'une lourdeur prévisible et il risque d'en découler des iniquités. Enfin – nous y reviendrons plus loin –, les systèmes d'information du Ministère sont désuets, ce qui rend son jugement vulnérable aux demandes des entreprises ambulancières, tout en lui compliquant la tâche.

Dans les faits, il importe de se rappeler que le gouvernement absorbe à lui seul presque tous les frais des entreprises ambulancières. La liste suivante expose d'ailleurs un résumé de ce que le contrat l'oblige à rembourser.

Remboursement prévu selon le contrat intervenu avec les entreprises ambulancières

–	Les salaires, y compris les heures supplémentaires et les primes;
–	Les avantages sociaux (congrés annuels, jours fériés et congrés de maladie);
–	Les charges sociales (Régie des rentes du Québec, assurance emploi, régime de retraite, libération syndicale, etc.);
–	Les uniformes et les vêtements de protection individuelle pour les TAP;
–	Les éléments rectifiables tels que les frais de déplacement prévus dans les conventions collectives, coût occasionné par le changement d'heure, les absences à long terme, etc.;
–	Les dépenses d'exploitation : <ul style="list-style-type: none"> – le coût au kilomètre (carburant, pneus, entretien et réparations); – le coût du ralenti (pour tenir compte d'un déploiement dynamique, s'il y a lieu); – un coût variable par transport, basé sur le nombre de personnes transportées; – les mauvaises créances; – les charges relatives au financement des véhicules ambulanciers, y compris les véhicules de remplacement; – les charges relatives à l'équipement médical, y compris les défibrillateurs; – les appareils de télécommunication; – les frais de gestion, d'administration, d'immobilisation et de supervision, basés sur les heures de travail autorisées et le nombre de personnes transportées.

Dans les faits, ni le Ministère ni les agences ne connaissent la situation financière réelle de leurs partenaires, les entreprises ambulancières. Or, la loi indique qu'une agence peut suspendre, révoquer ou refuser de renouveler le permis d'un titulaire incapable, en raison de sa situation financière, d'assumer les obligations découlant du contrat qu'il a conclu. Par manque d'information et de suivi, le Ministère pourrait donc être placé devant une entreprise en difficulté financière, avec le risque d'une rupture de service à la population.

Le Ministère est également tenu dans l'ignorance du profit réel des entreprises et de l'utilisation qu'elles en font, ce qui est étonnant si l'on se rappelle que l'État est le pourvoyeur de ces fonds et, par voie de conséquence, le générateur de ces profits. Ainsi :

- Certains propriétaires d'entreprise conservent la totalité des profits.
- D'autres – souvent des OSBL – en réinvestissent une part dans des services à leur communauté.
- Le Comité a aussi été informé que certaines coopératives ont versé des ristournes annuelles, parfois importantes (plus de 10 000 \$), à chacun de leurs membres, en l'occurrence des TAP, à même les profits générés par leur entreprise. Il semblerait qu'il n'est pas rare non plus qu'une partie de ces ristournes soit attribuée sous la forme de parts de coopérative. Si la distribution de ristournes est courante dans le monde coopératif, elle ne doit en aucun cas compromettre la viabilité de l'entreprise, à court ou à long terme, et conséquemment risquer la rupture du service à la population. Tel pourrait être le cas si, par exemple, la somme totale des ristournes (en espèces ou en parts) mettait en péril le taux de liquidités, d'endettement et de profitabilité desdites coopératives. Le Comité a également appris que de telles situations sont déjà survenues et que, devant de possibles conséquences négatives, il a fallu exiger des interventions.

Comme nous le verrons plus loin, dans d'autres SPU où l'entreprise privée est partenaire du gouvernement, des règles beaucoup plus strictes sont mises en place quant à l'utilisation des profits, par exemple au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse.

Le suivi de l'application du contrat, tant par les agences que par le Ministère, manque également d'uniformité et de rigueur. À titre d'exemple, le contrat comporte l'annexe D intitulée *Rapport annuel d'activités et déclaration d'entreprise*. En ce qui concerne l'exercice 2012-2013, le Ministère a confirmé aux membres du Comité qu'aucune entreprise n'a rempli ni acheminé cette annexe, ce qui est à tout le moins étonnant et qui témoigne on ne peut mieux du climat organisationnel déficient en matière de transparence.

L'annexe L du même contrat, *Conformité des heures de services livrées vs les heures de services non livrées*, n'a jamais été produite par quelque entreprise que ce soit. Le Comité en est donc amené à conclure que le contrôle est effectué là encore sans la fermeté nécessaire. Les agences ont affirmé aux membres du Comité qu'elles ne disposent d'aucun levier quand les entreprises réfractaires omettent de produire les annexes réclamées.

Même si le contrat prévoit le remboursement des frais de supervision que doivent exercer les entreprises, ni le Ministère ni les agences ne connaissent les sommes réservées à cette fin. D'ailleurs, cette notion de supervision n'a jamais été définie et le Comité a constaté qu'elle varie énormément d'une entreprise à l'autre. Force est de constater que toute somme prévue à ce chapitre et non utilisée a un effet direct sur les profits de l'entreprise.

Le partenariat avec le privé

En matière de SPU, le gouvernement se trouve actuellement dans une situation qui s'apparente à un partenariat avec le secteur privé auquel il contribue dans une très large mesure. Cependant, il n'y a pas eu, depuis fort longtemps, de réévaluation objective du partage des risques et des coûts, assumés largement par la partie gouvernementale.

Les conventions collectives signées avec les TAP illustrent bien la particularité de ce partenariat et la complexité de la relation existante. Comme le gouvernement assume, dans une très large part, le financement des SPU, les conventions collectives sont négociées en bloc avec les syndicats par le Ministère, selon un mandat du Conseil du trésor. Pour cette phase névralgique, le Ministère s'unit aux associations d'entreprises pour les discussions et les négociations.

Les ententes sont ensuite signées par les employeurs et les syndicats, mais ce sont les entreprises qui se chargent de leur application. Les frais qui s'y rattachent, par exemple la rémunération des TAP, sont entièrement remboursés par le gouvernement, selon les modalités du contrat signé avec l'agence.

Le Comité est forcé de constater que les intérêts des parties patronale (entreprises) et syndicale sont parfois convergents, ce qui fausse le rapport de force nécessaire à une saine négociation.

Les entreprises, tout comme les syndicats, ont le même intérêt quand il s'agit d'obtenir davantage de ressources (véhicules et effectif) ou la bonification des paramètres financiers. Pour les uns et les autres, voilà une source de profits ou d'avantages supplémentaires. Comme bon nombre d'entreprises sont en fait des coopératives de travailleurs, les représentants des employeurs sont également des TAP syndiqués. Le Comité estime que cette apparence de conflit d'intérêts doit impérativement être encadrée par des règles d'éthique et de confidentialité.

Compte tenu de ce facteur de toute première importance, les exigences pour responsabiliser les entreprises en matière de qualité des services, de reddition de comptes et de performance sont nettement insuffisantes.

L'examen du dernier contrat signé est éloquent à cet égard. Les critères de performance établis ainsi que les exigences de reddition de comptes sont si timides – sinon absents – que le Comité juge qu'il s'agit là d'une faiblesse majeure à corriger en priorité.

Rappelons que les organismes communautaires, où la contribution du gouvernement et du public est souvent moins importante, doivent répondre à des exigences infiniment plus rigoureuses au chapitre de la responsabilisation. Ainsi,

le *Cadre de référence gouvernemental en matière d'action communautaire* mentionne que des états financiers vérifiés constituent une balise raisonnable et réaliste pour les subventions de 100 000 \$ et plus.

Au fil du temps, les entreprises privées ont établi un rapport de force axé sur la négociation du contrat et son application ainsi que la recherche de multiples compensations financières plutôt que sur un véritable partenariat, orienté vers les besoins des patients et de la population. De plus, le système actuel est figé par la notion de zones et de permis octroyés, considérés par les entreprises comme des droits acquis. De ce fait, l'évolution consentie vers de nouveaux besoins se révèle impossible. Ainsi, le Comité a constaté que les principes d'accessibilité, d'efficacité, de qualité et de continuité que prônent les agences pour l'organisation des soins sur leur territoire et qui devraient faire partie intégrante de tout système de santé sont bien peu appliqués aux SPU.

Dans les faits, le Ministère et les agences ont du mal à imposer des règles, tant et si bien que les relations avec les entreprises sont difficiles. Mentionnons, par exemple, le boycottage d'une entreprise pour la formation des TAP dans une région, qui risque d'interférer sur la qualité des soins et les règles liées au registre national de la main-d'œuvre.

Les leviers prévus pour bien faire appliquer les contrats ne sont ni efficaces ni contraignants. Par exemple, malgré l'annexe H, *Procédure d'interruption de services*, ni les agences ni le Ministère ne sont systématiquement informés de ces arrêts, malgré des demandes formelles et fréquentes en ce sens. Certaines agences ont fait savoir au Comité que les recours à envisager constituent une autre pierre d'achoppement.

D'un côté, les entreprises et leurs associations peuvent exploiter aisément la force de leur cohésion quand, de l'autre côté, le Ministère et les agences sont incapables de leur opposer une connaissance uniforme des lois et règlements, un mode de fonctionnement cohérent et des ressources chapeautées par un objectif commun.

De surcroît, plusieurs membres du personnel des agences ou du Ministère ont fait part de démarches intimidantes de la part des entreprises ambulancières ou de leurs associations. Ce type d'ennuis ne favorise certes pas la bonne entente.

Bref, le rapport de force qui s'est établi avec le temps n'est pas sain, parce qu'il s'est trop éloigné de la notion de partenariat nécessaire à la bonne gestion des fonds publics et au meilleur service à la population.

La qualité des services

Les entreprises ambulancières ne sont soumises actuellement à aucun processus d'accréditation ou d'agrément qui les obligerait au respect de normes de qualité et de performance dans les services à la population, ne serait-ce que pour maintenir leur permis et préserver leur contrat.

Il faut noter aussi que la reddition de comptes relative aux résultats et à la qualité des services est pour ainsi dire inexistante.

Ce qui serait souhaitable

La loi et la réglementation relatives aux SPU gagneraient sans aucun doute à être actualisées. Il est impératif de revoir plusieurs aspects de cette législation, afin que les fonds publics, en ce domaine, soient utilisés à bon escient. L'obtention et le renouvellement des permis des entreprises ambulancières gagneraient à être plus exigeants, axés sur les services à la population et comporter, à tout le moins, les obligations suivantes :

- la production de tous les documents exigés par le Ministère ou les agences, et ce, dans les délais prescrits;
- le respect des règles et des critères de performance établis;
- l'obtention d'une accréditation ou d'un agrément.

La gestion optimale en matière de SPU comporterait les éléments suivants :

- La réglementation devrait prévoir des amendes et des pénalités progressives, et imposées en fonction de la gravité des omissions et des règles bafouées. Par ailleurs, il serait plus que souhaitable que le renouvellement du permis soit assorti d'une mise de fonds substantielle de la part des entreprises ambulancières, afin de garantir le respect des règles et de couvrir les amendes éventuelles.
- Il faudrait abolir la notion de zone pour permettre un déploiement dynamique sur le territoire.
- Le nombre d'ambulances par territoire correspondrait à des critères précis, notamment les besoins de la population, y compris le temps total d'intervention optimal servant d'objectif.
- L'établissement du nombre d'ambulances en fonction de l'évolution des besoins doit répondre à des critères souples d'ajustement, prévus par règlement.
- Il faudrait que tout ajout de ressources ambulancières soit soumis à la concurrence, grâce à un appel d'offres.
- La vente de permis ou d'entreprises ambulancières devrait être encadrée par des mécanismes formels qui assurent :

- que tout acheteur éventuel est préalablement agréé par le gouvernement en démontrant :
 - qu'il a les qualités et les compétences nécessaires pour exploiter ce type d'entreprise;
 - qu'il n'est pas fautif quant aux règles établies par le Ministère s'il détient déjà d'autres permis;
 - que le prix payé ne mettra pas en cause la pérennité de l'entreprise à court, à moyen ou à long terme;
- que le gouvernement doit en tout temps pouvoir exercer son droit prioritaire d'acquisition de l'entreprise en payant le moindre :
 - du prix offert par un acheteur éventuel;
 - du prix établi par un évaluateur indépendant reconnu, basé sur la valeur de l'entreprise.

La présence de l'entreprise privée dans le secteur des SPU, pour qu'elle puisse être maintenue, doit reposer sur un véritable partenariat, axé avant tout sur la qualité et l'accessibilité des soins à la population et l'intérêt public.

Comme l'apport financier du gouvernement reste primordial dans le secteur des SPU, il faudrait que des règles claires exigent des entreprises une transparence et une reddition de comptes complète envers la population, tant à l'égard de la performance, du respect des orientations et des règles qu'il dicte que de la saine utilisation des fonds publics. Pour y parvenir :

- Les contrats devraient prévoir des critères de performance préétablis et des pénalités financières s'il n'y a pas atteinte des objectifs, ou encore le non-renouvellement du contrat. Inversement, des bonifications seraient offertes quand il y a dépassement des cibles, ou encore la prolongation du contrat.
- Des états financiers vérifiés par des experts comptables indépendants ainsi que des rapports annuels de gestion comportant l'information requise devraient être exigés, à défaut de quoi des pénalités financières seraient imposées.
- Toujours dans l'esprit d'une saine utilisation des fonds publics et d'un service sans faille envers la population, les profits éventuels seraient soumis à des règles claires quant à leur partage ou à leur utilisation.

La gestion contractuelle avec les entreprises ambulancières doit être simplifiée et modernisée. La négociation de ces contrats devrait être encadrée par un processus formel défini par les autorités ministérielles qui assurent l'économie et l'efficacité des opérations. À cet égard, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 3.13 et 10) donne toute la marge de manœuvre nécessaire pour, d'une part, favoriser la négociation et, d'autre part, imposer des limites

susceptibles de servir les objectifs d'une saine gestion et d'un bon service à la population.

Article 3.13. *Il [le ministre] détermine, en collaboration avec les agences et les associations représentant les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers, le contenu minimal du contrat visé à l'article 9 et applicable à tous les titulaires de permis, lequel doit notamment prévoir les rôles, obligations et responsabilités de chacune des parties, les mécanismes de reddition de comptes et les standards de performance attendus des titulaires de permis, les rapports qu'ils doivent fournir de même que les pénalités applicables à un tel titulaire lorsque celui-ci fait défaut de respecter ou d'exercer les responsabilités prévues à ce contrat; si le ministre est d'avis que le contenu minimal du contrat ne peut être ainsi déterminé dans un délai qu'il juge acceptable, il peut le déterminer seul;*

Article 10. *À défaut d'entente entre les parties dans les 90 jours du dépôt de la proposition par l'agence, le gouvernement fixe, par décret, les termes et conditions du contrat, lequel est réputé avoir été conclu conformément aux dispositions de l'article 9.*

Le financement des entreprises doit être basé sur les coûts réels que celles-ci assument, à partir de chiffres vérifiés par des experts indépendants, selon des critères et des paramètres maximaux établis par le Ministère. Cet aspect de la gestion doit être centralisé pour assurer un suivi et un traitement uniformes des dossiers et une expertise adéquate.

Le processus de négociation des conventions collectives et des contrats devrait être encadré par des règles d'éthique et de confidentialité rigides, assorties de pénalités et d'amendes en cas de dérogation.

Les entreprises ambulancières devraient être soumises à un processus d'agrément ou d'accréditation basé sur le respect de normes de qualité et de performance, conditionnel au renouvellement du permis.

Les contrats signés avec les entreprises ambulancières devraient comporter une dimension financière liée à la performance (pénalités ou bonis).

Les bonnes pratiques

En Angleterre

La Care Quality Commission (CQC) est le régulateur public indépendant des services de santé qui a pour rôle de les contrôler et de s'assurer qu'ils sont conformes à ses standards de qualité et de sécurité, ainsi que de mettre à la disposition du public les résultats de ses inspections.

De plus, la CQC publie sur son site Web la liste de tous les fournisseurs de services ambulanciers ainsi que ses rapports d'inspection détaillés et ses évaluations de la qualité du service.

Même s'il est décentralisé, le système anglais repose sur une gouvernance unique, celle du ministère de la Santé. Tous les mois, ce dernier compile les données des 12 services ambulanciers et les publie en ligne. Les résultats sont accessibles non seulement pour chacun des services, mais aussi pour chaque région du pays et pour toute l'Angleterre. Voici quelles sont ces données :

- Le temps de réponse
 - le volume et le percentile de réponse pour les diverses catégories d'appels;
 - le pourcentage d'abandons d'appel;
 - le pourcentage de rappels;
 - le pourcentage d'appels sans déploiement d'ambulance;
 - le pourcentage de patients traités sur place.

- Les résultats cliniques
 - le taux de survie aux arrêts cardiaques (Utstein) pour les patients ayant eu un retour spontané de la circulation;
 - le taux de survie aux infarctus aigus du myocarde avec surélévation du segment ST (Acute STEMI);
 - le taux de survie aux accidents vasculaires cérébraux (AVC);
 - le taux de survie aux arrêts cardiaques (Utstein) à la sortie de l'hôpital.

Les services ambulanciers font preuve de transparence et publient toutes sortes de rapports pour exposer leurs stratégies, leurs planifications, leurs réalisations et leurs résultats. Par exemple, North East Ambulance Service publie un rapport détaillé pour chacune des réunions mensuelles de son conseil d'administration. Ce rapport inclut notamment le procès-verbal de la rencontre et le rapport de suivi de la qualité et de la performance du mois.

En Nouvelle-Écosse (de façon similaire au Nouveau-Brunswick)

Le ministère de la Santé et du Bien-être néo-écossais, par l'intermédiaire de sa filiale, Emergency Health Services (EHS), sous-traite tous les SPU à une entreprise privée, Emergency Medical Care Inc. Ce partenariat public-privé est régi par un contrat à long terme basé sur la performance. L'entreprise doit fournir les services ambulanciers dans le respect des standards de temps de réponse fixés par le contrat selon le type de région desservie (urbaine, semi-urbaine et éloignée) et selon l'urgence de l'appel.

Si l'entreprise ne respecte pas les standards, il s'agit d'une violation de contrat qui peut mener jusqu'à la résiliation, selon la gravité et les conséquences du manquement. Le standard de performance établi est de répondre à 90 % des appels à l'intérieur des délais suivants :

Région	Appel critique (code 1)	Appel urgent (code 2)
Urbaine	9 min	15 min
Semi-urbaine	15 min	20 min
Éloignée/rurale	30 min	40 min

Au Nouveau-Brunswick et en Nouvelle-Écosse, le contrat prévoit le partage d'une partie des profits entre l'État et l'entreprise ambulancière gestionnaire. Ainsi, un pourcentage des profits est versé dans un fonds spécial pour être réinvesti dans les SPU.

Les recommandations

Le Comité recommande :

<p>37</p>	<p>de revoir la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i> et la réglementation afférente pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – déterminer des conditions, des modalités et des droits d'obtention plus exigeants, axés sur la qualité des services à la population et soumis, sans compromis, à : <ul style="list-style-type: none"> ▪ l'obtention d'une accréditation ou d'un agrément; ▪ la production de tous les documents exigés par le Ministère ou les agences, et ce, dans les délais prescrits; ▪ le respect des règles et des critères de performance établis. – abolir la notion de zone; – favoriser le déploiement dynamique des véhicules sur le territoire; – que le nombre d'ambulances par territoire soit déterminé en fonction des besoins de la population, des autres ressources disponibles sur le territoire (premiers intervenants, premiers répondants, transport alternatif, etc.) et en respectant les objectifs de performance préétablis;
<p>38</p>	<p>de s'assurer que :</p> <ul style="list-style-type: none"> – la réglementation prévoit des amendes et des pénalités progressives proportionnelles à la gravité des omissions et des manquements aux règles; – le renouvellement du permis est assorti d'une mise de fonds substantielle de la part des entreprises ambulancières pour garantir le respect des règles et couvrir les amendes éventuelles.

39	<p>de prendre les mesures pour que :</p> <ul style="list-style-type: none"> – tout ajout de ressources ambulancières puisse être soumis à la concurrence, grâce à un appel d'offres; – la vente de permis ou d'entreprises ambulancières soit encadrée par des mécanismes formels qui assurent : <ul style="list-style-type: none"> ▪ que tout acheteur éventuel est préalablement agréé par le gouvernement en démontrant : <ul style="list-style-type: none"> • qu'il a les qualités et les compétences nécessaires pour exploiter ce type d'entreprise; • qu'il n'est pas fautif quant aux règles établies par le Ministère s'il détient déjà d'autres permis; • que le prix payé ne mettra pas en cause la pérennité de l'entreprise à court, à moyen ou à long terme; ▪ que le gouvernement doit en tout temps pouvoir exercer son droit prioritaire d'acquisition de l'entreprise en payant le moindre : <ul style="list-style-type: none"> • du prix offert par un acheteur éventuel; • du prix établi par un évaluateur indépendant reconnu, basé sur la valeur de l'entreprise.
40	<p>d'établir des règles claires qui exigent des entreprises une transparence et une reddition de comptes complète envers la population, tant à l'égard de la performance, du respect des orientations et des règles qu'il dicte que de la saine utilisation des fonds publics;</p>
41	<p>de s'assurer que les contrats établis avec les entreprises ambulancières prévoient des critères de performance, y compris des mesures incitatives ou des pénalités financières, selon que les objectifs sont dépassés ou non atteints;</p>
42	<p>de s'assurer que des états financiers vérifiés par des experts comptables indépendants ainsi que des rapports annuels de gestion comportant l'information requise par le Ministère sont exigés, à défaut de quoi des pénalités financières seraient imposées;</p>
43	<p>d'établir des règles claires à l'égard du partage et de l'utilisation des profits dans l'esprit d'une saine administration des fonds publics et d'un service adéquat envers la population;</p>

44	de simplifier et de moderniser la gestion contractuelle avec les entreprises ambulancières en s'assurant que : <ul style="list-style-type: none">– la négociation de ces contrats est encadrée par un processus formel, défini par les autorités ministérielles qui veillent à l'économie et à l'efficacité, tout en faisant appliquer au besoin les dispositions de la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i> (art. 3.13 et 10);– le financement des entreprises ambulancières est basé sur les coûts réels que celles-ci assument, à partir de chiffres vérifiés par des experts indépendants, selon des critères et des paramètres maximaux établis par le Ministère;– la gestion est centralisée pour garantir un suivi et un traitement uniformes des dossiers et une expertise adéquate;– le processus de négociation des conventions collectives et des contrats est encadré par des règles d'éthique et de confidentialité rigides, assorties de pénalités et d'amendes en cas de dérogation;
45	de mettre en place un processus d'agrément ou d'accréditation des entreprises ambulancières basé sur le respect de normes de qualité et de performance, conditionnel au renouvellement du permis.

Les établissements

L'état de situation actuel

Les établissements constituent le dernier maillon de la chaîne préhospitalière. Leur rôle est d'assurer la continuité dans la prise en charge du patient.

Bien que le mandat de ce Comité soit d'analyser en priorité les diverses étapes des services préhospitaliers, l'importance des établissements hospitaliers dans la chaîne d'intervention ne peut échapper à son évaluation.

Le Québec compte 277 établissements de santé et de services sociaux, dont 182 sont publics. Ces chiffres englobent les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les centres hospitaliers généraux et spécialisés, les centres d'hébergement et de soins de longue durée, les centres locaux de services communautaires (CLSC), les centres de réadaptation dont la mission varie : déficience intellectuelle et trouble envahissant du développement, déficience physique, dépendance, etc. À cette panoplie s'ajoutent 1 909 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 253 groupes de médecine de famille (GMF) et 51 cliniques réseaux (source : le Ministère, Rapport annuel 2012-2013).

L'intégration déficiente entre les réseaux hospitalier et préhospitalier a déjà été largement commentée et décrite comme un problème de première importance (rapport Dicaire). Encore aujourd'hui, la très grande majorité des établissements de santé sont gérés sans qu'existe la coordination indispensable avec le réseau des SPU. Cette gestion « en silo » gonfle les coûts de santé et risque de causer des préjudices tant aux intervenants qu'aux patients, si ces derniers ne sont pas dirigés promptement à l'endroit propice à leur cas.

Présentement, les SPU sont peu et mal connus des intervenants du réseau. Depuis vingt ans, le rôle et les responsabilités des agents des SPU ont radicalement changé, du simple transport des patients à l'offre de soins.

De même, le milieu médical ignore le plus souvent l'importance des SPU, que ce soit pour le patient, le bon fonctionnement du réseau ou même le taux de survie aux ACR et aux traumatismes sévères.

Quant aux TAP, ils passent souvent trop de temps dans les établissements, ce qui mobilise de précieuses ressources qui devraient être en mesure de répondre en priorité à des besoins préhospitaliers.

De surcroît, les demandes de transport interétablissements ne sont pas assez coordonnées. Au lieu de centraliser toutes les demandes de cet ordre, trop souvent chaque étage ou secteur d'un établissement de santé procède en

fonction de ses propres besoins, sans se préoccuper suffisamment des autres unités qui pourraient avoir fait la même demande ou encore une requête complémentaire. Comme la flotte ambulancière n'est pas extensible à l'infini, sa disponibilité est alors mise en péril.

Peu d'intervenants ou d'établissements connaissent le coût réel des ressources préhospitalières. Par exemple, le coût moyen d'un transport ambulancier était de 517,81 \$ à Urgences-santé en 2012-2013 et, en région, de 890,39 \$. Comme ces services sont facturés aux établissements à un coût moindre que les frais réels (125 \$ pour la prise en charge du patient, 35 \$ par patient additionnel et 1,75 \$ par kilomètre parcouru), cet autre facteur ne favorise en rien leur utilisation judicieuse. Il en découle donc que l'ambulance peut aisément être préférée à une méthode alternative dont le coût moyen réel était, en 2012-2013, de 34 \$ à 50 \$ pour la prise en charge, auquel s'ajoute un montant de 1,50 \$ à 1,75 \$ par kilomètre, plus en moyenne 28 \$/l'heure pour tenir compte du temps d'attente.

En dépit de ce qu'édicte la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 78), le gouvernement n'a pas encore déterminé les cas, les conditions et les circonstances qui établiraient qu'un transport alternatif est préférable à l'ambulance. En effet, si le transport n'est pas urgent et si l'état du patient ne requiert ni soutien médical ni soins particuliers, le transport alternatif est tout indiqué. Des normes nationales devraient être établies sur les critères d'utilisation d'un véhicule ambulancier et d'un transport alternatif.

Par ailleurs, chaque établissement peut conclure une entente concernant le transport d'une partie de sa clientèle, selon ses propres critères. Il n'existe, là non plus, aucune coordination avec les ressources ambulancières et les autres établissements de santé, ce qui entraîne des transports à vide, des délais indus et des coûts sans correspondance avec les besoins réels.

Le Comité a pu observer que les ressources ambulancières sont souvent retenues aux urgences et même sur les étages. Par voie de conséquence, ces ressources immobilisées sans raison peuvent obliger le Ministère à les augmenter à des coûts souvent importants.

Le tableau 17 montre d'ailleurs des variations importantes sur le temps moyen passé en établissement par les TAP selon la région en 2012-2013.

Tableau 17 Temps moyen passé dans l'établissement selon la région en 2012-2013

Région	Temps moyen en minutes
10 Nord-du-Québec	68,2
06 et 13 Montréal et Laval	51,1
11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	44,6
07 Outaouais	43,8
15 Laurentides	42,2
16 Montérégie	41,8
09 Côte-Nord	41,6
03 Québec	40,9
14 Lanaudière	39,1
01 Bas-Saint-Laurent	38,7
02 Saguenay-Lac-Saint-Jean	38,7
05 Estrie	35,7
08 Abitibi-Témiscamingue	32,5
04 Mauricie et Centre-du-Québec	31,7
12 Chaudière-Appalaches	23,8
Moyenne provinciale	38,8

Source : DASPU.

À titre d'exemple, si les régions qui affichent un temps au-dessus de la moyenne rejoignent la moyenne provinciale (38,8 minutes), l'équivalent de 61 447 heures de couverture s'en dégagerait, soit l'équivalent d'environ 7,3 M\$. Si l'on ramenait ce temps à celui de la région la plus performante (23,8 minutes), le gain passerait à 217 376 heures, soit l'équivalent d'environ 25,7 M\$. Si les régions réussissaient à atteindre une performance de 20 minutes, l'équivalent de 260 925 heures de couverture s'en dégagerait, soit 30,8 M\$.

Le travail des TAP a beaucoup évolué, comme on pourra le constater dans la section consacrée à leurs tâches. Désormais, leur connaissance des soins s'est amplifiée grâce aux protocoles enseignés et à une meilleure formation relative à l'évaluation clinique des patients. Malheureusement, leurs responsabilités ne sont pas coordonnées avec celles du personnel infirmier des salles d'urgence, particulièrement en matière de triage. Il s'ensuit une répétition de gestes et une perte de temps importante, ce qui nuit à l'optimisation de la chaîne d'intervention.

Le Comité a constaté que les TAP ne s'annoncent pas systématiquement aux établissements dans la plupart des régions, sauf dans les cas d'ACR, de

traumatisme sévère, d'AVC et d'infarctus avec STEMI. Ainsi, cette omission participe à la formation du goulot d'étranglement en salle d'urgence, si aucun lit n'est disponible pour accueillir le patient. En outre, les ressources ambulancières s'en trouvent indûment retardées.

Les lacunes sur le plan de la coordination et de la collaboration entre les TAP et les établissements ont été racontées à maintes reprises aux membres du Comité, avec exemples à l'appui :

- Il peut y avoir un certain intérêt à prolonger le temps passé par les TAP dans l'établissement pouvant laisser croire à un accroissement de leur charge de travail, ce qui servira par la suite à réclamer l'augmentation des ressources ambulancières.
- Certains établissements ne se préoccupent pas de libérer les TAP le plus vite possible, n'étant pas conscients qu'ils mettent en péril la disponibilité de la flotte et le secours nécessaire à des citoyens dans le besoin.
- Le personnel hospitalier ignore trop souvent les contraintes liées aux normes de sécurité des véhicules : interdiction de surcharger l'équipement ou le personnel, vitesse à respecter, conduite en mode d'urgence, etc.

Enfin, le Comité est d'avis que l'un des problèmes importants, en matière de transport primaire, réside dans le fait que tous les patients sont transportés jusqu'à l'urgence d'un établissement reconnu, qui n'est malheureusement pas toujours le lieu approprié à l'état du malade ou du blessé, ce qui engendre soit une congestion du système, soit la nécessité d'un autre transport pour l'amener là où il recevra les soins adéquats.

Ce qui serait souhaitable

Il faudrait que le personnel des établissements du réseau connaisse mieux le rôle et les responsabilités des SPU :

- La clientèle vulnérable et les grands consommateurs de services tireraient parti de liens étroits établis entre les TAP, les CCS et les ressources des CSSS.
- Les administrateurs et les gestionnaires des établissements devraient se rapprocher des SPU, par exemple en participant à une Table régionale sur l'utilisation des ressources ambulancières et le transport alternatif. Le milieu médical aurait tout à gagner à mieux connaître l'importance des SPU et à être régulièrement informé du taux de survie aux ACR et aux traumatismes sévères.

La coordination de tous les transports devrait être optimisée – que ce soit pour un transport primaire ou un transport interétablissements, à l'intérieur d'une région ou d'une région à l'autre – grâce à la concertation des responsables et à l'amélioration des communications avec les CCS.

Il est essentiel que les coûts réels de transport par ambulance soient diffusés et connus de tous, pour que la population cesse de croire à la « gratuité » de ce service. De plus, des mécanismes doivent être mis en place pour assurer un choix judicieux des ressources, peu importe ce qui sera retenu comme mode de facturation.

Chaque établissement devrait savoir, par informatique ou par radiocommunication, la nature et l'histoire de cas de l'utilisateur amené dans ses murs. Ainsi, le personnel de l'établissement serait en mesure de mieux accueillir celui-ci, de lui attribuer un lit plus rapidement si nécessaire, ce qui réduirait le temps passé dans l'établissement par les services ambulanciers.

Au cours de leur formation, les TAP devraient apprendre à utiliser les mêmes moyens de triage que le personnel hospitalier et à adopter leur langage, ce qui réduirait le temps qu'ils passent dans l'établissement.

Le temps passé dans l'établissement par les TAP doit faire l'objet :

- d'un suivi quotidien, systématique et rigoureux;
- de cibles nationales, basées sur les meilleures pratiques;
- d'un système progressif de bonification ou de pénalité tant envers les établissements que les services ambulanciers, afin d'assurer le respect des cibles nationales établies.

Il devrait également être possible que l'utilisateur demandeur d'une ambulance soit plutôt dirigé vers un autre endroit qu'une salle d'urgence ou véhiculé par un transport alternatif, selon des critères dûment approuvés par le corps médical.

La formation des TAP devrait permettre d'acquérir des habiletés susceptibles de libérer les ressources hospitalières pour certains transports interétablissements.

Les bonnes pratiques

L'Angleterre et la Nouvelle-Écosse ont établi un standard de 20 minutes pour le temps passé par les ambulanciers dans les centres hospitaliers.

Les recommandations

Le Comité recommande :

46	de mettre en place, dans chaque région administrative, une Table où les administrateurs et les gestionnaires des établissements, de même que les intervenants des SPU, pourraient améliorer la coordination entre les deux systèmes, tant pour le transport primaire que secondaire;
47	de faire en sorte – avec le Ministère, les deux fédérations médicales et les facultés de médecine – que la communauté médicale comprenne mieux le rôle des SPU et qu'elle soit informée systématiquement, par exemple, du taux de survie aux ACR et aux traumatismes sévères;
48	de ne prévoir, au sein de chaque établissement, qu'une seule instance dédiée à la coordination du transport ambulancier et du transport alternatif. Cette instance serait en communication directe avec le CCS de sa région, qui aurait ainsi une vue d'ensemble du réseau, afin d'optimiser les transports et les soins;
49	de diffuser et de faire connaître les coûts réels du transport par ambulance à tous les utilisateurs du réseau;
50	de mettre en application l'article 78 de la <i>Loi sur les services préhospitaliers d'urgence</i> , pour déterminer les cas, conditions et circonstances dans lesquels un véhicule autre qu'une ambulance peut être utilisé pour le transport, entre les installations maintenues par des établissements, d'usagers dont l'état ne nécessite pas des soins ou un soutien médical pendant ce transport. Des normes nationales devraient être établies sur les critères d'utilisation d'un véhicule ambulancier et d'un transport alternatif;
51	de veiller à ce que l'établissement soit prévenu, par informatique ou radiocommunication, de l'état de santé et de l'histoire de cas de tout patient qu'il attend;
52	de réclamer que les TAP soient formés aux outils de triage des établissements (ETG);
53	de prendre des mesures fermes pour que le temps passé dans les établissements par les ressources ambulancières fasse l'objet : <ul style="list-style-type: none"> – d'un suivi quotidien, systématique et rigoureux; – de cibles nationales, basées sur les meilleures pratiques; – d'un système progressif de bonification ou de pénalité tant envers les établissements que les services ambulanciers, afin d'assurer le respect des cibles nationales établies;

54	d'élaborer des mesures pour que l'utilisateur demandeur d'une ambulance puisse être dirigé vers un autre endroit qu'une salle d'urgence ou véhiculé par un transport alternatif, selon des critères dûment approuvés par le corps médical;
55	de prévoir que la plupart des transports interhospitaliers soient confiés à des TAP ayant les compétences requises (par exemple, la gestion d'un soluté), ce qui permettrait l'optimisation des ressources.

Les usagers

L'état de situation actuelle

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 1), adoptée en 2002, avait pour objectif que les personnes faisant appel aux SPU reçoivent en tout temps une réponse appropriée, efficiente et de qualité, et ce, afin de réduire la mortalité et la morbidité des patients en détresse.

À cette fin, elle encadre l'organisation des SPU et favorise leur intégration à tous les services de santé et services sociaux. Elle définit les services à mettre en place, les divers acteurs de ce secteur et précise les droits, les rôles et les responsabilités de ces derniers.

Environ 689 000 patients sont transportés et traités chaque année par les SPU. La qualité de ces interventions a une incidence sur le système qui est infiniment supérieure à la somme octroyée aux SPU.

On note une croissance d'environ 13,7 % des transports au cours des cinq dernières années. En outre, le vieillissement de la population obligera tous les intervenants du milieu à faire preuve d'imagination, de prévoyance et de sens de l'organisation pour relever les défis inhérents à ces changements. Le tableau 18 présente une simulation du nombre de transports ambulanciers qui tient compte seulement du vieillissement de la population sans égard à toute autre augmentation de coûts tels que l'indexation ou les négociations des conventions collectives. Par exemple, entre 2012 et 2016, ce seul facteur entraînerait une dépense additionnelle d'environ 24 M\$.

Tableau 18 Simulation du nombre de transports ambulanciers, selon les données actuelles, à partir des projections démographiques de l'Institut de la statistique du Québec (2012 réels, 2016, 2021 et 2026 prévus)

Donnée	Groupe d'âge	2012	2016	2021	2026
Population	0-64 ans	6 800 073	6 739 045	6 722 637	6 649 351
	65 ans et +	1 355 261	1 487 959	1 747 934	2 028 994
	Total	8 155 334	8 227 004	8 470 571	8 678 345
Nombre de transports	0-64 ans	310 000	307 000	306 000	303 000
	65 ans et +	359 000	394 000	463 000	537 000
	Total	669 000	701 000	769 000	840 000

Sources : DASPU.

Institut de la statistique du Québec, *Données et projections démographiques 2012*.

Le Comité a été étonné de constater que le vieillissement de la population n'a pas encore fait l'objet d'analyse concrète en ce qui concerne les SPU, à partir d'une réflexion stratégique structurée pour aborder le problème et trouver des solutions, de façon à prévoir l'augmentation des coûts et à assurer malgré tout la qualité des soins aux patients. Un plan d'action précis devrait déjà avoir été élaboré, puisque nous sommes actuellement à la croisée des chemins à cet égard.

En théorie, le bien-être du patient doit être au cœur des interventions en santé. Pourtant, cet énoncé ne semble pas un acquis en ce qui concerne les SPU. Les membres du Comité ont rencontré bon nombre d'intervenants dont la préoccupation première est souvent en conflit avec d'autres objectifs. De toute évidence, la priorité ne se situe pas au même endroit pour tous les acteurs.

Plusieurs indices portent à croire que la population n'est pas correctement informée du fonctionnement des SPU (par exemple, les principes liés à la facturation, les coûts du transport ou la part non négligeable du secteur privé dans ces services). De plus, rares sont les actions concrètes ou les études qui visent l'évaluation des besoins des usagers et de leur compréhension du système. Par ailleurs, l'information accessible actuellement sur les sites Web du Ministère et des agences au sujet des SPU – mode de fonctionnement, résultats et performance – requiert d'urgence beaucoup d'améliorations.

L'évaluation de la satisfaction des usagers illustre bien les possibilités en ce sens. Le Comité a notamment observé qu'Urgences-santé a procédé à des démarches concrètes à cet égard, entre autres à un sondage étoffé qui lui a permis de recueillir de l'information pertinente et utile à la saine gestion. Cette enquête fait ressortir clairement le professionnalisme et l'excellence des services

d'Urgences-santé, affichant un taux de satisfaction des usagers très élevé, notamment la courtoisie du personnel et les gestes respectueux des TAP. On y constate également que les coûts du transport ambulancier sont méconnus. Ainsi, parmi ceux qui ont reçu une facture, moins de 45 % savaient déjà qu'ils étaient responsables des frais de transport par ambulance. Il faut déplorer que cette ignorance soit la même en région, peut-être simplement parce que l'information à ce sujet n'est pas toujours facilement accessible.

Parmi les points positifs relevés par le Comité, il faut souligner la démarche entreprise et coordonnée par la direction médicale nationale à l'égard du taux de survie. Le tableau 19 présente les résultats de l'évolution de ce taux au cours des dernières années.

Tableau 19 Taux Utstein de survie aux arrêts cardiorespiratoires de 2010-2011 à 2012-2013

Région	2010-2011 en %	2011-2012 en %	2012-2013 en %
01 Bas-Saint-Laurent	0,0	37,5	25,0
02 Saguenay–Lac-Saint-Jean	19,2	30,8	40,0
03 Capitale-Nationale	25,9	28,6	41,7
04 Mauricie et Centre-du-Québec	18,2	20,0	39,0
05 Estrie	17,6	48,0	0,0
06 et 13 - Montréal et Laval	31,6	36,7	37,0
07 Outaouais	21,1	16,7	29,2
08 Abitibi-Témiscamingue	14,3	20,0	n.d.
09 Côte-Nord	40,0	0,0	16,7
10 Nord-du-Québec	0,0	0,0	0,0
11 Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine	0,0	n.d.	0,0
12 Chaudière-Appalaches*	41,7	16,7	44,4
14 Lanaudière	30,4	34,2	23,8
15 Laurentides	10,2	18,5	25,0
16 Montérégie	21,4	27,9	40,0

*L'année 2010-2011 est incomplète.

Source : DASPU.

Étant donné que la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* précise de façon très claire ses objectifs, il est essentiel que des indicateurs soient mis en place pour vérifier que le but premier de la loi est atteint.

En conséquence, la démarche de la direction nationale qui calcule le taux de survie précédent est incontournable pour évaluer les SPU. Elle favorise la comparaison des résultats entre les régions (voire d'autres SPU dans le monde)

et l'analyse de l'évolution des résultats (amélioration ou détérioration). Cette démarche est toutefois perfectible :

- Elle doit constituer une démarche structurée, systématique et périodique et aboutir à une reddition de comptes à la population.
- Elle doit être accompagnée d'un plan d'action et d'objectifs précis, après des analyses sérieuses, et d'un suivi rigoureux.

Ce qui serait souhaitable

Outre une meilleure intégration de tous ses maillons, la chaîne des SPU devrait se montrer plus inclusive, particulièrement en incitant ses patients à la prévention, et en cherchant des moyens d'améliorer les services.

L'engagement bénévole de la population, y compris les gens du troisième âge, est plus que souhaitable. Ce capital humain est sous-utilisé : son expérience, sa disponibilité et son désir de contribuer aux besoins de la famille, d'autrui, de la communauté élargie, sont authentiques. Cette bonne volonté a une valeur réelle tant pour le bénéficiaire et le bénévole que pour le réseau. Les structures de gouvernance en place dans les SPU devraient prévoir la participation des usagers et de la population.

Le vieillissement de la population doit faire l'objet d'une réflexion plus approfondie en ce qui concerne les SPU. Actuellement, les acteurs des SPU ont une attitude trop passive à cet égard. Une réflexion stratégique doit être entreprise rapidement pour trouver des solutions à ce problème de façon à contrôler les coûts et à assurer la qualité des soins aux patients.

Le bien-être du patient doit demeurer au cœur des interventions en santé, en ce qui concerne les SPU, ainsi que la préoccupation prioritaire de tous les intervenants (Ministère, agences, CCS, entreprises, etc.). Toutefois, il faut associer ce souci à la préoccupation d'accorder l'importance qu'il se doit à l'économie et à l'efficacité.

Il faut veiller à ce que la population connaisse mieux le fonctionnement des SPU, ses principaux acteurs et ses résultats. L'information doit être rendue publique sur les sites Web de tous les acteurs.

Les SPU auraient tout intérêt à entreprendre des démarches systématiques et régulières pour évaluer non seulement la satisfaction des usagers, mais aussi la réputation des SPU et les besoins de la population. Des plans d'action précis devraient découler de ces démarches.

Le Comité est d'avis qu'une stratégie de sensibilisation sur le transport ambulancier pourrait être mise sur pied, particulièrement quant au fait que ce

service entraîne des coûts importants. Par eux-mêmes, les usagers sont en mesure de contribuer à juguler ces coûts en exerçant leur jugement quant à la nécessité de ce transport avant de l'utiliser pour des problèmes mineurs.

La démarche entreprise et coordonnée par la direction médicale nationale à l'égard de la mesure du taux de survie doit être poursuivie avec un souci d'améliorer l'efficacité et l'efficacités de ce processus et d'assurer une reddition de comptes transparente jusqu'à la population. Des efforts devraient aussi être entrepris avec les autres SPU reconnus à travers le monde pour assurer une standardisation des indicateurs retenus et améliorer ainsi les comparaisons possibles.

Les recommandations

Le Comité recommande :

56	de prendre des mesures concrètes pour mieux sensibiliser la population aux SPU : <ul style="list-style-type: none"> – en mettant à sa disposition une information de grande qualité sur les modes de fonctionnement, les acteurs, la performance du système, etc.; – en prévoyant une stratégie de sensibilisation sur l'importance d'utiliser le transport ambulancier à bon escient et seulement si nécessaire, compte tenu des coûts qu'il entraîne et de son poids sur le système de santé.
57	de s'assurer que les structures de gouvernance en place (conseils d'administration, Table de consultation ou de concertation, etc.) prévoient la représentation de la population;
58	d'entreprendre une démarche structurée au sujet du vieillissement de la population, dans le but d'établir un plan d'action précis assorti d'objectifs et de moyens concrets pour limiter les coûts de ces changements démographiques, trouver des solutions novatrices et assurer la qualité des soins aux patients;
59	de réitérer, dans un plan stratégique formel, le fait que le bien-être du patient doit demeurer au cœur des interventions en santé, en ce qui concerne les SPU, et demeurer une préoccupation prioritaire de tous les intervenants œuvrant dans les SPU (Ministère, agences, CCS, entreprises, etc.), tout en tenant compte des coûts afférents;
60	d'entreprendre systématiquement et régulièrement des démarches pour évaluer la satisfaction des usagers, la réputation des SPU et les besoins de la population, et de donner suite aux résultats en élaborant un plan d'action;

61

de poursuivre la démarche entreprise pour mesurer le taux de survie avec le souci :

- d'améliorer l'efficience et l'efficacité de ce processus;
- d'assurer une reddition de comptes jusqu'à la population;
- de standardiser, avec la participation des autres SPU du Canada et à l'étranger, les indicateurs retenus pour améliorer les comparaisons possibles.

L'encadrement légal, les rôles et les responsabilités

Après s'être penché sur chaque maillon de la chaîne d'intervention, le Comité a cru bon de s'attarder à plusieurs éléments relatifs à la gouvernance des SPU.

Dans le présent rapport, on entend par « gouvernance » les mesures, les règles, les instances, les systèmes d'information et de surveillance qui permettent d'assurer « le bon fonctionnement et le contrôle » des SPU. La gouvernance a pour but de fournir l'orientation stratégique, de s'assurer que les objectifs sont atteints, que les risques sont gérés comme il se doit et que les ressources sont utilisées dans un esprit responsable. Elle veille en priorité au respect des intérêts des « ayants droit » (citoyens, pouvoirs publics, partenaires, etc.) et à l'assurance que leurs voix sont entendues dans la conduite des affaires.

Rappelons qu'en 2002, l'Assemblée nationale du Québec a promulgué la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, qui a précisé les rôles et les responsabilités des acteurs et défini plusieurs aspects du cadre de gouvernance.

Dans cette section et celles qui suivent, le Comité traite d'abord tant de l'encadrement légal que des rôles et des responsabilités. Ensuite viendront d'autres sujets propres à la gouvernance des SPU, soit :

- la gestion par résultats, la performance et la reddition de comptes;
- les systèmes d'information;
- l'encadrement médical;
- les TAP;
- l'aspect des finances et du contrôle;
- le transport alternatif;
- la recherche.

L'état de situation actuelle

Le Comité est d'avis que l'adoption de cette loi a donné à la gestion des SPU des assises valables. Sans affirmer qu'elle est parfaite ni qu'elle est encore à jour, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* est avant tout victime d'une méconnaissance d'un grand nombre d'acteurs et, surtout, d'une application erratique, qui peut aussi être qualifiée de timide à bien des égards. En résumé, citons quelques aspects du présent rapport qui ont retenu l'attention du Comité :

- Plusieurs règlements afférents à la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* sont désuets, faute de mise à jour, ou ne sont pas même mentionnés, ce qui a contribué à semer la confusion chez les acteurs.
- Des lacunes majeures émaillent la mise en application des dispositions relatives aux orientations, aux plans stratégiques, aux politiques, au mode d'intervention, aux objectifs opérationnels et aux standards de qualité, particulièrement en ce qui concerne le volet administratif ou la performance.
- Maints articles de la loi ne sont pas respectés, surtout ceux qui définissent les règles d'entente avec les divers partenaires. En voici quelques exemples :
 - Le contrat signé avec les entreprises n'est pas observé, notamment en ce qui concerne les annexes non remplies, sans qu'il y ait quelque conséquence que ce soit.
 - Il n'existe pas d'entente de gestion entre les agences et les CCS et des lacunes de taille affaiblissent la reddition de comptes prévue, en particulier quant aux états financiers et aux rapports annuels.
 - En dépit de ce qu'édicte la loi (art. 7), ce ne sont pas toutes les agences qui préparent un plan triennal d'organisation des SPU qui établirait leurs priorités. Ainsi, ce plan devrait prévoir, pour toute la population, l'accessibilité à un centre d'appel 9-1-1, à un CCS, à un service de premiers répondants, à des services ambulanciers et à des centres exploités par des établissements, principalement ceux qui dispensent des services d'urgence.

Malgré les prérogatives que la loi lui octroie, le Ministère a du mal à promulguer des règles et des directives sans avoir obtenu au préalable l'accord de ses partenaires.

Même si certains articles de la loi donnent au ministre un pouvoir discrétionnaire pour imposer des règles lorsqu'il le juge nécessaire, aucune initiative n'est prise en ce sens.

Par ailleurs, le Comité juge aussi que la *Loi sur la santé et les services sociaux* procède au partage des rôles et des responsabilités avec clarté et précision. Pourtant, petit à petit, le Ministère s'est éloigné du rôle qui lui est dévolu normalement, soit :

- de déterminer les priorités, les standards et les orientations nationales, et de veiller à leur application;
- d'établir des politiques, de voir à leur mise en œuvre par les agences et d'en effectuer l'évaluation.

Le Comité observe également que, avec le temps, est née une certaine confusion à l'égard des activités et des rôles exercés à certains niveaux. Mentionnons, à titre d'exemples :

- le rôle de la direction médicale nationale et celui qu'exerce la Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence (DASPU);
- la collaboration des agences, très variable d'une région à l'autre, à l'égard des SPU;
- les changements fréquents ou l'absence de certains directeurs médicaux régionaux et de quelques coordonnateurs régionaux dans les dernières années, ce qui n'assure pas la continuité des opérations.

Le rôle de la DASPU est éloquent à ce sujet :

- Très engagée sur le plan opérationnel, cette direction n'effectue aucune reddition de comptes systématique aux autorités ministérielles pas plus qu'à la population. Les activités des SPU sont noyées dans celles du Ministère, sous prétexte de leur importance relative, à un point tel que la planification stratégique et la reddition de comptes ministérielles sont totalement muettes à leur égard. Si le poids d'un rôle est fonction des coûts qu'il engendre, il ne faut pas s'en étonner : l'enveloppe des SPU ne représente que 1,7 % du budget total de la santé et des services sociaux.

En conséquence, au Québec, deux régimes se côtoient en matière de SPU : d'une part, à Montréal et à Laval, Urgences-santé est soumise à un contrôle parlementaire strict, tandis que les autres activités de même type ne sont pas tenues à la même imputabilité.

Un autre aspect des SPU est un sujet de préoccupation pour le Comité. Non seulement les rôles et les responsabilités doivent-ils être clairement définis, mais le personnel clé ne fait pas l'objet d'un plan de relève, bien structuré et régulièrement suivi, pour assurer la continuité des opérations. Le Comité voit dans ces lacunes plusieurs problèmes potentiels, à moins d'un redressement rapide et sérieux. Le secteur des SPU ne peut se priver d'une relève forte et compétente.

Le Comité est également étonné de constater que, parfois, la loi n'est pas respectée, mais plutôt « remplacée » par des arrangements particuliers entre divers acteurs.

Ce qui serait souhaitable

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* a été adoptée par l'Assemblée nationale du Québec. En conséquence, les parlementaires sont en droit de s'attendre à ce qu'elle soit appliquée rigoureusement par les gestionnaires en place. Il est primordial que les règlements et les directives qui en découlent se conforment à la volonté du législateur.

Le Comité estime que le respect de la loi est incontournable. Par voie de conséquence, celle-ci doit être connue de tous et bien appliquée, en particulier par les autorités du Ministère et des agences. Les acteurs du réseau (entreprises, CCS, employés, etc.) doivent la respecter ainsi que les règlements, les directives, les procédures qui l'accompagnent. Aucun autre « aménagement », de quelque sorte qu'il soit, ne peut être toléré.

Toute loi devrait faire l'objet d'un processus de révision et d'actualisation systématique et régulier (aux cinq ans), pour tenir compte des ajustements nécessaires à sa bonne application. Dans le cas de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, le Comité juge qu'il est primordial, après plus de 12 ans, qu'elle soit soumise à une relecture attentive et approfondie.

Le partage des rôles et des responsabilités entre les acteurs doit notamment assurer :

- que le Ministère et les agences exercent à l'égard des SPU le rôle qui leur est normalement dévolu en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*;
- que le Ministère, la DASPU, la direction médicale nationale, les directeurs médicaux régionaux connaissent à fond leur propre rôle et l'assument pleinement;
- qu'un plan de relève du personnel couvre tous les paliers des SPU;
- que plusieurs activités opérationnelles, exercées actuellement par la DASPU, ne relèvent pas du Ministère.

Urgences-santé, les CCS, les entreprises ambulancières doivent être imputables de leurs activités et de leurs résultats. En outre, ils sont tenus à la même transparence, à une reddition de comptes scrupuleuse et au contrôle parlementaire le plus strict.

Les recommandations

Le Comité recommande de :

62	procéder à la révision et à l'actualisation de la loi et des règlements afférents, en tenant compte des recommandations du présent rapport;
63	<p>mettre en place des mécanismes qui assurent :</p> <ul style="list-style-type: none"> – que les règlements relatifs à la loi sont à jour et qu'ils favorisent la parfaite compréhension de tous les intervenants; – que la loi fait l'objet d'une évaluation systématique tous les cinq ans, afin de proposer les modifications nécessaires à sa bonne application; – que des amendes et des pénalités sont imposées s'il y a entorse à la loi, selon la gravité de l'infraction; – que le Ministère et les agences exercent à l'égard des SPU le rôle qui leur est dévolu en vertu de la <i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i>; – que le partage des responsabilités entre le Ministère, la DASPU, la direction médicale nationale et les directeurs médicaux régionaux est clairement défini et compris par tous; – qu'un plan de relève du personnel est construit et révisé régulièrement; – que les CCS, les entreprises ambulancières et Urgences-santé sont imputables de leurs activités et de leurs résultats et qu'ils sont tenus à la même transparence, à une reddition de comptes scrupuleuse et au contrôle parlementaire le plus strict.

La gestion par résultats, la performance et la reddition de comptes

L'état de situation actuel

Bon nombre de SPU modernes se sont donné des moyens pour gérer par résultats, optimiser leurs ressources et rendre des comptes aux autorités en place⁷.

Au Québec, les SPU engendrent des coûts de plus d'un demi-milliard de dollars et ils sont en augmentation constante. Il est donc essentiel que la population sache ce qui s'y passe, quels en sont les résultats et la performance, compte tenu qu'il s'agit d'un service public ainsi que d'un élément important du système de santé.

Comme des fonds publics sont en cause, la gestion de cet aspect du système de santé doit être optimale et la population serait bien avisée d'utiliser ce service à bon escient. La transparence est primordiale, tant en ce qui concerne la performance que le coût d'un transport.

Quel que soit le système, la performance ne peut occuper sa place sans effort ou sans suivi. Il faut donc acquérir une culture de performance axée sur la recherche de l'excellence et de l'amélioration. En conséquence, on doit pouvoir compter sur des gens compétents qui ne craignent pas d'exposer les résultats, de les analyser et de proposer des pistes de solution, même si les résultats attendus ne sont pas atteints. Tous les SPU modernes doivent avoir pour priorité la qualité des soins donnés à la population, mais sans perdre de vue un rapport coût-avantage optimal.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 3.9) prévoit que le ministre détermine les règles d'évaluation des résultats obtenus par l'ensemble des SPU, met en place les mécanismes de reddition de comptes permettant de mesurer ces résultats et veille à l'application et à l'évaluation des mesures qui en découlent.

Le Comité a fait face à beaucoup d'incompréhension, voire de résistance, de la part de plusieurs intervenants du milieu lorsqu'il a abordé la question de la performance. En général, on hésite à établir des critères de performance, à se mesurer, à se comparer aux autres et à rendre compte des résultats atteints par rapport aux attentes.

7. Il va de soi que cette section reprend plusieurs sujets abordés ailleurs dans le présent rapport. Le Comité a tout de même jugé que ce thème revêt une telle importance qu'il est bon de lui octroyer une place bien marquée.

La planification stratégique du Ministère, celle des agences de même que la reddition de comptes effectuée sont révélatrices de l'importance que l'on accorde aux SPU; de fait, ils sont totalement absents de ces documents stratégiques. Seule la Corporation d'Urgences-santé a son propre plan stratégique et procède à une véritable reddition de comptes, si bien que, au Québec, il existe deux systèmes totalement différents en matière de transparence.

Le dernier contrat négocié avec les entreprises ambulancières témoigne bien de cet état de fait. Le document ne prévoit presque rien quant à la performance et les intervenants sont généralement frileux devant ce concept.

Par conséquent, les mesures actuelles n'assurent nullement l'optimisation du système qui doit nécessairement passer par :

1. la mesure périodique des résultats;
2. l'analyse systématique et régulière des résultats, par exemple en comparant :
 - ces résultats dans le temps;
 - une région ou une zone avec une autre ayant les mêmes caractéristiques;
 - une région avec les plus performantes.
3. la reddition de comptes publique de ces résultats et analyses;
4. l'établissement de normes et de critères de performance adaptés à chaque situation.

L'analyse des résultats relatifs aux priorités d'appel 0 et 1 – appels où le temps de réponse influe directement sur la survie d'un patient – est un bon exemple de cas qui se prêtent très bien à l'exercice.

L'extraction des données dans les systèmes actuels est très laborieuse et ne favorise pas la systématisation des analyses (voir la section sur les systèmes d'information, p. 94-99). Il n'y a pas de tableau de bord ni de suivi dans un secteur où il serait très facile d'en imposer. Bien sûr, depuis quelques années, on a commencé à regarder de plus près le volet clinique (taux de survie), mais l'aspect financier (coût par transport, par CCS, par appel, etc.) tout comme l'aspect opérationnel (temps de réponse des centres 9-1-1, des CCS, par priorité d'appel ou encore le temps passé par les TAP dans l'établissement) n'a pas cheminé comme il aurait dû.

Ce qui serait souhaitable

La performance devrait être évaluée systématiquement et périodiquement, avec un processus de reddition de comptes transparent.

On devrait disposer de tableaux de bord, suivis régulièrement, en se demandant pourquoi les normes et les cibles n'ont pas été atteintes, et en suggérant les mesures correctrices appropriées.

Les indicateurs choisis doivent être :

- simples, peu nombreux, pertinents et révélateurs des aspects à améliorer;
- basés sur de la littérature scientifique de haute qualité, acceptés par les pairs et partagés par d'autres SPU;
- capables de donner une vue d'ensemble du système;
- utilisés à des fins de comparaison entre les régions ainsi qu'avec d'autres SPU;
- revus périodiquement (par exemple un cycle de trois ou cinq ans) pour réévaluer leur pertinence;
- en mesure d'évaluer tant la performance financière et opérationnelle que clinique.

Un organisme indépendant, par exemple l'INESSS, en collaboration avec le Ministère et les milieux universitaires œuvrant en recherche sur la médecine d'urgence et préhospitalière, doit contribuer à la mesure de la performance et à l'établissement des indicateurs des SPU.

Il serait essentiel de prévoir un processus de reddition de comptes et la publication d'un rapport annuel. En outre, il faudrait que l'information sur la performance soit mise à disposition de manière régulière à l'attention de tierces parties.

Les services ambulanciers doivent miser sur une gouvernance transparente, et il faudrait que l'approvisionnement et les dépenses logent à la même enseigne.

Le processus de reddition de comptes doit s'appuyer sur une planification stratégique.

Les contrats avec les entreprises ambulancières doivent préciser les éléments suivants :

- la reddition de comptes que les entreprises sont tenues de faire sur leurs activités et leurs résultats;

- l'atteinte des critères de performance établis par le Ministère;
- des mesures incitatives ou des pénalités selon l'atteinte des résultats escomptés.

Le non-respect de ces clauses contractuelles entraînerait des pénalités ou des amendes proportionnelles au délit. Par ailleurs, un processus d'accréditation devrait chapeauter tant les CCS que les entreprises.

Les bonnes pratiques

Les systèmes considérés comme performants disposent d'un processus de reddition de comptes bien établi et d'un suivi régulier et automatisé de la performance opérationnelle et clinique des SPU.

La reddition de comptes formelle consiste en la publication d'un rapport annuel et la mise à disposition d'information sur la performance de manière régulière à l'attention de tierces parties.

- [La Nouvelle-Écosse, King County et les États australiens d'Australie-Méridionale et de Victoria](#) publient un rapport annuel faisant état de leurs activités et du suivi d'indicateurs de performance.
- [L'Angleterre](#) met à disposition des données brutes issues de ses systèmes d'information; ses entités opérationnelles publient des rapports annuels et doivent répondre aux obligations légales de temps de réponse.
- [King County, Cleveland, Pittsburgh et l'Angleterre](#) se distinguent par le temps de réponse moyen le plus bas ou des pourcentages d'appels urgents traités en temps standard les plus élevés. De plus, leurs systèmes affichent un coût par habitant plus faible.

L'intégration des SPU est une caractéristique commune aux comparables performants ailleurs dans le monde. Un tel modèle est caractérisé par :

- un cadre réglementaire global et une gouvernance unique;
- un suivi de la performance consolidé avec des standards uniformisés;
- une standardisation des protocoles d'intervention et un contrôle médical constant;
- une reddition de comptes transparente avec des rôles et des responsabilités bien définis;
- un contrôle de qualité cohérent assurant un service constant pour tout le système sur le territoire desservi.

Dans l'**État de Victoria**, le processus de reddition de comptes s'appuie sur une planification stratégique. En même temps que ce document, Ambulance Victoria (AV) publie :

- un plan stratégique préliminaire préparé en consultation avec diverses parties prenantes (TAP, autres employés, volontaires, gouvernement, etc.), puis présenté pour approbation au ministre de la Santé;
- un rapport annuel déposé au Parlement.

Par ailleurs, AV publie une revue trimestrielle qui informe la communauté de ses récents développements.

Ambulance Victoria exploite un registre des arrêts cardiaques qui utilise les définitions du style d'Utstein et publie un rapport annuel qui fournit au public des informations détaillées concernant :

- l'incidence des événements selon :
 - la région d'occurrence et la géographie (rurale ou urbaine);
 - les caractéristiques démographiques comme l'âge et le sexe;
 - la présence de témoins, l'étiologie, etc.
- des données sur les interventions selon l'étape de la chaîne de survie :
 - accès rapide (description de l'urgence par le répartiteur, temps de réponse, intervenant qui arrive en premier, etc.);
 - RCR précoce (taux de RCR par le témoin, efficacité de la RCR prodiguée par le témoin et taux de survie);
 - défibrillation précoce (délai à la première défibrillation, intervenant qui l'exécute et taux de survie, selon le cas);
 - soins spécialisés précoces (pourcentage de patients transportés à un hôpital où l'on peut prodiguer une angioplastie des artères coronaires et incidence sur le taux de survie).
- Des données sur les résultats cliniques de survie à l'arrivée et à la sortie de l'hôpital selon les définitions Utstein (rythme cardiaque initial, rétablissement de la circulation spontanée, etc.).

Les recommandations

Le Comité recommande :

64	<p>que le Ministère confie à un organisme indépendant et reconnu :</p> <ul style="list-style-type: none"> – l'élaboration d'indicateurs de performance, en tenant compte de la littérature scientifique et des bonnes pratiques observées ailleurs dans le monde; – l'élaboration d'un processus d'accréditation auprès des partenaires des SPU, avec possibilité de retrait si les lacunes observées ne sont pas corrigées.
65	<p>de mettre en place un processus accompagné de plans stratégiques propres aux SPU dûment approuvé par les autorités ministérielles, pour que la performance soit évaluée systématiquement et périodiquement, incluant un processus de reddition de comptes transparent :</p> <ul style="list-style-type: none"> – par l'instauration de tableaux de bord, suivis régulièrement, en se questionnant si les normes et les cibles ne sont pas atteintes, et en adoptant les mesures correctrices appropriées; – par la mise en place d'indicateurs de performance : <ul style="list-style-type: none"> ▪ simples, peu nombreux, révélateurs des aspects à améliorer; ▪ basés sur de la littérature scientifique de haute qualité, acceptés par les pairs et partagés par d'autres SPU; ▪ capables de donner une vue d'ensemble du système; ▪ utilisés à des fins de comparaison entre les régions ainsi qu'avec d'autres SPU; ▪ revus périodiquement quant à leur pertinence (par exemple, sur un cycle de trois ou cinq ans); ▪ en mesure d'évaluer tant la performance financière et opérationnelle que clinique.
66	<p>de faire en sorte que des activités de recherche, dans les milieux universitaires, soient consacrées à la performance et au développement des indicateurs des SPU;</p>

67	de mettre en place un processus de reddition de comptes prévoyant la publication de rapports annuels (national, régional et par entreprise ambulancière) pour mettre à la disposition de la population l'information sur la performance;
68	de s'assurer que les SPU misent sur une gouvernance transparente, et qu'ils l'appliquent aussi à l'approvisionnement et aux dépenses.

Voir aussi les recommandations 40 et 41.

Les systèmes d'information

L'état de situation actuel

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 117) stipule que le ministre peut, aux fins d'apprécier la qualité de la prestation des SPU et de les évaluer, établir un système de collecte de renseignements portant sur la demande et la prestation des services et l'utilisation des ressources. Cette information peut être recueillie auprès des dispensateurs de services, des agences de la santé et des services sociaux, de la Corporation d'Urgences-santé ou du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Les SPU disposent d'un avantage particulier, car leurs activités sont aisément mesurables, du moins dans une large part. Mentionnons, à titre d'exemple, tous les éléments liés à la chronométrie (temps de réponse) ou à l'acte médical (taux de survie). Toutefois, chacun conviendra que la mesure ne suffit pas et qu'elle doit être accompagnée d'analyses pertinentes et d'un processus de reddition de comptes. Ainsi seulement il devient possible de procéder aux améliorations nécessaires au maintien ou à l'amélioration de la performance souhaitée.

Ce constat n'est pas nouveau; plusieurs rapports ont déjà souligné l'importance de disposer d'un système informatique adéquat. En 2004-2005, le Ministère avait reçu les recommandations du Vérificateur général en mentionnant, parmi les volets qu'il comptait prioriser à court terme, le système d'information de gestion des SPU. Selon lui, il serait désormais en mesure de suivre l'évolution de la qualité des services en fonction des indicateurs cliniques et opérationnels.

Pour que les systèmes d'information soient accessibles aux utilisateurs, ils doivent être simples, rapides, facilement exploitables et modifiables à faible coût. Afin de mettre sur pied un système informatique performant, il s'agit d'établir, dès le départ, la liste des renseignements indispensables, de s'y tenir et de respecter strictement le budget initial.

Le suivi de la performance, pour être efficace et rapide, doit s'appuyer sur un système d'information fiable.

Les systèmes d'information du Ministère suscitent une insatisfaction générale. En effet, le développement informatique en matière de SPU a suivi jusqu'ici un chemin erratique, sans objectif clairement défini et, par conséquent, sans résultats probants.

En outre, tant le Ministère que les agences n'ont pas su adopter une culture d'analyse systématique des données et de la performance, pas plus qu'ils n'ont mis en place un mécanisme de suivi et de reddition de comptes. Le Comité constate que les parties prenantes semblent attendre un système hautement

performant avant de commencer à systématiser le processus d'analyse et d'amélioration, ce qui n'est pas optimal. Un développement des SPU pourrait aussi être ordonné et efficace avec des processus d'analyse et d'amélioration également en exploitation.

Pour l'instant, le Ministère compte principalement sur quatre systèmes opérationnels pour gérer les SPU :

- le système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ);
- le système d'information de gestion des services préhospitaliers d'urgence (SIGSPU);
- le progiciel assurance qualité;
- le registre national de la main-d'œuvre.

Par ailleurs, un bon nombre d'applications maison servent à l'extraction et à l'analyse de données.

En ce qui concerne le SISPUQ, le Comité ne peut que constater sa désuétude. En outre, on le juge dysfonctionnel et non intégré. Forcément, l'information qu'on en tire présente quelques problèmes de fiabilité.

Selon les renseignements obtenus, le développement du SIGSPU a coûté environ 1,6 million de dollars jusqu'à présent, mais il n'est pas pour autant achevé ou opérationnel. De plus, les coûts d'exploitation du système sont de l'ordre de 200 000 \$ annuellement. Seulement cinq CCS y versent des informations, lesquelles ne sont pas encore exploitées. Il reste beaucoup de travail à faire pour assurer la qualité de l'information.

Les systèmes relatifs à l'assurance qualité (progiciel) ainsi qu'au registre national de la main-d'œuvre sont par contre assez récents et utiles, même si des améliorations seraient susceptibles d'optimiser leur utilisation.

Pendant que l'on s'affaire encore à mettre au point le SIGSPU, le Comité a appris que le développement d'un nouveau système d'information est actuellement à l'état de projet. Ce dernier prendrait en charge tous les processus et les données du secteur des SPU et il viserait notamment à :

- éliminer les formulaires papier utilisés par les TAP;
- équiper tous les véhicules de transport ambulancier d'un ordinateur de bord relié au système central incluant la géolocalisation;
- remplacer tous les systèmes existants (SIGSPU, SISPUQ, registre national de la main-d'œuvre, assurance qualité) par un seul;
- intégrer un outil de soutien médical en ligne pour les TAP;

- informatiser les communications entre les ambulances et les CCS dans toute la mesure du possible.

Toutefois, ce projet n'en est toujours qu'à l'étape embryonnaire et progresse très lentement. Un tel déploiement réclame plusieurs approbations qui n'ont pas toutes été obtenues.

Le Comité a été témoin des difficultés – perte de temps et d'énergie – que rencontrent le Ministère et même les agences pour obtenir des données fiables et en temps opportun, et pour analyser la performance des systèmes.

Par contre – et le Comité en a été plus qu'étonné –, certaines entreprises ambulancières sont mieux nanties au chapitre des systèmes d'information. En effet, elles sont en mesure d'exploiter rapidement des données et de compter sur une information juste et précise. Plusieurs entreprises se sont équipées d'un système d'information simple, performant et pourvu de liens bidirectionnels avec la CCS (RAO, ordinateur de bord dans les véhicules, géolocalisation, transmission de l'information à l'établissement, informatisation de divers formulaires du Ministère). Ce système est nettement plus efficace que tout autre, du moins pour l'instant, car il élimine une multitude d'erreurs et plusieurs communications sans objet.

Des systèmes d'information performants existent aussi dans des SPU, au Canada et même ailleurs. Le Ministère aurait tout intérêt à exercer une veille stratégique sur l'évolution de ce secteur et à envisager d'utiliser un système qui a déjà fait ses preuves avant d'entreprendre tout nouveau développement.

Les communications en technologies de l'information entre les partenaires (Ministère, agences, CCS et entreprises) sont difficiles, et il est complexe, voire hypothétique, de mener un dossier à son terme. Au sein du Ministère, on peine à savoir où en sont rendus les dossiers, et les étapes nécessaires à une approbation sont longues et laborieuses. Par exemple, des projets existent pour produire de nouveaux formulaires papier dans les SPU, mais, sans vue d'ensemble et sans possibilité de traiter de nouvelles informations, les partenaires éprouvent une frustration bien compréhensible.

Deux autres aspects importants ont retenu l'attention du Comité : l'implantation du système RENIR, relié aux systèmes de communication nécessaires aux ambulances et à l'interopérabilité et celle des ordinateurs de bord installés dans les véhicules. Dans les deux cas, les stratégies retenues ne sont pas suffisamment documentées et aucune reddition de comptes n'est présentée aux autorités du Ministère. De la sorte, personne n'est en mesure d'en confirmer la performance.

Enfin, il est tout de même étonnant de constater que deux parties d'un même système de communication n'utilisent pas la même terminologie, surtout quand

la survie d'une personne est en jeu. Les régions ne reconnaissent pas toutes les mêmes niveaux de priorisation des appels – de P0 à P8 pour plusieurs, de P01 à P08 pour une autre et de P1 à P12 pour une troisième – et ne mesurent pas non plus la chronométrie des événements de la même façon.

Ce qui serait souhaitable

Les SPU constituent sans doute l'un des aspects les plus mesurables du système de santé; il leur est donc facile de se fixer des objectifs de performance. Par exemple, il serait normal que l'analyse des données fasse partie intégrante de la culture organisationnelle. Dans ce but, il suffirait de construire quelques tableaux de bord, très simples et explicites, pour mesurer la performance du système, tant sur le plan clinique qu'administratif, ce qui permettrait une reddition de comptes exhaustive aux autorités ministérielles.

Il ne s'agit pas d'attendre de disposer de systèmes informatiques performants, mais, au contraire, de définir quelles sont les données prioritaires qui doivent dicter les besoins informatiques. Le Comité est d'avis que le développement n'est ni logique ni ordonné.

En 2014, il devient impératif que :

- les SPU puissent compter sur des systèmes performants et efficaces;
- l'on soit en mesure d'interroger et d'exploiter facilement ces systèmes, de communiquer de façon rapide et simple entre partenaires (CCS, entreprises ambulancières, établissements, etc.) et de compter que les données sont fiables (toute lacune en matière de fiabilité devrait être décelée rapidement);
- toute forme de communication, de radiocommunication, de discussion ou de reddition de comptes se fasse dans un vocabulaire uniforme, cohérent et connu de tous;
- soit éliminé tout formulaire papier pour faciliter le travail des TAP et améliorer l'efficacité, puisque la technologie existe déjà à faible coût et que l'on a prouvé ailleurs sa supériorité;
- le système RENIR dans les SPU fasse l'objet d'une attention particulière de la part des autorités du Ministère, d'un suivi assidu et d'une reddition de comptes fréquente et complète;
- l'implantation des ordinateurs de bord et de la géolocalisation dans toutes les ambulances soit complétée au plus tôt et qu'ils soient reliés avec la RAO des CCS.

Le Ministère doit faire une priorité de la stratégie de développement informatique pour les SPU et procéder en étroite collaboration avec ceux dont l'expérience concrète a déjà fait ses preuves :

- D'abord, la Corporation d'Urgences-santé, compte tenu du nombre important de ses opérations, devrait tenir un rôle de chef de file en cette matière.
- Ensuite, les entreprises ambulancières qui ont déjà développé des outils performants – souvent d'ailleurs indirectement financés par le gouvernement – devraient être invitées à les partager avec toutes les parties concernées.

Avant d'entreprendre tout développement important, la stratégie devrait reposer sur une veille stratégique de l'évolution des technologies dans ce secteur et des SPU performants ailleurs dans le monde, afin de s'en inspirer.

En 2014, compte tenu des avancées technologiques, il est difficile de comprendre que l'intervention en SPU, tant administrative que clinique, de l'appelant jusqu'à l'arrivée du patient à l'établissement, ne soit pas entièrement informatisée.

Les bonnes pratiques

Au Nouveau-Brunswick, tous les véhicules ont été informatisés et munis de géolocalisation à partir d'un plan d'action et d'un échéancier couvrant quelques années. Les gestionnaires peuvent consulter des tableaux de bord sur la performance du système, en temps réel comme à distance, à l'aide d'un logiciel peu coûteux et très bien intégré. Comme il est utilisé ailleurs dans le monde, il est facile de procéder à des comparaisons.

Les recommandations

Le Comité recommande :

69	que, compte tenu de la particularité des SPU, des mesures vigoureuses soient prises pour se doter d'un système d'information performant, couvrant tous les aspects de la chaîne préhospitalière, générant des données fiables, faciles à exploiter et à interroger par le Ministère et les agences;
70	qu'il faut doter prioritairement toutes les ambulances d'un ordinateur de bord et de géolocalisation, offrant des liens de communication performants avec les RAO des CCS et les établissements;

71	de déterminer les tableaux de bord nécessaires au suivi de la performance des SPU, tant sur le plan clinique qu'administratif, après avoir pris connaissance des outils déjà existants ailleurs dans le monde;
72	de mettre en place un processus structuré de reddition de comptes aux autorités ministérielles sur la performance du système, sans attendre le complet déploiement du système informatique choisi, afin de contribuer efficacement au développement du système après avoir bien défini les besoins (en lien avec la recommandation 65);
73	de s'assurer que le projet RENIR fait l'objet d'un suivi et d'une reddition de comptes auprès des autorités ministérielles, de même que l'implantation d'un ordinateur de bord dans les ambulances;
74	de réclamer la collaboration et la participation d'Urgences-santé et des entreprises ambulancières pour participer au choix des outils performants nécessaires à la saine gestion des SPU;
75	de voir à ce que tout développement informatique important dans les SPU ne soit pas autorisé et entrepris avant d'avoir procédé à une veille stratégique sur l'évolution des technologies et des systèmes performants déjà utilisés dans ce secteur, et sans avoir démontré qu'ils ne sont pas accessibles à moindre coût que le développement du nouveau système;
76	de considérer les CCS comme une plaque tournante en tant que détenteurs de l'information pour évaluer la performance des SPU et, en conséquence, d'avoir un accès permanent à leurs bases de données (en lien avec la recommandation 15);
77	de s'assurer que tout développement informatique intègre les besoins d'information clinique jusqu'aux salles d'urgence.

L'encadrement médical

L'état de situation actuelle

Le Comité a constaté avec satisfaction que la formation et la qualité des soins se sont nettement améliorées depuis 1992, ce qui constitue un important élément de progrès des SPU.

L'adoption, en 2002, de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* y a certainement contribué, notamment par la nomination d'un directeur médical national des SPU et de directeurs médicaux régionaux, chargés de conseiller le ministre et de l'assister en ce qui concerne cet aspect précis.

Ce directeur médical national a notamment pour fonctions (art. 5) :

- de définir les normes nationales de soins et d'équipements préhospitaliers et de veiller à leur application, à leur utilisation et à leur évaluation;
- de faire des recommandations au ministre quant au niveau de compétence clinique requis des acteurs de l'organisation des SPU, de participer aux travaux de coordination interministériels relatifs à la détermination des programmes de formation initiale et d'établir des programmes nationaux de formation continue;
- d'établir les orientations nationales en matière de qualité des SPU;
- de définir et d'exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité déterminées par le ministre pour les services dispensés et la qualification du personnel d'intervention.

Les directeurs médicaux régionaux sont désignés par chacune des agences pour exercer, entre autres, les fonctions suivantes, en conformité avec les normes et les orientations nationales (art. 7) :

- exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité;
- contrôler et apprécier la qualité des actes posés par le personnel d'intervention des SPU et assurer auprès des employeurs et de leur personnel, le cas échéant, le suivi des recommandations qui en découlent;
- s'assurer que sont fournis les services nécessaires à la formation continue et au maintien et à l'évaluation des compétences du personnel d'intervention des SPU;
- faire des recommandations sur la pertinence des équipements médicaux utilisés par le personnel d'intervention des SPU et évaluer l'usage qui en est fait;

- assumer, après avoir été désignés par la majorité des agences dont le territoire est desservi par un CCS, l'encadrement médical de ce centre;
- collaborer avec les représentants du CMQ relativement aux obligations du Collège à l'égard de la qualité de la pratique des activités réservées en vertu de l'article 31 de la *Loi médicale* (c. M-9).

La plupart des acteurs du milieu reconnaissent que l'encadrement médical exercé auprès des TAP a progressé de beaucoup depuis l'adoption de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*.

Cependant, l'absence de plan stratégique, de vision à court, à moyen et à long terme concernant les SPU se reflète tant sur leur encadrement médical que sur tout leur développement. L'encadrement médical est pourtant si important qu'il requiert des orientations, des objectifs, du suivi et une reddition de comptes structurée, dont on peut déplorer le manque actuellement.

Le Comité a rencontré nombre d'intervenants qui l'ont convaincu de la confusion des rôles et des responsabilités entre le Ministère, les agences, le directeur médical national et les directeurs médicaux régionaux. Malgré une loi claire et précise, le Comité constate qu'il n'est pas facile de déterminer qui est responsable de quoi. De même, la coordination entre le volet clinique et le volet financier n'est pas optimal.

Le soutien accordé au directeur médical national et aux directeurs médicaux régionaux est trop limité pour pouvoir exploiter en tout temps leurs compétences à leur juste valeur.

Même s'il est visible que l'intégration est amorcée entre le milieu préhospitalier et les établissements de santé, force est de constater que le rôle du directeur médical régional n'est pas toujours bien compris des médecins dans les établissements.

Dans les faits, le niveau d'encadrement médical exercé est très variable d'une région à l'autre et même inexistant durant les périodes d'absence, parfois prolongées, des directeurs médicaux régionaux.

Les processus en place pour la comparaison entre les régions, la standardisation des façons de faire et l'optimisation de l'assurance qualité n'offrent pas suffisamment de transparence. Il devrait y avoir une reddition de comptes à cet égard et une stratégie assortie d'objectifs.

Les mécanismes prévus par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 68) pour suspendre temporairement, de façon totale ou partielle, les affectations cliniques d'un technicien ambulancier paramédical et d'exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs jugés nécessaires en cas d'urgence et pour assurer la qualité des soins dispensés laissent place à interprétation et

négociation entre les parties. Pourtant, l'autorité du directeur médical régional devrait être absolue et avoir un caractère obligatoire, sans interprétation possible de l'employeur.

Le Comité est d'avis que les établissements d'enseignement sont sous-utilisés, ce qui empêche la direction nationale de jouer un rôle plus stratégique. Par exemple, on n'y trouve pas suffisamment d'encadrement médical ni d'arrimage avec le niveau national. De là découlent de multiples problèmes : défaut de coordination et de standardisation, taux d'échec élevé, notes de cours remises en retard, etc.

En ce qui concerne le soutien médical, le Comité a noté une différence importante entre les heures disponibles pour l'encadrement entre les régions et Urgences-santé :

- Dans la Chaudière-Appalaches (région 12), un soutien médical est assuré en ligne par son Unité de coordination clinique des services préhospitaliers (UCCSPU), ce dont ne disposent pas les autres régions du Québec (sauf Urgences-santé).
- À Montréal et à Laval, les ressources en soutien médical quant au nombre d'heures sont importantes, mais elles ne sont pas pleinement exploitées. Elles devraient faire l'objet d'un processus structuré plus transparent, tant à Urgences-santé qu'à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

En résumé, les heures de soutien médical consacrées aux SPU devraient être optimisées partout sur le territoire du Québec.

Le Comité retient également les éléments suivants qu'il juge importants :

- Le fait que les TAP ne fassent pas partie d'un ordre professionnel alourdit la tâche d'encadrement médical.
- Les universités offrent peu de formation et d'engagement en médecine préhospitalière, pourtant une branche importante de la médecine d'urgence.

Ce qui serait souhaitable

Les rôles et les responsabilités du Ministère, du directeur médical national et des directeurs médicaux nationaux doivent respecter ce que prévoit la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. La ligne hiérarchique de responsabilité devrait être formellement établie dans un plan de délégation connu et diffusé largement.

Le rôle crucial du directeur médical national doit être reconnu et soutenu par une structure administrative forte et compétente. Il en va de même des directeurs médicaux régionaux qui devraient participer à toute décision concernant les

soins au patient, par exemple avoir un droit de regard sur le plan de déploiement des ambulances en région. De plus, l'incidence budgétaire des décisions cliniques devrait faire l'objet d'une attention particulière.

Comme le prescrit la loi, le rôle des directeurs médicaux (national et régionaux) devrait être mieux intégré à la mission des urgences des établissements, afin d'obtenir une plus grande fluidité entre le préhospitalier et l'hospitalier. Par exemple, ils devraient pouvoir participer à des réunions formelles entre le personnel médical, infirmier et préhospitalier. En outre, il serait normal qu'ils puissent intervenir pour réduire le temps passé par les TAP dans les établissements et susciter une meilleure efficacité des ressources déployées.

Un plan de relève et de formation devrait être mis en place pour les postes de directeur médical national et de directeurs médicaux régionaux pour assurer la permanence des fonctions et éviter les périodes où une charge n'est assumée par personne.

Toute question relative à l'encadrement médical devrait faire l'objet d'un plan stratégique documenté incluant des orientations à court, à moyen et à long terme, des objectifs, des mécanismes de suivi et une reddition de comptes mieux structurée. Le Comité a noté que plusieurs actions ont été engagées en ce sens depuis peu concernant l'aspect clinique, mais il y a encore place à amélioration.

La comparaison entre les régions du travail effectué quant à l'assurance qualité est prioritaire, compte tenu de la rareté des ressources financières et humaines. Pour amener le système à son rendement optimal, les stratégies et les résultats à cet égard devraient faire l'objet d'une reddition de comptes formelle.

Les maisons d'enseignement ne sont pas suffisamment sollicitées pour libérer du temps au profit de la direction médicale nationale qui, elle, pourrait se préoccuper davantage du volet stratégique. L'arrimage souhaité serait basé sur les autres modèles existants : soins infirmiers, inhalothérapie, techniques radiologiques, etc. Toute nouvelle formation devrait être élaborée en partenariat avec les établissements d'enseignement et dispensée par ceux-ci, sous réserve des conditions établies par la direction médicale nationale pour assurer la qualité de cette formation à des coûts acceptables.

Un ordre professionnel permettrait de résoudre plusieurs problèmes sans compromettre la sécurité du public : un code d'éthique obligatoire, l'encadrement de l'éthique de travail, ainsi que la gestion des licences de pratique et de la formation continue. Ainsi, les équipes médicales, tant régionales que nationales, récupéreraient un temps plus qu'utile.

Le soutien médical en ligne doit être accessible partout au Québec par l'intermédiaire des hôpitaux de base reconnus⁸, avec un budget bien défini et équitable, et donner lieu à une reddition de comptes annuelle. Toutes les heures médicales utilisées pour les SPU devraient être planifiées pour assurer une présence optimale sur tout le territoire du Québec. Là aussi, la reddition de comptes est incontournable.

L'encadrement médical des soins avancés doit aussi être défini clairement, après évaluation objective du projet sur le plan administratif, quant à la plus-value, au déploiement et à la stratégie d'implantation.

Il faut miser, à moyen terme, sur la création d'un ordre professionnel pour les TAP afin d'optimiser l'encadrement médical.

Les recommandations

Le Comité recommande de :

78	mieux définir et faire connaître les rôles et les responsabilités du directeur médical national et des directeurs médicaux régionaux prévus par la loi, en établissant une ligne de responsabilité claire dans un plan de délégation formel et connu de tous;
79	doter le directeur médical national et les directeurs médicaux régionaux d'une structure administrative forte et compétente et de mécanismes assurant l'harmonisation des décisions cliniques avec le volet administratif;
80	prendre des mesures pour que le rôle des directeurs médicaux (national et régionaux) soit mieux intégré à la mission des urgences des établissements pour permettre une meilleure fluidité entre le préhospitalier et l'hospitalier;
81	s'assurer qu'un plan de relève et de formation sera mis en place pour les postes de directeur médical national et de directeurs médicaux régionaux pour garantir la continuité des fonctions (en lien avec la recommandation 63);
82	élaborer un plan stratégique documenté à l'égard de toute question relative à l'encadrement médical incluant des orientations à court, à moyen et à long terme, des objectifs, des mécanismes de suivi et une reddition de comptes mieux structurée;

8. Dans le présent rapport, on entend par « hôpital de base » un établissement qui offre un soutien médical en ligne installé dans une urgence et qui permet aux TAP d'obtenir l'aide immédiate dont ils ont besoin.

83	s'assurer que des comparaisons systématiques et régulières sont faites entre les régions quant aux résultats du travail effectué pour l'assurance qualité et que les stratégies et les résultats afférents font l'objet d'une reddition de comptes formelle;
84	<p>prendre les moyens pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> – optimiser la participation des établissements d'enseignement en ce qui concerne la formation à des conditions établies par la direction médicale nationale pour assurer la qualité de cette formation à des coûts acceptables; – inciter la direction médicale nationale à consacrer temps et énergie aux volets stratégiques importants plutôt qu'aux volets opérationnels; – octroyer au directeur médical régional toute l'autorité requise pour suspendre temporairement, de façon totale ou partielle, les affectations cliniques d'un technicien ambulancier paramédical et exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs jugés nécessaires en cas d'urgence, et pour assurer la qualité des soins dispensés.
85	entreprendre une démarche collective (Ministère, MELS, entreprises, syndicats, TAP, Urgences-santé, etc.) afin d'obtenir, à moyen terme, la reconnaissance des TAP en créant un ordre professionnel;
86	s'assurer que le soutien médical en ligne est accessible partout au Québec grâce aux hôpitaux de base reconnus, avec des budgets bien définis, équitables et une reddition de comptes annuelle;
87	mettre en place un processus de planification et de reddition de comptes structuré de toutes les heures médicales consacrées aux SPU, de façon à assurer une présence médicale optimale sur tout le territoire du Québec ainsi qu'un suivi approprié;
88	s'assurer que l'encadrement médical concernant les soins avancés est défini clairement, après évaluation objective du projet.

Les techniciens ambulanciers paramédicaux

L'état de situation actuel

Au fil du temps, le rôle des TAP et les conditions pour l'exercer ont beaucoup évolué. Entre autres choses, la formation et l'encadrement ont connu des avancées importantes. Autrefois limité à la conduite d'un véhicule d'urgence et au transport d'un patient, le TAP participe désormais de plus en plus aux soins des malades.

Le TAP d'aujourd'hui doit répondre à certaines exigences :

- avoir terminé une formation collégiale initiale reconnue par le ministère de l'Enseignement supérieur, Recherche et Science et réussi l'examen afférent à cette formation ou avoir achevé une formation reconnue équivalente par le directeur médical national ou être titulaire d'un certificat ou d'une autre forme de reconnaissance professionnelle officielle, délivré au Canada, attestant qu'il est qualifié et autorisé à agir comme technicien ambulancier paramédical et reconnu par le directeur médical national;
- être inscrit au registre national de la main-d'œuvre maintenu par le ministre et avoir obtenu une carte de statut de technicien ambulancier paramédical.

Le gouvernement a également adopté le *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*⁹ qui détermine :

- les activités autorisées pour un TAP;
- les activités autorisées pour un TAP en soins avancés.

Le gouvernement a également édicté le *Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au registre national de la main-d'œuvre*¹⁰. Ainsi, pour maintenir son inscription à ce registre, un TAP doit, au cours d'une période de quatre ans, suivre toutes les activités obligatoires de formation établies par le directeur médical national.

Selon la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, un TAP doit fournir à une personne dont l'état requiert l'intervention des SPU les soins nécessaires, dans

9. RLRQ, c. M-9, r. 2.

10. *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, LRQ, c. S-6.2.

le respect des protocoles d'intervention clinique élaborés et de l'encadrement médical régional établi (art. 65).

Les tableaux 20, 21 et 22 donnent des détails sur la situation des TAP au Québec en 2012-2013.

Tableau 20 Nombre de TAP selon le sexe en 2012-2013

Sexe	Nombre	%
Homme	3 946	78
Femme	1 087	22
Total	5 033	100

Source : DASPU.

Tableau 21 Nombre de TAP selon le groupe d'âge en 2012-2013

Groupe d'âge	Nombre	%
Moins de 30 ans	1 405	28
30-39 ans	1 587	32
40-49 ans	993	20
50-59 ans	923	18
60 ans et plus	125	2
Total	5 033	100

Source : DASPU.

Tableau 22 Nombre de TAP selon la formation en 2012-2013

Formation	Nombre	%
AEC	3 098	62
DEC	547	11
Diplôme obtenu hors Québec	58	1
« Préposé d'ambulance » (180 h et moins)	1 330	26
Total	5 033	100

Source : DASPU.

Exigences de formation : AEC : une année collégiale.

DEC : trois années collégiales.

Source : Cégep de Sainte-Foy, à Québec.

La formation, la carrière et l'exercice de la profession

La formation des TAP a connu des améliorations notables depuis quelques années. En voici quelques exemples :

- Les exigences de formation sont passées d'une attestation d'études collégiales (AEC, une année collégiale) au diplôme d'études collégiales (DEC, trois années collégiales) pour les nouveaux inscrits.
- Le candidat est soumis à un examen national pour être reconnu.
- La formation continue est obligatoire (32 heures par année).
- De nombreux autres projets sont en cours : la gestion de la détresse respiratoire, incluant l'assistance respiratoire et l'utilisation d'une valve à pression positive, le constat de décès à distance, la mise à jour en traumatologie, les besoins des patients vieillissants, la distribution autorisée de narcotiques.

Par ailleurs, les activités des TAP sont à présent diversifiées, particulièrement dans la métropole : intervention à vélo, groupe d'intervention tactique, unité de soutien bariatrique, etc., ce qui donne une idée des possibilités de soins dont ils pourraient éventuellement se charger.

Il faut cependant admettre que cette formation, si elle a été grandement améliorée, n'a pas encore atteint un niveau optimal. Pour lui assurer une complète efficacité, il faut se pencher sur certains éléments moins positifs :

- La formation est variable d'un cégep à l'autre, ce qui risque de nuire à la performance de certains étudiants.
- Le taux d'échec est élevé au Programme national d'intervention clinique (PNIC), soit l'examen national obligatoire pour devenir TAP, comparativement à d'autres programmes de même niveau.
- La communication et la coordination ne sont pas optimales entre les établissements d'enseignement, quand il s'agit de mettre en application de nouvelles directives ou orientations du Ministère.
- Plusieurs difficultés se posent pour la formation continue obligatoire (libération des formateurs ou des TAP, moyens de pression, etc.).

Il reste plusieurs défis à relever :

- Il faut en arriver à reconnaître et à valoriser les TAP chargés de formation et faciliter leur libération pour maintenir leur compétence à exercer cette fonction.
- Les mécanismes de recrutement, d'encadrement et le mentorat de moniteurs de stage auprès des cohortes étudiantes devraient gagner en efficacité.

Les TAP ne sont pas chapeautés par un ordre professionnel, contrairement à d'autres intervenants en santé, comme les infirmiers et infirmières. Tout en favorisant la protection du public, l'ordre professionnel permettrait une meilleure reconnaissance de leur rôle, tant par la population que par les autres intervenants en santé. Par ailleurs, les TAP qui travaillent à Urgences-santé sont régis par un code d'éthique, ce qui est très variable dans les autres régions. Cette seule distinction désavantage tous ceux qui ne travaillent pas à Laval ou à Montréal.

Il faut noter aussi que les connaissances de plusieurs TAP semblent plafonnées, du seul fait que les possibilités de diversification dans l'emploi sont nulles ou presque. Pour l'instant, il n'existe qu'un seul type de TAP – et, par conséquent, aucun plan de carrière –, qui offrent tous des soins primaires, sauf quelques employés d'Urgences-santé en mesure de prodiguer des soins avancés.

Le Comité a été étonné de constater que le soutien médical en ligne offert aux TAP dans leurs activités est minime, et ce, dans plusieurs régions. Bien sûr, on note des velléités d'intégration entre les milieux préhospitalier et hospitalier, mais le chemin à parcourir reste très long avant de voir émerger un véritable partenariat.

La charge de travail est éminemment variable d'une région ou d'une entreprise à l'autre, ce qui tend à prouver que leur participation n'est pas optimale partout. De surcroît, les TAP ne disposent pas des mêmes outils selon la région, par exemple un ordinateur de bord dans chaque ambulance avec géolocalisation. Voilà donc une autre disparité au sein même de leur pratique.

Les soins avancés

On définit les soins avancés par opposition aux soins primaires – dévolus à l'énorme majorité des TAP – s'ils comportent des interventions en soins, en médication ou en soutien thérapeutique qui excèdent le champ habituel des compétences exigées.

Au cours de ses rencontres avec plusieurs intervenants, le Comité a constaté que les possibilités offertes à un TAP de dispenser des soins avancés ne répondent aucunement à des exigences de transparence et de planification qui seraient dûment approuvées par le Ministère. Pourtant, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 3) mentionne clairement ce qui suit : « Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques, définit les modes d'intervention, élabore et approuve les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière. »

En conséquence, le Comité se serait attendu à ce que les initiatives ou les stratégies du Ministère reposent sur des projets pilotes bien encadrés, évalués de façon rigoureuse pour démontrer une nette valeur clinique ajoutée. De plus, il escomptait trouver une documentation étoffée qui aurait contenu :

- les objectifs visés à moyen et à long terme;
- le plan de déploiement retenu;
- les coûts afférents à court et à long terme;
- les ressources et les régions visées;
- les conséquences (avantages et inconvénients) de la stratégie retenue ainsi que ses incidences potentielles.

Auparavant, cette publication aurait fait l'objet de discussions et reçu l'approbation des hautes instances ministérielles. Or, rien de cette planification optimale n'existe pour le moment.

La détresse psychologique

Les tâches particulières des TAP sont susceptibles de les mettre en présence de situations difficiles, voire traumatisantes. Plusieurs intervenants ont informé le Comité de leurs préoccupations en cette matière, car il est possible qu'il en découle une détresse importante. Le Comité est d'avis que ce sujet appelle une réflexion sérieuse et concertée de tous les intervenants.

Les relations de travail

Les SPU ont également connu une forte syndicalisation et les relations houleuses entre employeurs et employés ont souvent défrayé la chronique. La situation est connue tant de la population que des intervenants du milieu. Même si les affrontements se sont atténués depuis quelques années, les relations restent encore axées sur les revendications plutôt que sur le partenariat. Le climat en souffre dans plusieurs milieux de travail et il importe d'en tenir compte.

Ce qui serait souhaitable

La bonne santé des patients doit être au cœur des SPU, les actions des TAP déterminent la qualité des soins et le devenir des patients. La population devrait donc être mieux informée sur le rôle primordial des TAP dans la chaîne d'intervention. Sur le plan clinique, ces derniers jouent un rôle incontournable et de plus en plus complexe et exigeant.

L'intégration des intervenants des milieux hospitalier et préhospitalier doit reposer sur un véritable partenariat, basé sur le patient avant tout, dans le respect et la compréhension des rôles de chacun.

En matière de formation et de développement professionnel, il importe de consolider les acquis et de miser sur l'amélioration des processus actuels en vue de l'optimisation des ressources. Dans ce but :

- Il faut raffermir les liens avec les établissements d'enseignement et viser une formation uniforme et plus de succès au PNIC.
- Le taux d'échec à l'examen national devrait être comparable à celui des autres groupes professionnels formés dans les mêmes cégeps.
- Il faut que les représentants des maisons d'enseignement prennent la place qui leur revient en matière de pédagogie et d'enseignement. La direction médicale nationale devrait fixer des orientations et des objectifs à cet égard et déléguer son rôle opérationnel comme la préparation du PNIC.
 - Il faudrait enchâsser les exigences du Ministère en matière de formation des TAP dans un processus structuré qui serait communiqué aux établissements d'enseignement en temps opportun, pour qu'ils en connaissent le contenu et les intègrent à leur programme.
 - Chaque entreprise ambulancière devrait obligatoirement nommer un responsable de la formation afin de conseiller les TAP et de répondre à leurs questions. Ce responsable travaillerait en étroite collaboration avec les TAP formateurs dans les régions.
 - Des mécanismes doivent être mis en place pour mieux reconnaître les TAP chargés de la formation continue, faciliter leur libération pour exercer cette fonction et maintenir leur compétence. Le recrutement, l'encadrement et le mentorat des moniteurs de stage auprès des cohortes étudiantes sont d'une importance telle qu'ils doivent atteindre un niveau optimal.

Il est temps d'entamer une réflexion nationale sur le plan de carrière des TAP et sur le recours optimal à ces ressources dans le réseau, en fonction de leur charge de travail. Plusieurs niveaux de TAP encourageraient le dépassement des uns et la réaffectation des autres, avec le souci constant d'améliorer les soins aux patients et d'offrir davantage au réseau. Par exemple, des projets pilotes pourraient être mis sur pied comme les TAP communautaires¹¹ ou l'intégration à des activités de première ligne.

Le Comité est d'avis qu'il faut envisager, à moyen terme, la création d'un ordre professionnel, avec le concours du Ministère et du MELS, des agences, des

11. On entend par « TAP communautaires » ceux qui sont appelés à travailler dans la communauté pour y faire de la prévention ou des visites à domicile, donner de la formation, lorsqu'ils sont en service, mais en attente d'un appel, ou qu'ils sont libérés pour collaborer avec les infirmiers et infirmières ainsi que les médecins du réseau.

entreprises et des syndicats. L'objectif premier serait, bien sûr, d'assurer la protection du public, mais aussi de favoriser la reconnaissance de ce rôle auprès de la population et de tous les intervenants en santé. Pour y parvenir, il faut miser sur la participation active des chefs de file parmi les TAP et le soutien des employeurs, des syndicats et du Ministère.

Les TAP devraient tous être soumis à un code d'éthique uniforme et commun à toutes les régions.

Partout au Québec, les TAP devraient pouvoir bénéficier d'un soutien médical en ligne, grâce aux hôpitaux de base reconnus et des mêmes outils technologiques, tel un ordinateur de bord dans les ambulances assisté de géolocalisation.

Le Comité estime que le rôle des TAP se trouve dans une phase de consolidation et d'amélioration des acquis plus que de développement. En conséquence, toute la question des soins avancés devrait être traitée avec une extrême rigueur et une prudence sans faille.

La détresse psychologique est un sujet sérieux qui doit être abordé de façon ordonnée, concertée et rigoureuse de la part de tous les intervenants. Il faudrait traiter cette question sur le plan national, en réclamant la collaboration de tous les intervenants.

Les bonnes pratiques

L'UCCSPU constitue une plaque tournante qui établit un lien entre les services préhospitaliers et les services hospitaliers. Dans la région de la Chaudière-Appalaches et pour certains mandats précis dans quelques autres régions, elle permet une meilleure coordination des interventions des TAP, une orientation mieux ciblée pour les patients ainsi que l'accès de ces derniers à des soins plus spécialisés. Cette unité favorise nettement la qualité des soins auprès des patients, puisque tous les intervenants sont incités à travailler dans un même but.

Nouvelle-Écosse

Certains TAP sont intégrés à la salle d'urgence de l'Hôpital Queen Elizabeth où ils sont amenés à exercer des fonctions comme le triage des patients, à poser des gestes comme mesurer les signes vitaux et à apporter de l'aide aux patients dont l'acuité est déficiente.

De la sorte, ces TAP travaillent avec les médecins et le personnel infirmier, par exemple pour des sutures ou des attelles, gestes qui, comme on le sait, consomment beaucoup de temps. Ils assistent le responsable du triage, ce qui permet, par exemple, de mieux cibler le patient qui nécessite rapidement une échographie.

Les recommandations

Le Comité recommande de :

89	promouvoir le rôle des TAP auprès de la population et des autres intervenants en santé;
90	prévoir des mécanismes formels pour favoriser l'intégration et l'interopérabilité des TAP avec les autres personnes concernées (médecins, infirmiers et infirmières, premiers répondants, RMU, policiers, etc.);
91	favoriser, par des mesures concrètes, la participation active des TAP aux structures décisionnelles traitant des SPU, de même qu'à la recherche et à l'amélioration des pratiques;
92	<p>en matière de formation de base et continue, consolider les acquis en améliorant les processus actuels en vue de l'optimisation des ressources, notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> – en précisant les rôles et les responsabilités de tous les intervenants, mais en veillant à ce que la direction médicale nationale garde le contrôle des orientations stratégiques et des objectifs; – en améliorant les liens avec les établissements d'enseignement et en suscitant leur participation à tous les niveaux; – en améliorant les processus afin d'atteindre un plus haut taux de succès au PNIC sans compromettre les exigences de cet examen; – en demandant aux entreprises de désigner obligatoirement un responsable de la formation, chargé de conseiller les TAP et de répondre à leurs questions; – en s'efforçant de mieux reconnaître les TAP désignés pour la formation, de faciliter leur libération pour exercer cette fonction et maintenir leur compétence; – en optimisant le recrutement, l'encadrement et le mentorat des moniteurs de stage auprès des cohortes étudiantes; – en favorisant, par des moyens concrets, de concert avec les cégeps, l'acquisition d'un DEC pour les TAP qui ne l'ont pas encore; – en permettant aux TAP d'acquérir les habiletés nécessaires pour libérer les ressources hospitalières lors de certains transports interétablissements;

93	entamer une réflexion nationale sur le plan de carrière dans le but d'optimiser ces ressources. À cette fin, à partir des expériences vécues ailleurs et de projets pilotes bien encadrés, élaborer un plan stratégique afin de valoriser le rôle du TAP : soins avancés, TAP communautaire, agent de formation et de prévention auprès du public, intégration dans les établissements et toute autre fonction bénéfique démontrée pour la société;
94	encadrer le rôle du TAP par un code d'éthique uniforme dans toutes les régions;
95	s'assurer, à court terme, que les TAP peuvent bénéficier, partout au Québec : – des mêmes outils technologiques (ordinateur de bord dans les ambulances assisté de géolocalisation);
96	adopter une approche rigoureuse, bien documentée et prudente quant à l'implantation des soins avancés, en s'assurant que la stratégie retenue a reçu l'aval des plus hautes instances ministérielles (en lien avec la recommandation 88);
97	aborder, sur le plan national, la question de la détresse psychologique, selon une approche rigoureuse et concertée avec tous les intervenants du milieu des SPU.

Voir aussi les recommandations 85 et 86.

Les finances et le contrôle

L'état de situation actuel

Les SPU ne pèsent pas lourd dans le budget du Ministère, soit 1,7 % du budget global en 2012-2013.

Au cours des cinq dernières années, les coûts ont connu une augmentation importante comme le montre la figure 1 (p. 12), ce qui peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- indexation des coûts du système;
- renégociation des conventions collectives;
- nouveau contrat avec les entreprises ambulancières.

La majeure partie du financement provient des fonds publics et parapublics, et ce, depuis longtemps. Ainsi, les personnes âgées, les assistés sociaux, les anciens combattants, les accidentés du travail ou de la route n'assument pas le prix de leur transport par ambulance. De plus, les transports interétablissements ne sont pas facturés aux usagers. Enfin, la facture remise à l'utilisateur pour le transport ambulancier à la suite d'un appel est de beaucoup inférieure aux coûts réels.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 79) stipule ce qui suit : « Le gouvernement peut, par règlement, fixer les tarifs qui peuvent être exigés lors du déplacement d'un véhicule des services préhospitaliers d'urgence ou édicter des normes lui permettant de fixer ces tarifs. [...] Ces tarifs ou normes peuvent varier selon que le déplacement est effectué entre des installations maintenues par un ou des établissements ou entre des régions, selon le type de véhicule ou de services utilisés lors d'un déplacement ou selon le statut de non-résident de la personne transportée. Des tarifs spécifiques peuvent également être fixés pour la mise en disponibilité d'un véhicule [ambulancier ou autre] de même que les cas, conditions et circonstances pour lesquels un tel tarif peut être exigé. »

Depuis mars 1997 (17 ans), les tarifs du transport ambulancier sont les suivants :

- 125,00 \$ pour la prise en charge du patient;
- 35,00 \$ par patient additionnel;
- 1,75 \$ pour chaque kilomètre parcouru avec le patient dans le véhicule.

Cette tarification est applicable à tout le Québec, à tous les agents payeurs, quels que soient les titulaires de permis de service d'ambulance, même Urgences-santé.

Le Ministère a aussi défini :

- les modalités (critères d'admissibilité, responsabilité du paiement, etc.) concernant le déplacement d'un usager entre deux établissements du réseau (que ce soit ou non dans la même région);
- les conditions de la non-participation aux frais des déplacements en ambulance pour les personnes de 65 ans et plus.

La comparaison du coût par habitant des SPU au Québec avec d'autres systèmes à travers le monde ayant des densités comparables indique que ce n'est pas nécessairement plus coûteux ici qu'ailleurs. Toutefois, des défis importants se posent aux SPU actuels : d'abord faire la démonstration que le système est performant, ensuite acquérir des gains d'efficacité et maintenir les coûts, en raison des besoins croissants et des restrictions budgétaires.

La gestion administrative est répartie entre le Ministère et les agences, et le Comité a pu noter une confusion quant aux responsabilités en matière de suivi et de contrôle financier. Cette zone d'ombre favorise des pratiques régionales, souvent non harmonisées avec le Ministère, ce qui rend ce dernier plus vulnérable face aux entreprises privées souvent mieux organisées. Mentionnons, à titre d'exemples :

- Les états financiers des CCS ne font guère l'objet d'analyse de la part des agences ou du Ministère.
- Les surplus accumulés dans les fonds des SPU des agences ne font pas l'objet d'une stratégie articulée et toujours entérinée par les hautes instances du Ministère.
- La réelle rentabilité des entreprises n'est pas connue ni les ristournes importantes – souvent de plusieurs milliers de dollars – versées aux TAP dans les coopératives.
- La reddition de comptes des entreprises privées est généralement très sommaire et les modalités du nouveau contrat en cette matière ne sont pas encore en vigueur.

Comme mentionné précédemment, le coût réel du transport ambulancier (tableau 23) au Québec n'est pas suffisamment connu ni diffusé.

Tableau 23 Coût moyen d'un transport ambulancier en 2012-2013

Territoire	Coût
Urgences-santé	517,81 \$
Autres régions du Québec	890,39 \$
Moyenne provinciale	765,49 \$

Source : DASPU.

La tarification des services n'ayant pas fait l'objet d'une indexation depuis 17 ans, il va de soi que l'écart entre les prix réclamés aux patients et les coûts réels de transport est devenu important. En effet, chaque transport coûte en moyenne 765 \$ au Québec.

Par ailleurs, il existe un écart important entre la valeur du permis sur le marché comparativement aux droits payés pour le maintenir (50 \$ par véhicule aux trois ans, tarif non indexé), et la tarification actuelle n'a pas fait l'objet d'une analyse approfondie depuis fort longtemps. D'ailleurs, le règlement qui aborde ce sujet n'a pas été retouché depuis 1981.

Même si les SPU sont financés en majeure partie par les fonds publics et parapublics, aucune notion de partenariat ou de partage des risques n'en fait mention dans les ententes avec les entreprises privées.

En l'absence de plan stratégique assorti d'orientations claires, de suivi adéquat, d'indicateurs de performance simples et efficaces, de reddition de comptes, le Ministère ne peut avoir l'assurance que son investissement sert toujours au mieux l'intérêt de la population.

Les SPU, au Québec, utilisent encore un seul type de véhicule pour le transport primaire, se dirigent vers un établissement du réseau désigné, sans recherche d'une autre option, que ce soit pour le type de transport, le véhicule ou l'établissement. Le protocole – un appel = une affectation ambulancière = un transport – n'a pas été modifié jusqu'à maintenant, outre le codage omega, utilisé par peu de CCS autorisés pour ne pas envoyer de ressources ambulancières dans des circonstances très précises. De la sorte, la pertinence de procéder systématiquement à un transport par ambulance à la suite de chaque appel doit être analysée et revue.

Le Comité a été étonné de constater que le remplacement des véhicules ambulanciers se fait de façon non uniforme. Des pratiques différentes existent entre Urgences-santé et les régions, ce qui n'assure pas que le processus est optimal pour le Québec. Tel que le démontre le tableau 24, la flotte d'ambulances dans les régions représente 77 % de toute celle du Québec.

Tableau 24 Répartition des véhicules ambulanciers en 2012-2013

Territoire	Nombre	%
Urgences-santé	154	23
Autres régions du Québec	528	77
Tout le Québec	682	100

Source : DASPU.

Dans les régions, les véhicules ambulanciers mentionnés sur le permis d'exploitation sont financés et remplacés lorsqu'ils atteignent 200 000 km ou plus de sept années de service. À Urgences-santé en 2012-2013, près de 49 % de la flotte de 154 véhicules sont encore utilisés malgré un kilométrage de plus de 200 000 km. De plus, selon l'information obtenue, des véhicules, considérés en région à la fin de leur vie utile, sont parfois revendus à Urgences-santé qui, elle, les utilise jusqu'à environ 300 000 km. Enfin, plusieurs régions ont des véhicules de remplacement neufs, tandis que d'autres se voient attribuer des véhicules de plus de 200 000 km appelés « mulets ».

Il en va de même du système d'achat des autres biens utilisés par les SPU, par exemple l'équipement et les fournitures. Si certains achats sont regroupés pour toute la province, d'autres sont effectués par les agences ou les entreprises ambulancières. On ne sait donc pas si les avantages liés aux achats en gros sont mis à profit partout.

Ce qui serait souhaitable

Le fait que les SPU québécois ne sont pas forcément plus coûteux par habitant que d'autres systèmes à travers le monde ne doit pas empêcher les divers responsables de rechercher l'efficacité et l'efficacé de même que le maintien ou la diminution des coûts.

Il est essentiel d'encadrer les SPU par un plan stratégique assorti d'orientations et d'objectifs clairs, de systèmes d'information modernes et simples, d'indicateurs de performance robustes et d'une reddition de comptes transparente. Il faudrait également envisager d'octroyer une certaine bonification ou d'imposer des pénalités, en fonction des objectifs atteints ou non, ou du respect des règles.

Tout octroi de nouvelles ressources devrait tenir compte de l'ensemble du système, plutôt que d'accorder tout investissement à la pièce et sans égard aux autres éléments de la chaîne.

Compte tenu de l'importance des fonds publics consacrés aux SPU, l'approche partenariale et de partage des risques doit être modifiée avec l'entreprise privée. Ainsi, le gouvernement est en droit de s'attendre :

- à une grande transparence des entreprises ambulancières par le dépôt d'information et d'états financiers vérifiés, le respect d'indicateurs de performance, avec bonification si les attentes sont dépassées, ou pénalité si elles ne le sont pas;
- à une pleine connaissance des profits réalisés et à un partage de ceux-ci pour réinvestir dans l'amélioration du système.

Une culture de suivi, de contrôle financier et de performance doit inspirer les différentes instances de gouvernance. Il faudrait harmoniser les pratiques et présenter une reddition de comptes aux autorités du Ministère ainsi qu'à la population.

Par ailleurs, aucune tarification n'est fixée à jamais, pas plus celle des SPU que les autres. Il faut donc l'adapter à la réalité d'aujourd'hui, c'est-à-dire prévoir une hausse ainsi qu'une indexation annuelle.

- La non-participation aux frais pour les 65 ans et plus doit être revue, compte tenu du prolongement de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé en général.
- Le tarif du renouvellement du permis d'un véhicule ambulancier doit être révisé pour mieux refléter sa valeur.

La transparence envers la population doit s'appliquer à tous les aspects liés aux coûts et à la performance du système. Les intervenants du réseau doivent aussi savoir exactement à combien reviennent les SPU, particulièrement le coût d'un transport ambulancier, afin de contribuer à optimiser les choix.

Il existe des moyens alternatifs de transport pour une certaine clientèle ainsi que d'autres orientations que les salles d'urgence comme destination. En outre, il faut évaluer la possibilité de répondre au besoin de la clientèle sans procéder à un transport.

Les véhicules devraient être remplacés selon des règles précises et suivre un processus d'appel d'offres national. Il faudrait aussi revoir et harmoniser les critères de fin de vie des véhicules, ainsi que la notion de véhicule de remplacement. À la fin de leur cycle, comme c'est l'État qui les a payés, les véhicules devraient lui être retournés.

Le système d'achat de l'équipement et des autres biens utilisés par les SPU doit être revu de façon à s'assurer qu'il favorise l'économie et l'efficacité.

Les recommandations

Le Comité recommande :

98	que l'octroi de nouvelles ressources tienne compte des avantages (économie et efficience) que peut en retirer l'ensemble du système;
99	que tous les acteurs importants des SPU (CCS, entreprises privées, Urgences-santé, etc.) déposent chaque année des états financiers vérifiés de même qu'un rapport d'activité pour permettre d'évaluer la performance selon les indicateurs déterminés par le Ministère (en lien avec la recommandation 42);
100	de sensibiliser les citoyens et les intervenants du réseau au sujet des coûts des SPU;
101	que des moyens autres que le transport par ambulance soient instaurés de même que des destinations autres que les salles d'urgence ainsi que des véhicules ambulanciers mieux adaptés aux besoins des organisations;
102	que la gestion de la flotte ambulancière (renouvellement, utilisation et disposition) soit faite de façon à favoriser l'économie et l'utilisation optimale. Il en va de même de l'achat de l'équipement et des fournitures;
103	que la tarification et la valeur des droits liés au renouvellement ou à l'octroi de permis fassent l'objet d'une révision;
104	que la non-participation aux frais du transport ambulancier pour les 65 ans et plus soit révisée.

Voir aussi la recommandation 65.

Le transport alternatif

L'état de situation actuelle

Le transport médical constitue l'accompagnement d'un patient vers un établissement de santé, afin qu'il y reçoive des soins appropriés. Ce type de transport peut également inclure le trajet de retour vers le lieu d'origine si le patient présente des problèmes de mobilité ou autre. Dans le présent rapport, on entend par « transport alternatif » tout transport médical effectué par un véhicule autre qu'une ambulance, à l'exclusion du transport adapté qui, comme son nom l'indique, est adapté aux besoins des personnes handicapées.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (art. 78) stipule que le gouvernement peut déterminer, par règlement, les cas, les conditions et les circonstances dans lesquels un véhicule autre qu'une ambulance peut être utilisé pour le transport d'usagers dont l'état ne nécessite pas de soins ou de soutien médical durant le déplacement.

Le même article de loi précise qu'il peut déterminer de la même manière, dans le cas d'une région où la situation géographique, l'étendue du territoire ou la densité de la population qui y réside le justifie, les cas, les conditions et les circonstances dans lesquels un véhicule autre qu'une ambulance peut être utilisé en complément de la prestation usuelle des SPU.

Le gouvernement peut déterminer de la même façon :

- les normes de qualification du personnel affecté à ces véhicules;
- l'équipement et le matériel qui peuvent être utilisés dans de tels véhicules;
- les normes d'inspection de ces véhicules, sous réserve de celles qu'a établies une autre loi, de même que de l'équipement et du matériel.

En ce moment, pour chaque appel à un CCS jugé pertinent et nécessitant un transport, qu'il provienne de la population ou qu'il réponde à un besoin de transport interétablissements, un véhicule ambulancier est dépêché avec deux TAP.

Pourtant, malgré ce que prescrit la loi, le Ministère n'a pas défini les cas, les conditions ou les circonstances où un véhicule autre qu'une ambulance peut servir à du transport médical. Le transport alternatif n'est donc jamais utilisé ni même évoqué pour les transports gérés par les CCS. Dans les faits, les établissements effectuent une proportion importante de transport médical avec d'autres types de véhicules (autobus, taxi, etc.). Le jugement en est laissé à la discrétion du personnel soignant de chaque établissement. Le Ministère n'a pas

déterminé, par réglementation, les cas, les conditions ou les circonstances où un véhicule autre qu'une ambulance peut être utilisé.

Bien sûr, il en va de même pour les normes de qualification du personnel affecté à ces véhicules, de l'équipement et du matériel qui peuvent être utilisés dans de tels véhicules, ainsi que des normes d'inspection.

Des entreprises œuvrant dans le transport médical ont mentionné s'en remettre à d'autres réglementations, comme l'exigence d'un permis de transport si elles utilisent un autobus, ou encore les règles en vigueur sur les heures de conduite de véhicules lourds. Ainsi, s'il existe un règlement sur les véhicules routiers adaptés au transport des personnes handicapées, un règlement semblable n'existe pas pour le transport médical, ce qui ne peut manquer de créer de la confusion.

Présentement, chaque établissement fait part de ses besoins particuliers pour le transport alternatif. Les contrats sont octroyés après un processus d'appel d'offres dont les devis ne sont pas uniformes d'un établissement à l'autre ou d'une corporation d'achat régionale à une autre. En outre, les entreprises de ce secteur ne sont soumises à aucun processus d'accréditation ou d'assurance qualité, ce qui augmente les risques pour le patient. Plusieurs types de véhicules (autobus, fourgonnettes, taxis, etc.) sont actuellement utilisés pour de tels transports, même si les conducteurs n'ont pas tous la même formation ou compétence.

Jusqu'à présent, l'utilisation du transport alternatif n'a fait l'objet que de peu d'études, d'analyses coût-avantage ou de projets de recherche. Par exemple, le Ministère n'a fait que peu d'analyses du transport primaire effectué par ambulance. En conséquence, il lui est difficile d'estimer le nombre de ceux qui seraient évitables. Selon une récente étude effectuée par l'UCCSPU, près de 8 % des transports ambulanciers auraient pu être évités en deux ans.

En Australie, en Ontario et aux États-Unis, des expériences relatives à l'utilisation du transport alternatif démontrent qu'un nombre important de transports ambulanciers peuvent être évités.

Le Comité estime que les économies potentielles se situeraient entre 24 M\$ et 47 M\$ si une portion du transport primaire ambulancier était remplacée par du transport alternatif, en supposant qu'entre 6 % à 12 % des transports ambulanciers actuels pourraient être évités.

Quant aux économies potentielles liées au transport interétablissements, les économies atteindraient entre 6 M\$ et 8 M\$.

L'analyse de l'information sur le transport interétablissements est également largement déficiente. Le Ministère ne dispose pas de données sur le transport

effectué sans ambulance et n'est pas en mesure de juger s'il y a lieu que les établissements préconisent, au besoin, ce type de transport ou de voir si leurs choix sont appropriés.

Ce qui serait souhaitable

Le Comité est d'avis que le transport alternatif représente une voie de choix pour optimiser (économie, efficacité et efficacité) les ressources, et ce, sans compromettre l'objectif d'accorder les meilleurs soins aux patients. Au contraire, il faut y voir la possibilité de diminuer de beaucoup les délais. Cette option devrait être encadrée par des orientations stratégiques claires, des objectifs mesurables, des plans d'action précis accompagnés d'une reddition de comptes appropriée, afin de lui accorder toute l'importance qui s'impose.

Comme le prévoit la loi, une réglementation sur le transport alternatif devrait être adoptée, qui énoncerait aussi les compétences et la formation nécessaires pour effectuer de tels transports. De plus, un projet de recherche faisant appel, par exemple, à l'INESSS ou à l'UCCSPU ou à Urgences-santé ou à deux ou trois de ces organismes en collaboration, permettrait de déterminer le nombre de transports ambulanciers évitables, tant primaires que secondaires.

Des modes de transport alternatifs devraient faire l'objet d'études exhaustives en mettant sur pied des projets pilotes. La coordination et l'affectation de ces transports alternatifs provenant d'appels de la population (transports primaires) seraient confiées aux CCS selon des protocoles élaborés avec les autorités médicales. À titre d'exemple, les protocoles devraient prévoir l'analyse, par des infirmiers ou infirmières (service 8-1-1), de plusieurs priorités non urgentes.

Il serait également souhaitable d'instaurer une procédure d'appel d'offres standardisée régionalisée pour le transport alternatif interétablissements. Dans ce but, les entreprises offrant du transport médical devraient être soumises à un processus d'accréditation ou d'assurance qualité.

Les bonnes pratiques

Parmi les bonnes pratiques qui influent positivement sur la performance des SPU, il faut mentionner l'utilisation pertinente des modes de transport alternatifs qui répondent à des besoins particuliers tout en présentant un coût-avantage.

Plusieurs des SPU comparables étudiés ont diversifié leur mode de transport afin d'optimiser l'utilisation des ressources et d'améliorer la capacité d'intervention en cas d'urgence.

King County utilise des bons de taxi prépayés pour permettre aux personnes en difficulté, dont l'état n'est pas critique, de se diriger vers l'hôpital le plus proche.

Voici une description de ce programme :

Il offre des bons de taxi prépayés permettant le transport médical d'urgence pour les patients dont l'état n'est pas critique. Le projet, initialement envisagé pour une période de un an, a été étendu en juillet 2012 aux services d'incendie intéressés. Ce projet a été bien accueilli par les TAP de même que par les patients.

Les bénéfices :

- Épargne le coût dispendieux du transport ambulancier pour les résidents de King County;
- Libère les ambulances pour répondre aux patients dont l'état est critique;
- Efficacité coût-avantage : transport adéquat pour les patients dont l'état n'est pas urgent.

L'admissibilité :

- Nul besoin d'auxiliaire médical;
- Le patient doit être ambulatoire;
- L'état du patient doit être non urgent (stable) et ne pas présenter de risque de problème cardiaque, d'AVC, d'anévrisme, de saignement, etc.;
- Le patient ne doit pas avoir besoin d'une civière ou d'oxygène, présenter un saignement ou éprouver des douleurs non contrôlées.

L'économie :

- Données pour le projet pilote mené en 2011
- 160 participants (10 n'ont pas utilisé leur bon)

Coût moyen d'un transport	- 800 \$ US en ambulance - 35 \$ US en taxi
Nombre de trajets	- 150
Économies estimées	- 114 750 \$ US - 96 % du coût total

En Angleterre, on utilise des véhicules à réponse rapide de type moto ou tout-terrain pour améliorer le temps de réponse. On fait aussi appel à des bénévoles qui mettent à disposition leur véhicule pour les déplacements interétablissements.

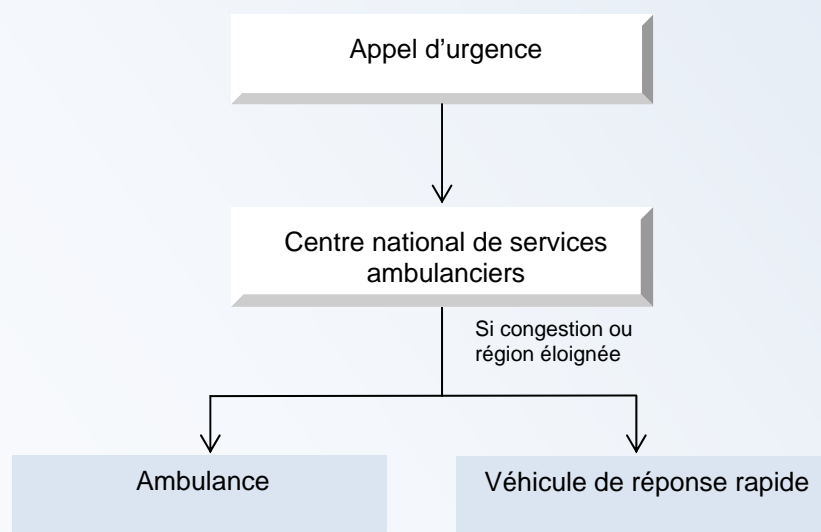
Voici une description de ce programme :

Les véhicules à réponse rapide (VRR) sont généralement des véhicules relativement petits (y compris les motos) ou de type tout-terrain, transportant le même équipement qu'une ambulance à l'exception de la civière, et conduits par un technicien ou un ambulancier.

- Ces véhicules sont utilisés dans les situations où la route est congestionnée ou dans les régions rurales lorsque les déplacements sont longs.

Les bénéfices :

- Prodigue les premiers soins avant l'arrivée des ambulanciers;
- Arrive 8 minutes plus tôt qu'une ambulance;
- Permet la préparation et le traitement du patient avant l'arrivée du transport d'urgence;
- Permet d'envoyer un spécialiste selon la gravité du cas;
- Permet la gestion de la demande;
- Les VRR sont mobilisés et prêts à répondre plus rapidement aux appels d'urgence;
- Leurs interventions durent moins longtemps que celles des services ambulanciers, qui peuvent ainsi répondre à plus de patients;
- Permet de répondre aux appels des patients qui ne nécessitent pas de déplacement.



En Angleterre, des bénévoles effectuent les transports interétablissements.

- Les bénévoles utilisent leur propre véhicule pour aider au transport aller-retour des patients vers les hôpitaux et les cliniques.
- Actuellement, on compte plus de 150 bénévoles dans le Nord-Est de l'Angleterre.

Les bénéfices :

- Permet de libérer les ambulances pour les urgences et pour les patients dont l'état permet de voyager en voiture.
- Les bénévoles ne sont pas rémunérés, mais leur kilométrage est défrayé.

En Colombie-Britannique

Le British Columbia Ambulance Services :

Le BCAS a commencé à utiliser des modèles d'ambulance plus étroits conçus pour circuler facilement dans les rues du centre-ville et pour transporter les patients sur de courtes distances. Les six ambulances fourgons Sprinter^{MC} en circulation consomment peu d'essence et sont faciles d'entretien. Ce type de véhicule est largement utilisé en Europe et à l'Île-du-Prince-Édouard. Le BCAS compte en mettre quatre en service à Vancouver et deux à Victoria.

Les recommandations

Le Comité recommande :

105	d'encadrer le transport alternatif par des orientations stratégiques claires, des objectifs mesurables, des plans d'action précis accompagnés d'une reddition de comptes appropriée afin de lui accorder toute l'importance qui s'impose;
106	d'instaurer, tel que la loi le prévoit, une réglementation sur le transport alternatif (transport médical autre que par ambulance) incluant tant les transports primaires que les transports interétablissements et couvrant tous les aspects importants (véhicules, équipement, compétences nécessaires, etc.) (en lien avec la recommandation 50);
107	de lancer un projet de recherche impliquant un organisme indépendant (par exemple l'INESSS ou l'UCCSPU, ou Urgences-santé ou deux ou trois de ces organismes en collaboration), qui permettrait de déterminer le nombre de transports ambulanciers évitables, tant primaires que secondaires;

108	de procéder à des études exhaustives pour choisir des modes de transport alternatifs en mettant sur pied des projets pilotes;
109	en ce qui concerne les transports primaires, voir à ce que les transports alternatifs soient sous la juridiction des CCS pour la coordination et l'affectation des véhicules par l'utilisation de protocoles formels établis en accord avec les autorités médicales;
110	pour ce qui est des transports interétablissements, mettre en place une procédure d'appel d'offres standardisée régionalisée pour le transport alternatif;
111	mettre sur pied un processus d'accréditation ou d'assurance qualité pour les entreprises offrant du transport alternatif.

La recherche et développement

L'état de situation actuelle

La médecine préhospitalière d'urgence n'en est qu'à ses balbutiements en ce qui concerne la recherche. Si cette sous-spécialité n'est pas encore largement reconnue, même par les pairs, il faut saluer malgré tout les récentes activités de recherche dans ce secteur, y compris les publications qui sont de mieux en mieux structurées.

De plus, la médecine préhospitalière d'urgence comportant plusieurs éléments mesurables (temps de réponse, taux de survie, etc.), le Comité y voit un créneau intéressant et riche en potentiel de solutions novatrices. Quelques organismes et institutions se sont déjà engagés en recherche au cours des dernières années :

- la Corporation d'Urgences-santé, en organisant des colloques ou en y participant;
- la mise en place de l'UCCSPU dans la Chaudière-Appalaches (région 12) et l'instauration de la Chaire de recherche en médecine d'urgence de l'Université Laval, à l'Hôtel-Dieu de Lévis;
- quatre facultés de médecine offrent des programmes en médecine d'urgence (fellow en médecine de famille ou médecine spécialisée).

Avec plus de ressources et de concertation, il va de soi que ces organisations et d'autres encore pourraient pousser plus loin leur engagement, jouer un rôle plus actif et apporter davantage à la population.

Ce qui serait souhaitable

L'importance des investissements et des ressources dans les SPU justifie des activités de recherche dans ce secteur, avec le souci d'améliorer sans cesse les soins envers le patient.

Par ailleurs, l'approche médicale basée sur des démonstrations scientifiques (*evidence-based medicine*) tend à se répandre dans la plupart des SPU. Le Comité est d'avis que le Québec devrait aussi emboîter le pas.

Offrir les meilleurs soins aux patients tout en rationalisant les services, les ressources et les coûts doit demeurer l'objectif principal et constant dans le système et partagé par tous les gestionnaires, tant administratifs que médicaux. Les activités de recherche gagneraient à être orientées en ce sens.

Les nouvelles technologies ont fait leurs preuves et sont appliquées à tous les champs du savoir. Le monde médical québécois devrait être aux aguets de toute

découverte susceptible d'être intégrée au système pour en réduire les coûts, compte tenu du potentiel plus qu'important de ces innovations.

L'INESSS joue un rôle essentiel dans le secteur de la traumatologie, en collaboration avec le milieu universitaire, et ce genre d'initiative devrait être largement imité dans tout le secteur des SPU. Concrètement, l'INESSS s'associe à des chercheurs de diverses universités du Québec ou d'ailleurs pour trouver des solutions originales et ingénieuses aux problèmes courants du secteur de la traumatologie. Il en résulte non seulement une diminution des coûts, mais cette approche favorise également l'intégration de la communauté médicale dans les SPU.

Les deux pôles actuels – l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSS Alphonse-Desjardins –, en collaboration avec Urgences-santé, dont l'organisation représente un autre genre de modèle, devraient accroître leur influence dans le secteur de la santé, en y faisant adhérer d'autres hôpitaux compétents et disposés à contribuer à la recherche.

Le Comité est d'avis que les activités de recherche et développement (R-D) pourraient faire l'objet d'une planification nationale qui réunirait le savoir et les compétences de tous les participants de ce secteur : le Ministère, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le CSSS Alphonse-Desjardins, le Fonds de recherche du Québec – santé (FRQS), l'INESSS, Urgences-santé, ainsi que les quatre universités qui offrent déjà le programme de médecine d'urgence. Le groupe ainsi formé s'engagerait dans une démarche sérieuse et riche de promesses. De plus, il répondrait aux exigences d'une saine gestion en rendant publique cette planification, incluant objectifs et résultats, et il en ferait une reddition de comptes en bonne et due forme.

Les investissements nécessaires à la R-D pourraient provenir des économies générées dans le système, après la mise en application des recommandations du présent rapport, y compris celles qui tiennent au partage des profits avec l'entreprise privée.

Les recommandations

Le Comité recommande :

112	<p>de mettre sur pied un programme national de R-D qui prévoirait :</p> <ul style="list-style-type: none"> – un processus de planification et de coordination réunissant le savoir et les compétences de tous les participants de ce secteur : le Ministère, l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal, le CSSS Alphonse-Desjardins, le FRQS, l'INESSS, ainsi que les quatre universités qui offrent déjà le programme de médecine d'urgence, ainsi que la Corporation d'Urgences-santé; – une reddition de comptes publique sur cette planification, incluant les objectifs et les résultats; – la désignation par le Ministère d'une organisation indépendante, par exemple l'INESSS, comme organisme scientifique principal afin de prioriser les sujets à inventorier, en se souciant d'accorder les meilleurs soins aux patients, tout en rationalisant les services, les ressources et les coûts; – le recours structuré et ordonné aux deux pôles principaux – l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et le CSSS Alphonse-Desjardins – (par l'entremise de son UCCSPU); – de solliciter la participation d'autres centres hospitaliers compétents et disposés à contribuer à la recherche. <p>(en lien avec la recommandation 107)</p>
113	<p>d'élaborer un mécanisme permanent de veille stratégique pour se tenir au fait des développements technologiques et des meilleures pratiques en SPU;</p>
114	<p>d'implanter les pratiques retenues dans le secteur de la traumatologie où l'INESSS joue un rôle essentiel en collaboration avec le réseau universitaire;</p>
115	<p>de prévoir des investissements d'importance dans la R-D en misant sur les économies générées dans les SPU grâce à la mise en application des recommandations du présent rapport.</p>

Pour une chaîne d'intervention et une structure de gouvernance plus efficaces

Après avoir procédé à l'analyse de chaque élément de la chaîne d'intervention ainsi que de certaines composantes clés de la gouvernance, le Comité a pris conscience de l'ampleur des recommandations formulées et des mesures à modifier ou à mettre en place. Il va de soi qu'il faut échelonner sur plusieurs mois le plan d'action qui activera toutes ces recommandations.

Le Comité a aussi longuement discuté au sujet des rôles et des responsabilités des divers acteurs pour tenter de répondre aux deux questions suivantes :

Y a-t-il lieu de moderniser la chaîne d'intervention actuelle en bonifiant certains de ses maillons ?

Quelle serait la meilleure structure de gouvernance à mettre en place pour s'assurer que les SPU sont gérés avec souci d'économie, d'efficience et d'efficacité au Québec, tout en favorisant leur intégration optimale dans le réseau de la santé et des services sociaux ?

Dans les pages qui suivent, le lecteur prendra connaissance de ce que le Comité recommande à l'unanimité pour l'avenir des SPU au Québec. Auparavant, le Comité croit judicieux de présenter les principaux éléments qui ont guidé ce choix.

La mission des services préhospitaliers d'urgence

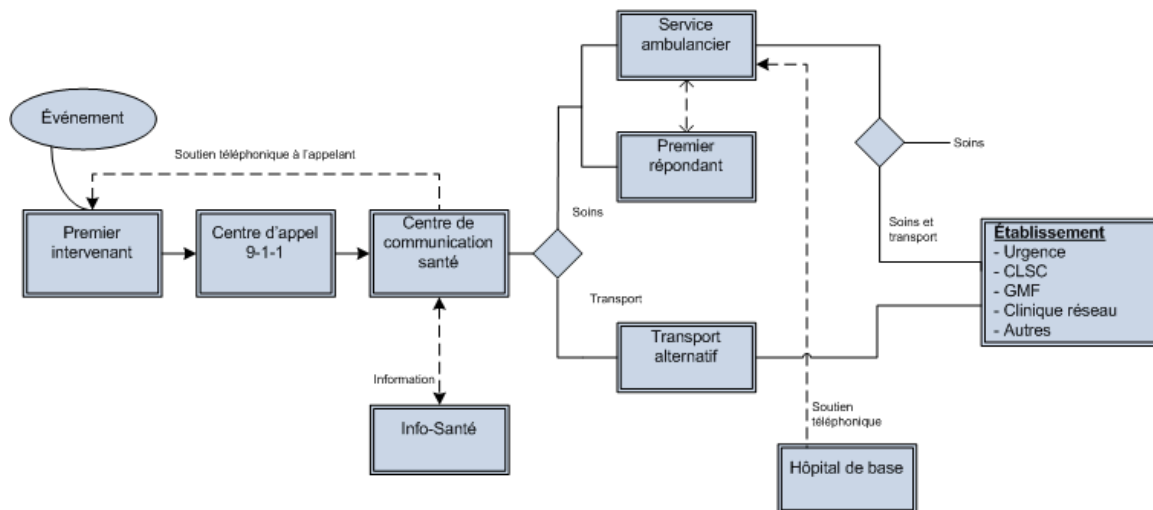
La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* est éloquente à l'égard de leur mission. Elle enjoint que soit apportée, en tout temps, aux personnes en détresse qui font appel aux SPU, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité. Le Comité est d'avis que, peu importe les structures ou les intervenants en cause, le patient et la qualité des soins doivent occuper la place prépondérante au cœur même de la mission des SPU.

À cette fin, l'organisation des SPU doit favoriser leur intégration et leur harmonisation avec les services de santé et les services sociaux.

La chaîne d'intervention

La figure 5 représente la vision du Comité de ce que doit être une chaîne d'intervention bonifiée et sur laquelle reposeront les prochaines stratégies.

Figure 5 Services préhospitaliers d'urgence – Chaîne d'intervention bonifiée



Ce qu'il faut noter, c'est que la chaîne d'intervention actuelle comprend désormais les éléments suivants :

- la possibilité pour les centres de communication santé, selon des algorithmes décisionnels dûment approuvés, d'offrir des moyens de transport autres que l'ambulance, en réponse à l'appel d'un citoyen, y compris l'éventualité qu'aucun transport ne soit jugé nécessaire, mais qu'il en résulte une simple référence à un centre Info-Santé;
- la possibilité que tout transport mène à un endroit autre qu'une salle d'urgence, par exemple une ressource communautaire, un CLSC, un GMF, une clinique réseau, toujours selon des protocoles d'intervention dûment approuvés;
- l'inclusion du soutien médical téléphonique en tout temps pour les TAP à partir d'un hôpital de base reconnu;
- l'option que les TAP donnent des soins aux personnes à domicile ou dans un autre lieu de vie (par exemple dans une résidence privée pour personnes âgées) sans effectuer de transport, sous une supervision médicale stricte.

La nationalisation ou la privatisation des services

La complète nationalisation des services tout comme leur privatisation présentent, sous des angles divers, des avantages et des inconvénients. Les risques associés à chacune de ces options sont toutefois importants – incidence sociale, coûts et répercussions sur le citoyen – et les font considérer comme

plutôt extrêmes, puisque d'autres avenues moins onéreuses et aléatoires peuvent être explorées. Par conséquent, le Comité mise sur le fait que la volonté de collaborer et d'améliorer les SPU est présente chez la majorité des acteurs du système et des intervenants rencontrés. Voilà pourquoi il se refuse à promouvoir l'une ou l'autre de ces options sans tenter au préalable une mobilisation immédiate vers des objectifs communs.

Le statu quo

Dans les faits, très peu d'intervenants du milieu rencontrés semblent privilégier le *statu quo* tant en matière de structure de gouvernance que concernant la chaîne d'intervention. Le Comité partage cette opinion, en insistant toutefois sur le fait que, peu importe l'organisation proposée, la collaboration des acteurs ainsi que la mise en commun de principes et de valeurs sont indispensables au bon fonctionnement d'un système. Si le nouvel agencement peut contribuer à favoriser une gestion optimale, il sera toujours tributaire de la bonne volonté et de la compétence des acteurs en place.

Urgences-santé – Montréal et Laval

La situation d'Urgences-santé, à Montréal et à Laval, est particulière.

- La Corporation œuvre dans un milieu où la densité de population est très différente de celle des autres régions du Québec et son territoire abrite divers établissements de santé spécialisés et ultraspecialisés.
- Ce modèle d'affaires – assimilable à une forme de nationalisation des services – est tout à fait distinct de celui qui a cours partout ailleurs au Québec. Le Comité est d'avis que ce mode de gouvernance favorise actuellement une meilleure responsabilisation et qu'il est supérieur aux méthodes appliquées dans les SPU des autres régions quant à la transparence et à la reddition de comptes.
- Comme le Comité l'a déjà souligné, la Corporation a acquis un niveau de maturité qu'elle doit maintenir, voire améliorer. Il serait sans doute hasardeux à court terme de lui imposer des mandats supplémentaires ou des changements draconiens touchant sa structure de gouvernance, ce qui risquerait de distraire l'organisation des défis qu'elle doit relever au quotidien et à court terme. Entre autres choses, la Corporation doit mobiliser tous ses intervenants à l'interne et optimiser leur participation.

La présence de deux modèles d'affaires différents au Québec

Le regroupement de tous les SPU au sein d'un seul modèle d'affaires a également retenu l'attention du Comité. Si cette approche peut sembler souhaitable sur les plans théorique et logique, il ne faut pas pour autant faire abstraction de l'historique et de la culture des SPU.

Le Comité en conclut qu'il est possible que deux modèles d'affaires se côtoient au Québec, l'un où la présence du secteur privé est prédominante et l'autre qui entérine le mode de fonctionnement actuel d'Urgences-santé.

Même, il a semblé au Comité qu'il pourrait naître de ce modèle une forme d'émulation, quand tous partagent la même préoccupation – offrir les meilleurs soins possibles aux patients – sur la même toile de fond, soit la capacité de payer des citoyens. En effet, quel que soit le modèle retenu, il faut se rappeler que ce sont eux qui assument les coûts.

Enfin, le Comité est d'avis que, quoi qu'il advienne, les mêmes principes doivent présider aux activités des SPU :

- Le patient doit être au cœur des SPU.
- La recherche de l'efficacité et de l'efficacé, tant du point de vue clinique qu'administratif, doit faire partie d'une culture généralisée chez tous les acteurs.
- L'imputabilité, la transparence et la reddition de comptes restent des critères essentiels.

Le rôle du Ministère et des agences

D'une façon générale, en vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le Ministère détermine les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux et veille à leur application pour le mieux-être de la population.

De leur côté, les agences ont été instituées pour coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région, particulièrement en matière de financement, de ressources humaines et de services spécialisés. Au fil des ans, les rôles respectifs du Ministère et des agences à l'égard des SPU ont dévié vers des préoccupations centrées sur l'organisation et la gestion des activités.

Le Comité est d'avis que ces instances doivent reprendre le rôle qui leur est normalement dévolu; d'où la proposition du Comité, comme nous le verrons plus loin, de laisser à d'autres instances la gestion plus opérationnelle des SPU.

Les centres de communication santé

Le Comité reconnaît l'importance des CCS dans la chaîne d'intervention. Même si l'on peut qualifier de succès leur mise en place, puisqu'ils desservent à présent presque tout le territoire québécois, le Comité juge qu'il est impératif qu'ils soient placés sous la gouverne du secteur public qui les finance déjà en totalité. Il importe aussi d'améliorer les plans de relève, l'interopérabilité de ces centres de même que les échanges de ressources et d'information.

Actuellement, on peut déplorer qu'il n'y ait pas suffisamment d'échanges entre ces centres et la structure de gouvernance en place, surtout qu'un conseil d'administration propre à chaque CCS ne favorise pas la mise en commun des idées.

Le Comité considère que les CCS doivent relever d'une instance de gouvernance moderne et, surtout, indépendante des entreprises qui transigent quotidiennement avec eux. Il importe que les CCS soient en mesure de présenter une reddition de comptes exemplaire et transparente à la population, non seulement sur leurs propres activités, mais aussi sur celles des entreprises privées avec lesquelles ils traitent. Bien entendu, rien n'empêche que les CCS regroupent toutes les parties (agences, entreprises et établissements) autour d'une Table de concertation régionale, afin de favoriser les échanges et la recherche d'amélioration de performance, toujours en fonction de la mission des SPU.

L'entreprise privée

Le Comité est d'avis que les entreprises privées ont leur place dans le secteur des SPU. Toutefois, il faut simplifier le modèle d'affaires et la gestion actuelle pour les amener à se concentrer en priorité sur la mission première des SPU. Les acteurs du secteur privé doivent prendre conscience que leurs activités – y compris les profits qu'ils en tirent – sont presque entièrement financées par l'État, dans un domaine dépourvu de toute concurrence et de libre marché.

En conséquence, la responsabilité sociale et les gestes qui en découlent sont incontournables. Ainsi, la reddition de comptes et la transparence de ces intervenants doivent être exemplaires et observées par ces entreprises sans même faire l'objet de négociation.

La notion de réinvestissement d'une part des profits dans l'amélioration des SPU fait aussi partie intégrante de cette responsabilité sociale. D'ailleurs, rappelons que les entreprises privées actives sur les marchés de libre concurrence n'ont guère le choix d'investir une part de leurs profits dans leur propre amélioration si elles veulent survivre.

La direction médicale nationale et les directions médicales régionales

Le Comité est d'avis que ces fonctions ont un caractère essentiel dans les SPU. Si le rôle de directeur médical national doit être empreint de toute l'indépendance voulue pour exercer ses fonctions, il doit aussi comporter un volet de conseil pour le ministre et, par conséquent, accorder moins de temps aux opérations quotidiennes des SPU. Le directeur médical national a aussi une responsabilité implicite : élaborer des orientations et des stratégies documentées pour bien guider les intervenants du milieu et, surtout, rendre compte des résultats aux diverses instances.

La fonction des directeurs médicaux régionaux est tout aussi importante en ce qui concerne l'assurance qualité et l'encadrement médical se rapportant aux interventions des TAP. Eux aussi doivent tirer parti de toute l'indépendance nécessaire et rendre des comptes sur le résultat de leurs interventions aux instances concernées.

La question des coûts

Le Comité est conscient que l'état des finances publiques ne permet guère d'ajouter des sommes importantes aux divers programmes. De même, avant de procéder à des investissements, le gouvernement doit être assuré d'un retour, et ce, sans grand risque. C'est pourquoi le Comité recommande que toutes les mesures proposées dans ce rapport soit adoptées en gardant ces deux objectifs à l'esprit : ce sont les gains de performance générés par la mise en application des recommandations qui rentabiliseront les mesures et les investissements suggérés.

Une structure de gouvernance améliorée

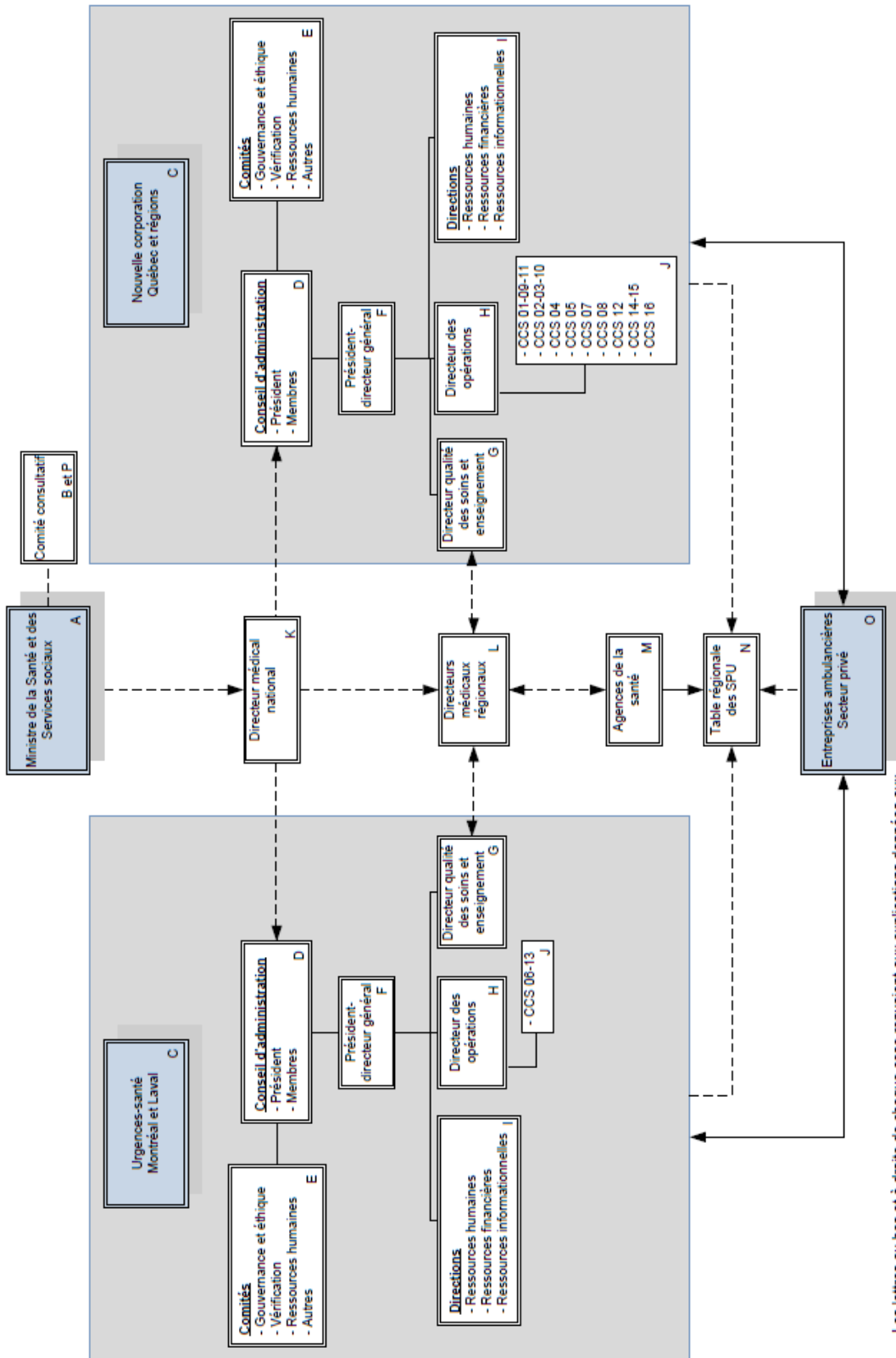
Compte tenu de ce qui précède, le **modèle d'organisation des SPU** proposé (voir figure 6) prévoit :

- le maintien actuel d'Urgences-santé pour Montréal et Laval, mais avec une gouvernance modernisée au sein du conseil d'administration;
- la mise sur pied d'une autre corporation pour Québec et les régions, assortie d'une structure de gouvernance semblable à celle d'Urgences-santé. Cette nouvelle structure sera mise en place avec les ressources actuelles des SPU tant au Ministère que dans les agences, donc sans ajout important d'effectif.
 - À cette structure seront intégrés les neuf CCS, sous la gouverne d'un seul conseil d'administration. En ce qui concerne CAUREQ et CAUCA – des OSBL qui intègrent les activités du 9-1-1 et déjà pourvus de conseils d'administration indépendants –, des modalités particulières seront définies par des ententes de gestion approuvées par le ministre.

Par conséquent, les comités de gestion, prévus par la loi actuelle avec la même configuration que les conseils d'administration des autres CCS, sont abolis.

- La nouvelle corporation est également soumise à la *Loi sur l'administration publique* et, par conséquent, aux exigences liées, entre autres, à une déclaration de services aux citoyens, à un plan stratégique et à un rapport annuel de gestion.
 - Les budgets, comme celui d'Urgences-santé – Montréal et Laval, sont octroyés par le Ministère. Des états financiers annuels font donc l'objet d'un audit du Vérificateur général du Québec.
- Urgences-santé et la nouvelle corporation exercent, sur leurs territoires respectifs, la responsabilité de planifier et de coordonner l'organisation des SPU, y compris la mise en place d'un service de premiers répondants. Elles exploitent également un ou des centres de communication santé et un ou des services ambulanciers, d'une façon autonome ou par entente contractuelle avec des entreprises du secteur privé.
- Considérant le rôle d'Urgences-santé et de la nouvelle corporation, il faut absolument assurer une saine relation et une véritable fluidité avec les agences régionales. Ainsi, un mécanisme formel de règlement des différends est établi s'il y a un désaccord entre une agence régionale et Urgences-santé ou la nouvelle corporation (selon les territoires respectifs).
- Une Table de concertation régionale des SPU sera obligatoire et prévue par la loi dans chaque agence, et pourvue des caractéristiques suivantes :
- Cette Table aura deux coprésidents, l'un pour représenter l'agence, et l'autre, Urgences-santé ou la nouvelle corporation, afin de s'assurer que les préoccupations de chaque organisme, relativement à l'organisation des services, sont prises en compte dans les discussions.
 - Participent à cette Table :
 - un représentant des citoyens;
 - le directeur médical régional;
 - un représentant des titulaires de permis;
 - un représentant des établissements;
 - un représentant des médecins d'urgence;
 - un représentant des municipalités;
 - un représentant des TAP.
 - L'objectif de cette Table est de consulter les principaux intervenants avant de prendre des décisions touchant l'optimisation des SPU en fonction des meilleurs soins à offrir aux patients.

Figure 6 Modèle d'organisation des SPU



Les lettres au bas et à droite de chaque case renvoient aux explications données aux pages suivantes.

A. Ministre de la Santé et des Services sociaux

Le ministre exerce les fonctions actuellement prévues à l'article 3 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. En résumé, il est responsable de déterminer les principales orientations en matière d'organisation des SPU. Il approuve les plans stratégiques et les politiques, les modes d'intervention et les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière.

Le ministre donne aussi des directives sur l'orientation et les objectifs généraux qu'Urgences-santé et la nouvelle corporation doivent poursuivre et auxquelles elles sont tenues de se conformer.

Le ministre doit, au moins tous les cinq ans, faire rapport au gouvernement de l'application de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*; ce document contient notamment des recommandations concernant l'actualisation de la mission d'Urgences-santé et de la nouvelle corporation. Ce rapport comporte une évaluation de l'efficacité et de la performance de ces deux corporations, y compris des mesures d'étalonnage.

Le ministre dépose le rapport à l'Assemblée nationale.

B. Le comité consultatif

Ce comité (*steering committee*) est présidé par le sous-ministre de la Santé et des Services sociaux et se compose du directeur médical national de même que du président de chacun des conseils d'administration d'Urgences-santé et de la nouvelle corporation constituée et de deux experts-conseils indépendants. Il a pour principal objectif de conseiller le ministre sur les orientations à préconiser à l'égard des SPU et sur tout autre sujet relatif aux SPU que le ministre juge approprié.

C. Urgences-santé – Montréal-Laval et la nouvelle corporation – Québec et régions

Les deux corporations sont des personnes morales constituées en vertu de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (ou autre). Elles sont soumises aux mêmes règles, lois et obligations, et assujetties à la *Loi sur l'administration publique* et aux exigences afférentes pour ce qui est de la déclaration de services aux citoyens, du plan stratégique et du rapport annuel de gestion.

Une fois mises en place, ces deux structures deviennent les pierres d'assise des SPU au Québec. Il va de soi que ces deux corporations devront faire l'objet d'une collaboration exemplaire. Celles-ci exercent, sur leurs territoires respectifs, les responsabilités de planifier et coordonner l'organisation des SPU, y compris la mise en place d'un service de premiers répondants. Elles exploitent également

un ou des centres de communication santé et un ou des services ambulanciers, d'une façon autonome ou par entente contractuelle avec des entreprises du secteur privé.

La gestion des permis octroyés aux entreprises ambulancières tombe sous la responsabilité des deux corporations. Compte tenu de l'expertise qu'elles ont acquise, elles sont mieux en mesure de diriger les SPU avec les entreprises ambulancières. Si nécessaire, elles font face à toute éventualité, par exemple une situation de crise. De même, elles peuvent refuser de renouveler certains permis d'ambulance, rapatrier les ressources nécessaires aux services ou acquérir les entreprises qui ne répondent pas aux exigences de transparence, de performance ou d'efficacité.

D. Les conseils d'administration et leur présidence

Les dix membres du conseil d'administration sont nommés par le gouvernement.

Au moins les deux tiers des membres du conseil d'administration, dont le président, doivent se qualifier comme administrateurs indépendants selon les critères du gouvernement. Tout intervenant engagé directement ou indirectement dans la gestion des SPU (TAP, employés ou dirigeants des deux corporations, représentants d'entreprise ambulancière ou de leurs associations) ne peut être qualifié d'indépendant.

Un membre est dit « indépendant » s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relation ou d'intérêt, que ce soit de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptible de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de la Corporation.

Le conseil est imputable des décisions de la Corporation auprès du gouvernement et le président du conseil est chargé d'en répondre au ministre.

La fonction de président du conseil d'administration, nommé aussi par le gouvernement, est distincte de celle du président-directeur général. Ces deux fonctions ne peuvent être cumulées.

Le président du conseil d'administration préside les réunions du conseil et voit à son bon fonctionnement. En cas d'égalité des votes, sa voix est prépondérante.

Il voit également au bon fonctionnement des comités du conseil et évalue la performance des autres membres du conseil d'administration selon les critères établis par celui-ci.

E. Les comités du conseil d'administration

Le conseil d'administration doit au moins constituer les comités suivants :

1. un comité de gouvernance et d'éthique;
2. un comité de vérification;
3. un comité des ressources humaines.

Ces comités ne sont composés que de membres indépendants.

F. Le président-directeur général

Le président-directeur général est nommé par le gouvernement sur recommandation du conseil d'administration. Il assume la direction et la gestion de la Corporation dans le respect de ses règlements et de ses politiques.

Il propose au conseil d'administration les orientations stratégiques ainsi que les plans d'immobilisation et d'exploitation de la Corporation.

Il exerce, en outre, toute autre fonction que lui confie le conseil.

Les tâches du président-directeur général et du président du conseil d'administration sont distinctes.

G. Les directions qualité de soins et enseignement

Ces directions relèvent de l'autorité du président-directeur général de chacune des deux corporations. Elles entretiennent un lien étroit avec les directeurs médicaux régionaux et leur apportent le soutien logistique nécessaire pour assurer que l'assurance qualité et la formation des TAP et des RMU sont adéquates.

H. Les directions des opérations

Sous l'autorité du président-directeur général, ces directions ont pour mission d'assurer le bon fonctionnement des SPU sur le terrain, ce qui les rend responsables de la gestion des CCS et des services ambulanciers de leur territoire.

I. Directions (RH, RF et RI)

La gestion des ressources humaines, financières et informationnelles peut être regroupée ou non, selon les besoins.

J. Les CCS

Le fonctionnement du CCS d'Urgences-santé – Montréal et Laval reste le même, car il est totalement intégré aux opérations de la Corporation.

Les autres CCS travaillent dans leurs régions respectives dans les mêmes lieux et sous les mêmes vocables. Leurs opérations sont toutefois intégrées à la nouvelle corporation – Québec et régions. Les conseils d'administration actuels ou leur équivalent – les comités de gestion – sont abolis. Les directeurs généraux de ces CCS en région relèvent de la nouvelle corporation.

Quant à CAUREQ et à CAUCA, des OSBL dotés de conseils d'administration indépendants, des ententes de gestion particulières sont autorisées par le ministre, qui a la prérogative de définir clairement les lignes d'autorité et la reddition de comptes.

K. Le directeur médical national

Nommé par le ministre, le directeur médical national exerce les mêmes fonctions qui lui sont dévolues par l'actuelle *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Cette personne doit être un médecin et avoir reçu une formation et acquis une expérience pertinentes en médecine d'urgence.

La nouvelle structure prévoit que le directeur médical national a toute l'indépendance voulue pour exercer ses fonctions, mais qu'il est responsable d'informer les conseils d'administration de ses orientations et d'effectuer une reddition de comptes de ses activités et de celles des directeurs médicaux régionaux aux deux conseils d'administration et au ministre.

L. Les directeurs médicaux régionaux

Chaque agence doit désigner un médecin ayant reçu une formation et acquis une expérience pertinentes en médecine d'urgence pour exercer les mêmes fonctions dévolues par l'actuelle *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Cette fonction est exercée en collaboration avec la direction de la qualité des soins et de la formation, tout en préservant la notion d'indépendance nécessaire à l'exercice de ces fonctions.

M. Les agences de la santé

Chaque agence est responsable de nommer un directeur médical régional pour son territoire. Dans les faits, le rôle des agences régionales quant à l'organisation des services sur leur territoire est le même que ce que prévoit actuellement la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Leur rôle traditionnel en matière de gestion opérationnelle des SPU, en ce qui concerne plus particulièrement les agences autres que Montréal et Laval, est assumé par la nouvelle corporation. Tel que déjà mentionné, un mécanisme de règlement des différends est établi s'il y a des accords entre une agence régionale et une ou l'autre des deux corporations.

N. La Table régionale des services préhospitaliers d'urgence

Compte tenu qu'il existe désormais deux instances responsables de l'organisation des services sur chaque territoire – chaque agence régionale et l'une ou l'autre des deux corporations –, il est essentiel d'assurer une saine relation et une véritable fluidité entre elles. Il importe donc au premier chef de mettre sur pied une Table de concertation régionale sur les SPU comme le prévoit la nouvelle *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* dans chaque agence, comme expliqué précédemment.

O. Les entreprises ambulancières – secteur privé

Les entreprises ambulancières du secteur privé exercent leurs activités sous la direction et la supervision de l'une ou l'autre des deux corporations, liées par un contrat basé sur un véritable partenariat. Cette relation nécessite transparence et reddition de comptes aux deux corporations et à la population. Ainsi, les entreprises sont soumises à des règles strictes en matière de performance, de reddition de comptes, de production d'états financiers vérifiés, de partage des profits, etc. Également, les ajouts de ressources ambulancières, les ventes de permis ou d'entreprises ainsi que les conditions d'obtention de permis font l'objet de règles plus exigeantes.

Ces entreprises ambulancières sont aussi représentées à chaque Table régionale sur les SPU et au sein de tout autre comité de consultation mis sur pied par les deux corporations selon leurs besoins.

P. Un comité de transition

Le Comité est d'avis qu'il est essentiel de prévoir l'instauration d'un comité de transition pour mettre en place le nouveau modèle proposé pour l'organisation des SPU. Sous la gouverne du ministre, ce groupe, dont la composition s'apparente à celle du comité consultatif déjà mentionné (voir la case B), est responsable de proposer les modifications législatives nécessaires pour mettre en place les structures de gouvernance suggérées (par exemple, la création de la nouvelle corporation Québec et régions, la nomination des membres des conseils d'administration, l'intégration des CCS aux centres d'appel 9-1-1, etc.). Quand les structures auront été établies dans un encadrement légal adapté, les deux corporations ainsi que tous les autres intervenants, selon leurs responsabilités respectives, devront veiller au suivi de toutes les recommandations du présent rapport. Il sera alors temps de remplacer ce comité de transition par le comité consultatif permanent (*steering committee*).

Le Comité recommande :

- | | |
|------------|---|
| 116 | <ul style="list-style-type: none">– de mettre sur pied un comité de transition responsable de faire approuver les modifications législatives nécessaires à l'adoption concrète des structures de gouvernance proposées;– de prendre les moyens qui s'imposent pour que les deux corporations et les autres parties prenantes du modèle d'organisation suggéré procèdent au suivi des recommandations du présent rapport. |
|------------|---|

Annexe – Les attentes du Comité quant aux services préhospitaliers d'urgence

1. L'accès aux services préhospitaliers d'urgence

- La notion de premiers soins requiert une définition claire.
- Il convient de cibler la population à former en premiers soins et en réanimation, de prendre les mesures nécessaires pour que la formation atteigne cette population et de prévoir le maintien des connaissances. Les objectifs doivent être mesurables et faire l'objet d'un suivi.
- Bien informée des moyens mis à sa disposition, la population est en mesure d'accéder rapidement aux services. L'efficacité des moyens retenus fait l'objet d'une évaluation périodique en fonction de standards de qualité.
- Des services de premiers répondants implantés là où c'est nécessaire, en complémentarité avec les services ambulanciers, facilitent une réponse rapide aux appels urgents.
- Des ententes définissant les modalités de fonctionnement, signées avec les principaux interlocuteurs (CCS, service de premiers répondants, entreprises ambulancières, etc.), font état des standards de qualité à respecter, lesquels sont soumis à un contrôle.

2. La coordination des appels

- La réponse des services préhospitaliers à un appel est coordonnée de façon optimale et satisfait aux besoins.
- L'urgence d'un appel est évaluée et les ressources sont affectées en fonction des besoins : ambulance, premiers répondants, etc. Le soutien téléphonique à l'interlocuteur est maintenu jusqu'à l'arrivée de la ressource choisie, soit la plus appropriée et susceptible d'arriver le plus rapidement sur les lieux.
- Les patients sont promptement pris en charge et dans les meilleures conditions par l'établissement approprié à leur état et, le cas échéant, transférés vers une autre institution, et ce, grâce à des mesures incitatives à la performance.
- L'implantation des centrales de communication des appels est planifiée de manière à atteindre les objectifs au moindre coût. Un suivi approprié en est fait ainsi que la vérification de la qualité des services rendus, y compris la répartition des appels.

3. Priorités des acteurs du milieu

- Les relations entre les acteurs du milieu des services préhospitaliers d'urgence sont axées sur les services aux patients et la performance du système. Il est primordial que ces intervenants respectent les critères de performance opérationnels.

4. L'allocation des ressources sur le territoire

- L'allocation des ressources tient compte des besoins et des particularités des régions et des territoires, avec un souci d'économie et d'efficacité.
- L'organisation et la répartition des ressources sur le territoire permettent d'atteindre les objectifs ministériels en matière de temps de réponse.

5. La gestion des coûts

- Le transport des malades et des blessés est obtenu au moindre coût et le Ministère s'assure qu'il paie un juste prix pour les SPU en privilégiant la façon la plus économique de répondre aux demandes (gestion des appels, transport approprié, soins, etc.).
- La reddition de comptes et les mesures incitatives à la performance constituent des incontournables.

6. L'appréciation de la qualité

- Il faut absolument évaluer la qualité des services rendus par les centrales de communication, les premiers répondants, les techniciens ambulanciers paramédicaux et les entreprises ambulancières.
- Les techniciens ambulanciers paramédicaux se soumettent à une formation continue et sont tenus de réussir les examens qui s'y rattachent.
- La définition des standards de qualité pour la réception et le traitement des appels est impérative, ainsi que le suivi qui en est fait.
- Il est essentiel que les techniciens ambulanciers paramédicaux et les premiers répondants respectent les protocoles d'intervention clinique, et que les responsables corrigent les dérogations, le cas échéant, dès que possible.
- Les contrats octroyés aux entreprises ambulancières comportent une définition des standards de qualité et des critères de performance (structure, processus, résultats et efficacité), et ils font l'objet du suivi qui s'impose.
- Un soutien médical est fourni aux techniciens ambulanciers dans l'exercice de leur fonction.

7. La gestion des ressources humaines

- Que ce soit sur le plan clinique ou opérationnel, les techniciens ambulanciers paramédicaux, les premiers répondants et les répartiteurs médicaux d'urgence sont des acteurs clés au sein des SPU.
- Il importe de prévoir des mesures concrètes pour :
 - valoriser leur rôle et promouvoir l'éthique professionnelle;
 - élaborer des plans de carrière adaptés à leurs besoins;
 - assurer leur formation continue;
 - prévoir la planification intégrée et ordonnée de la main-d'œuvre qui tienne compte du vieillissement de la population et des orientations du Ministère (soins avancés, critères d'embauche, etc.).

8. Le cadre législatif, réglementaire et administratif

Il faut que le cadre législatif, réglementaire et administratif :

- définisse clairement la mission, les orientations et les objectifs des SPU;
- favorise une définition claire et précise des rôles, des responsabilités et de l'imputabilité de chaque intervenant des SPU;
- prévoie des mesures incitatives et dissuasives pour tendre à l'atteinte des objectifs et à la performance;
- soit évalué périodiquement pour s'assurer de sa bonne application.

9. Les moyens de transport alternatifs

- Il faut veiller impérativement à ce que le moyen de transport le plus approprié soit retenu pour les appels acheminés aux CCS, y compris le transport interétablissements, pour conduire le patient vers l'établissement de santé qui convient.
- Des normes et des standards préétablis permettent de retenir le moyen de transport adéquat, soit celui qui tient compte des besoins particuliers du patient et des coûts afférents.
- Les moyens de transport alternatifs sont intégrés à la chaîne d'intervention des SPU.

10. La structure de gouvernance

- Les rôles et les responsabilités des divers acteurs sont clairement définis et assumés de façon à favoriser leur imputabilité, une reddition de comptes complète et l'atteinte des orientations et objectifs établis.
- Les modèles d'affaires retenus favorisent une gestion économique, efficiente et efficace.
- Les principes de la *Loi sur l'administration publique* encadrent toutes les activités des SPU (déclaration de services aux citoyens, planification stratégique et rapport d'activité).

11. L'information de gestion, l'évaluation et la reddition de comptes

- Les systèmes d'information permettent d'obtenir, dans des délais raisonnables, une information de gestion fiable et ils incluent notamment :
 - le nombre et le coût des transports urgents et non urgents;
 - la chronométrie de tous les événements;
 - la conformité des activités aux directives et aux protocoles;
 - le taux de survie aux arrêts cardiorespiratoires;
 - le taux de survie aux traumatismes sévères;
 - le taux de réduction de la morbidité;
 - la charge de travail optimale selon des critères bien établis.
- Les systèmes d'information sont développés d'une façon ordonnée et efficace qui tient compte des besoins des utilisateurs (contenu, coût et délais) et la satisfaction des utilisateurs est évaluée périodiquement.
- Les SPU sont évalués de façon à mesurer l'atteinte des objectifs et à apporter des correctifs, si nécessaire. Des objectifs précis et mesurables sont définis et utilisés à l'égard de la diminution de la mortalité et de la morbidité, surtout pour les événements dits chronodépendants (problème cardiaque, accident vasculaire cérébral, allergie sévère, etc.).
- La reddition de comptes des principaux acteurs des SPU (Ministère, agences, Urgences-santé, entreprises ambulancières, CCS et centres d'appel 9-1-1) est complète et permet l'évaluation de la performance. Cette reddition de comptes mentionne :
 - les orientations et les objectifs précis, réalistes et mesurables à l'aide d'indicateurs préétablis;
 - dans quelle mesure les choix stratégiques sont toujours valables par rapport aux orientations et aux objectifs;

- l'à-propos des moyens utilisés et des efforts investis, compte tenu des orientations et des objectifs;
- le degré d'atteinte des résultats escomptés et l'explication des écarts;
- le coût des activités et la productivité des ressources;
- les défis futurs et les moyens employés pour y faire face;
- toutes les dépenses comparativement aux budgets;
- dans quelle mesure la formation et le perfectionnement assurent l'expertise optimale du personnel;
- le degré de satisfaction de la clientèle.