

ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

2024-2025

ENTRE

LE MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC

ET

URGENCES-SANTÉ

8 avril 2024

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2) (la « **LSPU** ») vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

CHAPITRE I : LES TERMES DE L'ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ

BUT DE L'ENTENTE

Le Ministre, dans le contexte d'efforts de modernisation de l'écosystème préhospitalier et en adéquation avec la politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence et le plan d'action qui en découlera, vise à offrir une réponse efficace aux besoins des personnes en détresse en plus de la nécessité d'implanter un système préhospitalier d'urgence intégré au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Ainsi, afin de répondre adéquatement aux besoins, la politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence identifie trois cibles, soit :

- Améliorer le service à la population par l'évolution du système préhospitalier d'urgence en y intégrant un volet parahospitalier;
- Développer l'offre de service du système préhospitalier d'urgence et s'assurer de son intégration au sein du RSSS;
- Mieux utiliser les ressources disponibles dans le système préhospitalier d'urgence afin de contrôler les coûts.

La ratification de cette entente de gestion et d'imputabilité (EGI) s'inscrit dans ces orientations.

OBJET DE L'ENTENTE

Cette EGI est conclue conformément à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2 et plus spécifiquement aux paragraphes 1° et 9° de l'article 3) et prévoit notamment les obligations et responsabilités de chacune des parties, les mécanismes de reddition de comptes et les standards de performance attendus pour Urgences-santé.

Cette entente est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service préhospitalière déployée sur les territoires de Montréal et de Laval pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources humaines et financières mises à sa disposition.

Cette entente traduit les attentes ministérielles que doit satisfaire Urgences-santé concernant l'offre de service populationnel.

ENGAGEMENT DU MINISTRE

Définir les orientations, les objectifs des services et les priorités annuelles

Dans un souci d'amélioration continue pour l'entièreté du secteur préhospitalier, le Ministre définit pour Urgences-santé des critères de performance pour l'année 2024-2025.

Ces critères de performance sont en cohérence avec les ententes de gestion convenues avec les centres de communication santé (article 25.1 de la LSPU) et certains objectifs minimaux du contrat de service avec les entreprises titulaires de permis d'exploitation de service ambulancier (paragraphe 13 de l'article 3, LSPU).

Évaluer

Le Ministre évalue l'atteinte des engagements pris par Urgences-santé ainsi que la réalisation des attentes spécifiques. Pour ce faire, il définit les modalités et les objets sur lesquels porte la reddition de comptes.

Financer les services

Afin de permettre à l'écosystème préhospitalier de respecter ces priorités et ces orientations, ainsi que d'atteindre ces objectifs, le Ministre voit à la répartition interrégionale équitable des ressources nécessaires au financement du système préhospitalier, et ce, en fonction des populations à desservir et de leurs caractéristiques sociosanitaires.

Plan d'organisation des services

En plus de ses obligations et responsabilités aux termes de la LSPU, le Ministre a également les obligations suivantes :

- Au plus tard le 15 novembre de chaque année financière, le Ministre doit déposer à Urgences-santé le Plan d'organisation des services pour l'année financière suivante. Comme Urgences-santé a également le rôle d'agence, lors du dépôt du plan d'organisation, une réunion sera organisée afin d'expliciter ses fondements et les motifs sous-jacents aux décisions prises.

ENGAGEMENTS D'URGENCES-SANTÉ

Sous réserve des pouvoirs accordés à une agence par la Loi sur les services de santé et les services sociaux (chapitre S-4.2), Urgences-santé exerce, sur son territoire, les fonctions dévolues à une agence par la présente loi, notamment celles de planifier, d'organiser et de coordonner l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, y compris la mise en place d'un service de premiers répondants. Elle exerce également les fonctions d'exploiter un centre de communication santé et un service ambulancier.

Respecter les orientations et les priorités ministérielles

Urgences-santé s'engage à respecter les orientations et les priorités définies par le Ministre et à y donner suite sur son territoire. De plus, elle travaillera à concrétiser son plan stratégique approuvé par le Conseil des ministres.

Atteindre les objectifs

Urgences-santé s'engage à atteindre les objectifs de résultats, fixés par le Ministre.

Pour remplir ces objectifs, Urgences-santé doit tenir compte des services de santé et des services sociaux offerts par les partenaires de son territoire, le cas échéant.

Maintenir l'offre de service

Urgences-santé s'engage, à moins de conditions particulières précisées dans l'EGI, à assurer le maintien des services offerts sur son territoire.

Elle doit également justifier au Ministre toute baisse non prévue ayant un impact significatif du niveau de services dont elle assure l'offre.

Directives budgétaires et financières

Urgences-santé s'engage à respecter les règles régissant l'utilisation de l'allocation budgétaire qui lui est accordée.

Imputabilité d'Urgences-santé

Les parties reconnaissent l'importance de contribuer, conformément aux dispositions de l'EGI et de la LSPU, à l'atteinte des objectifs du Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé (2022) et de la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence (2022).

Urgences-santé doit s'assurer de mettre en place les structures responsables d'assumer les engagements contenus dans l'EGI.

PRÉAMBULES ET ANNEXES

Le préambule et les annexes font partie intégrante de la présente EGI.

DÉFINITIONS

Dans l'entente, à moins d'indication contraire, les termes et expressions suivants ont le sens qui leur est attribué ci-après :

« **Affectation** » désigne l'assignation de ressources ambulancières par un centre de communication santé conformément aux Lois applicables ou, dans le cas de circonstances exceptionnelles nécessitant une assistance immédiate, à l'occasion d'une « autoaffectation » validée par un centre de communication santé;

« **Ambulance** » désigne un véhicule conforme à la réglementation en vigueur ou un véhicule autorisé par le Ministre, qui est utilisé pour le transport des usagers nécessitant des soins préhospitaliers d'urgence ou un support médical pendant leur transport;

« **Année financière** » désigne la période du 1^{er} avril d'une année civile au 31 mars de l'année civile suivante;

« **CCS** » désigne un centre de communication santé exploité par Urgences-santé tel que prévu à l'article 90 de la LSPU dans le respect de l'article 22 de la LSPU;

« **DMN** » désigne le directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence nommé en vertu de l'article 5 de la LSPU;

« **DMR** » désigne le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence désigné en vertu de l'article 17 de la LSPU;

« **Heures de dépassement** » désigne les heures de mise sur la route d'ambulances immédiatement avant le début prévu d'un quart de travail (aussi connu comme étant un départ hâtif) ainsi qu'immédiatement après la fin prévue d'un quart de travail (aussi connu comme étant une fin tardive);

« **Heures de formation** » désigne les heures pendant lesquelles un technicien ambulancier paramédic (TAP) à l'emploi d'Urgences-santé, excluant un employé non inscrit au registre national de la main-d'œuvre des TAP, suit le programme de formation et d'amélioration de la qualité établi par le DMN ou une formation obligatoire requise aux termes de l'exercice par le DMN ou le DMR des pouvoirs qui leur sont conférés par la LSPU ou assiste à une rencontre exigée par le DMR dans le cadre de l'assurance qualité;

« **Heures de services autorisées** » désignent les heures de services autorisées par le Ministre afin de répondre aux besoins de la population, telles que prévu au Plan d'organisation des services d'Urgences-santé;

« **Heures de services additionnelles** » désignent les heures de services non prévues au Plan d'organisation des services, mais ajoutées en cours d'exercice par Urgences-santé afin de répondre aux besoins de la population;

« **Heures de service additionnelles livrées** » désigne les heures de mise sur la route des ambulances conformément aux heures de service additionnelles, à l'exclusion des périodes durant lesquelles se produit une rupture de service. Les heures de service additionnelles livrées n'incluent pas les heures de dépassement;

« **Heures de service livrées** » désigne les heures de mise sur la route des ambulances conformément aux heures de service autorisées, à l'exclusion des périodes durant lesquelles se produit une rupture de service. Les heures de service livrées n'incluent pas les heures de dépassement;

« **Heures de service non livrées** » désigne le résultat obtenu en soustrayant les heures de service livrées des heures de service autorisées;

« **Intervention** » désigne l'ensemble des actes posés par un TAP pour l'appréciation d'une situation et/ou des interventions cliniques auprès d'un usager;

« **Lois applicables** » désigne toutes les lois adoptées par le Parlement du Canada, l'Assemblée nationale du Québec ainsi que tous les règlements, décrets ou arrêtés adoptés en vertu de ces lois, qui sont en vigueur dans la province de Québec;

« **LSPU** » désigne la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, chapitre S-6.2);

« **Ministre** » a le sens qui lui est attribué dans l'EGI;

« **Parties** » au sens qui lui est attribué dans l'EGI;

« **Période financière** » désigne chacune des treize (13) périodes établies selon le calendrier du Ministre pour le financement des services préhospitaliers d'urgence;

« **Plan d'organisation des services ambulanciers** » désigne le plan établi par le Ministre et précisant notamment le nombre annuel d'heures de service autorisées;

« **Plan de contingence** » désigne le plan précisant les mesures nécessaires visant à assurer la continuité des services du CCS prévus à l'entente et à éviter une rupture de service;

« **Plan de continuité des services** » désigne le plan précisant les mesures nécessaires visant à assurer la continuité des services ambulanciers prévus à l'entente et à éviter une rupture de service;

« **Plan de déploiement** » désigne le plan précisant le détail de la planification des ressources ambulancières afin de se conformer au Plan d'organisation des services;

« **Ressources ambulancières** » désignent les ressources humaines, matérielles et technologiques requises pour réaliser le Plan d'organisation des services et le Plan de déploiement;

« **Rupture de service** » désigne toute période pendant laquelle les ambulances ne sont pas mises en service conformément au Plan de déploiement ou aux heures de service additionnelles, incluant notamment :

- a. La non-disponibilité d'une ambulance impliquée dans un accident de la route;
- b. La non-disponibilité d'une ambulance en raison d'un bris ou d'entretien mécanique;
- c. Le début tardif d'un quart de travail;
- d. La fin prématurée d'un quart de travail;
- e. Les heures de débordement qui n'ont pas été comblées par un TAP remplaçant;

Malgré ce qui précède, ne constitue pas une rupture de service :

- f. Tout retard de mise en service de trois (3) minutes ou moins sur un quart de travail, pour autant que l'équipe de travail se soit rapportée auprès du CCS dans les trois (3) minutes suivant le début de son quart de travail;
- g. La non-disponibilité d'une ambulance en raison d'une intervention, incluant l'application des standards d'intervention préhospitalière (ex. : désinfection ou nettoyage d'ambulances, changement d'uniforme, etc.);
- h. La non-disponibilité d'une ambulance en raison de la défectuosité du système de radiocommunication.

« **Service ambulancier** » désigne le service ambulancier, tel que défini dans la LSPU;

« **Soins préhospitaliers d'urgence** » désignent les soins préhospitaliers d'urgence visant à prévenir la détérioration de l'état d'une personne et à la transporter au moyen d'une ambulance vers un centre exploité par un établissement receveur ou entre des installations maintenues par un ou des établissements;

« **Standards d'intervention préhospitalière** » désigne toutes les orientations, normes, directives, politiques et protocoles cliniques et opérationnels émis par le Ministre, le DMN, conformément à la LSPU.

« **TAP** » désigne une personne qui peut agir comme technicien ambulancier paramédic et exercer ses activités professionnelles conformément aux Lois applicables.

CHAPITRE II : LES ATTENTES SPÉCIFIQUES 2023-2024

Plan de déploiement

À la suite de la réception du Plan d'organisation des services ambulanciers fourni par le Ministre, Urgences-santé évalue si elle a déjà ou prévoit avoir ou pouvoir se procurer les ressources ambulancières requises pour livrer le nombre annuel d'heures de service autorisées et précisées à celui-ci.

Si Urgences-santé estime qu'elle n'a pas déjà ou ne prévoit pas avoir ou pouvoir se procurer les ressources ambulancières requises, elle doit aviser le Ministre, en précisant le nombre d'heures qu'elle ne croit pas être en mesure de livrer.

Si Urgences-santé estime qu'elle a déjà ou prévoit avoir ou pouvoir se procurer les ressources ambulancières requises, elle doit, au plus tard le 15 février de chaque année financière, soumettre au Ministre une proposition de Plan de déploiement pour l'année financière suivante.

Si le Plan de déploiement proposé par Urgences-santé ne satisfait pas le Ministre, Urgences-santé et le Ministre doivent collaborer afin qu'un Plan de déploiement révisé soit approuvé par le Ministre le ou avant le 15 mars suivant.

Si le Plan de déploiement doit être révisé en cours d'année pour permettre de répondre aux besoins identifiés par le Ministre, Urgences-santé et le Ministre doivent collaborer afin de convenir d'un Plan de déploiement révisé.

À la suite de l'approbation du Plan de déploiement par le Ministre, Urgences-santé doit déployer les effectifs prévus au Plan de déploiement approuvé.

Plan de continuité des services

Au plus tard le 15 février de chaque année financière, Urgences-santé doit soumettre au Ministre une proposition de Plan de continuité des services.

Si le Plan de continuité des services ne satisfait pas le Ministre, Urgences-santé et le Ministre doivent collaborer afin qu'un Plan de continuité des services révisé soit approuvé par le Ministre le ou avant le 15 mars suivant.

À la suite de l'approbation du Plan de continuité des services par le Ministre, Urgences-santé doit appliquer les mesures qui y sont prévues.

Standards d'intervention préhospitalière

Urgences-santé s'engage à respecter les standards d'intervention préhospitalière.

Ajout d'une Ambulance

Urgences-santé souhaite ajouter une ambulance supplémentaire à sa flotte de véhicules, elle est autorisée à le faire sans nécessiter une approbation individuelle du Ministre. Cependant, afin de maintenir le total cumulé de véhicules, Urgences-santé doit soumettre au Ministre, à la fin de l'exercice financier, le nombre total de véhicules ambulanciers inclus dans sa flotte. De plus, lors du dépôt des COF, elle doit inclure la dépense d'amortissement pour l'acquisition de véhicules ambulanciers à la liste des immobilisations.

Collaboration entre les parties

Urgences-santé s'engage à collaborer avec le Ministre et les différents intervenants du milieu, dont les établissements collégiaux, les établissements universitaires, les chaires de recherche et autres organismes gouvernementaux, et ce, de la manière suivante :

En participant, sur demande du Ministre ou d'un établissement, à l'élaboration, à la préparation et à la mise en œuvre des mesures d'urgence et de sécurité civile notamment en participant aux différents exercices de prévention (ex. : simulation) et aux rencontres des tables sectorielles de l'établissement impliquant les intervenants des urgences, de la Direction de la protection de la jeunesse ou des intervenants travaillant sur l'autonomie des aînés, en matière de santé mentale, d'itinérance, etc.;

Puisque le Ministre se doit d'assurer la coordination interministérielle en matière de services préhospitaliers d'urgence, Urgences-santé doit faire en amont les arrimages nécessaires avec le Ministre pour tous projets concernant un ministère ou un organisme qui ne relève pas de sa responsabilité. Cependant, ce principe n'est pas applicable lors des opérations ambulancières quotidiennes, telles que les échanges avec la Sûreté du Québec, avec des intervenants du ministère de la Sécurité publique ou de la sécurité civile, etc.;

En planifiant avec les intervenants des urgences et les services de sécurité civile les besoins, le soutien clinique et les plans d'urgence lors des grands événements sur son territoire;

En travaillant de concert avec les représentants des établissements présents sur son territoire et du Ministre pour préparer à l'avance d'éventuelles négociations relatives aux services essentiels, en faisant approuver au préalable, par ces représentants, qui devront se rendre disponibles en temps opportun, la liste des services essentiels à déposer au Tribunal administratif du travail en prévision des moyens de pression lors d'un conflit de travail et en soutenant l'intervention des établissements et du Ministre devant le Tribunal administratif du travail, le cas échéant;

En saisissant le Tribunal administratif du travail lors du non-respect des services essentiels approuvés ou déterminés par celui-ci. Si une injonction ou tout autre recours

s'avère nécessaire pour protéger l'intérêt supérieur de chaque usager faisant appel à son service ambulancier, Urgences-santé doit informer le Ministre de la possibilité de devoir recourir à la Cour supérieure du Québec pour résoudre cette question;

Grèves ou autres moyens de pression

Les parties reconnaissent que les grèves ou autres moyens de pression exercés par les TAP à l'emploi d'Urgences-santé dans le cadre du renouvellement des conventions collectives peuvent empêcher Urgences-santé de respecter certaines des obligations ou d'atteindre certaines cibles prévues par l'entente.

Par conséquent, les parties conviennent que les termes de l'entente seront maintenus si les conditions suivantes sont rencontrées :

a. L'inexécution de l'une ou l'autre de ses obligations est directement attribuable à une grève déclarée conformément aux Lois applicables ou à l'exercice, par les TAP à l'emploi d'Urgences-santé, d'autres moyens de pression qui ne contreviennent pas aux Lois applicables et aux conventions collectives;

Et

b. Urgences-santé a déployé les efforts raisonnables afin de mettre en place des mesures alternatives, conformes aux Lois applicables, afin d'éviter telle inexécution.

CHAPITRE III : LES ATTENTES DE PERFORMANCE - OPÉRATIONS DU CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ

Les indicateurs de performance ont été élaborés en se référant à la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière (Annexe A) ainsi que les priorités d'affectation (Annexe B).

Urgences-santé s'engage à atteindre les cibles de performance suivantes :

Délai de réponse

Que 90 % des délais de réponse à savoir, entre l'entrée de l'appel au CCS (H1) et la réponse à l'appel (H2), soient d'une moyenne de 10 secondes sur une base mensuelle;

Délai d'affectation (premiers répondants)

Que 90 % des délais de réponse à savoir, entre l'identification de l'appel (H3) et l'affectation-fin de la transmission (H5) des premiers répondants (en fonction de la disponibilité du service) pour les priorités P0 et P1, soient de moins de 45 secondes;

Délai d'affectation (véhicule ambulancier)

Que 95 % des délais de réponse à savoir, entre l'identification de l'appel (H3) et l'affectation-fin de la transmission (H5) d'un véhicule ambulancier pour les priorités P0 et P1, soient de moins de 2 minutes, sauf lorsqu'aucun véhicule ambulancier n'est immédiatement disponible.

Temps de transmission (premiers répondants)

Que 95 % des temps de transmission à savoir, entre la réponse à l'appel du CCS (H2) et l'affectation-fin (H5) des premiers répondants (en fonction de la disponibilité du service), soient d'au plus :

- 165 secondes pour les appels urgents (P0 et P1)

Temps de transmission (véhicule ambulancier)

Que 95 % des temps de transmission à savoir, entre la réponse à l'appel du CCS (H2) et l'affectation-fin (H5) d'un véhicule ambulancier, soient d'au plus :

- 170 secondes pour les appels urgents (P0 et P1)
- 300 secondes pour les appels immédiats (P2E)

Respect du plan d'effectifs des RMU

Que soit transmis au Ministre le taux de comblement des horaires prévus au plan d'effectifs du centre de communication santé, par période financière.

ACCREDITATION CENTRE D'EXCELLENCE DU CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ

Urgences-santé s'engage à conserver l'accréditation de Centre d'Excellence de *The International Academies of Emergency Dispatch*.

MODIFICATIONS AUX INDICATEURS DU CENTRE DE COMMUNICATION SANTÉ

Les indicateurs de performance du centre de communication santé feront l'objet de modifications conformément à la présente entente, notamment pour tenir compte des nouvelles cibles de temps de réponse cliniques du tableau des priorités à venir.

CHAPITRE IV : LES ATTENTES DE PERFORMANCE - OPÉRATIONS AMBULANCIÈRES

Urgences-santé s'engage à atteindre les cibles de performance suivantes :

Documentation de la chronométrie

À partir du 1^{er} avril 2024, Urgences-santé doit rencontrer les exigences de documentation de la chronométrie suivante :

Urgences-santé doit documenter de façon complète et intégrée chaque étape de la chronométrie de chaque affectation, tel que cette chronométrie est établie en Annexe A, à l'exception de H0.

La chronométrie doit être documentée à l'aide des formulaires prescrits par le Ministre.

Urgences-santé doit transmettre cette chronométrie pour chacune des affectations au plus tard chaque trimestre. La transmission des données doit être faite dans le SISPUQ.

Afin d'assurer une précision maximale aussi régulièrement que possible, Urgences-santé collaborera avec son fournisseur au cours des trois premiers mois de déploiement du formulaire AS810 pour effectuer les ajustements nécessaires sur son système informatique et y intégrer les automatisations requises. De plus, des réunions mensuelles avec l'équipe du ministère seront organisées pour suivre l'avancement des travaux.

À partir du 1^{er} juillet 2024, Urgences-santé sera évaluée selon les niveaux de performance suivants :

- a. Performance supérieure : réalise l'objectif à un degré supérieur ou égal à 98 % des affectations pendant la période financière;
- b. Performance satisfaisante : réalise l'objectif à un degré supérieur ou égal à 95 %, mais inférieur à 98 % des affectations pendant la période financière;
- c. Performance à améliorer : réalise l'objectif à un degré supérieur ou égal à 95 %, mais inférieur à 98 % des affectations pendant la période financière.

Temps de mise en route

Urgences-santé doit avoir comme objectif de réduire au maximum le temps de mise en route de l'ambulance, à savoir la période comprise entre H5 et H7 selon la chronométrie en Annexe A.

Urgences-santé sera évaluée, pour les priorités P0, P1, P2 E, P2 et P3 selon les niveaux de performance suivants :

- a. Performance supérieure : réalise un délai de mise en route moyen inférieur ou égal à une (1) minute;
- b. Performance satisfaisante : réalise un délai de mise en route moyen supérieur à une (1) minute, mais inférieur ou égal à une (1) minute trente (30) secondes;
- c. Performance à améliorer : réalise un délai de mise en route moyen supérieur à une (1) minute trente (30) secondes.

Urgences-santé sera évaluée, pour les priorités P4 et P7 selon les niveaux de performance suivants :

- a. Performance supérieure : réalise un délai de mise en route moyen inférieur ou égal à trois (3) minutes ;
- b. Performance satisfaisante : réalise un délai de mise en route moyen supérieur à trois (3) minutes, mais inférieur ou égal à cinq (5) minutes;
- c. Performance à améliorer : réalise un délai de mise en route moyen supérieur à cinq (5) minutes.

Délai de remise sur la route

Urgences-santé doit avoir comme objectif que le temps écoulé entre la libération de la civière et la remise sur la route de l'ambulance, soit le temps entre les étapes H14 et H15 montrées à la chronométrie en Annexe A, soit en moyenne de vingt-cinq (25) minutes pour la période financière.

Urgences-santé sera évaluée selon les niveaux de performance suivants :

- a. Performance supérieure : maintient une moyenne inférieure ou égale à vingt-cinq (25) minutes, zéro (0) seconde;
- b. Performance satisfaisante : maintient une moyenne supérieure à vingt-cinq (25) minutes, zéro (0) seconde, mais inférieure ou égale à trente (30) minutes, zéro (0) seconde;
- c. Performance à améliorer : maintient une moyenne dépassant trente (30) minutes, zéro (0) seconde.

Suivi des heures de formation

Urgences-santé doit avoir comme objectif que ses 95 % de ses TAP suivent toutes les heures de formation obligatoire, selon les durées et échéances déterminées par le DMN ou le DMR, et ce, calculées sur une base annuelle.

Urgences-santé doit transmettre au Ministre le pourcentage de TAP ayant suivi le total des heures de formation, et ce, en excluant les TAP ayant, entre l'annonce à Urgences-santé d'une échéance de formation et son expiration, été inactifs ou absents du travail pour une période prolongée notamment pour cause d'invalidité ou de congé de maternité, de paternité ou parental.

Heures de services autorisées

Urgences-santé doit s'assurer de livrer le maximum d'heures des heures de service autorisées à son Plan d'organisation.

Pour ce faire, Urgences-santé doit transmettre ses heures de service livrées et non livrées conformément à la méthode utilisée par le Ministère.

Urgences-santé sera évaluée selon les niveaux de performance suivants :

- a. Performance supérieure : livre 99 % ou plus ses heures de service autorisées pendant la période financière;
- b. Performance satisfaisante : livre un degré supérieur ou égal à 98 %, mais inférieur à 99 % de ses heures de service autorisées pendant la période financière;
- c. Performance à améliorer : réalise l'objectif à un degré inférieur à 98 % de ses heures de service autorisées pendant la période financière.

PLAN DE CONTINGENCE DU CCS

Il est requis que le Ministre reçoive un compte-rendu de toutes les situations où le Plan de contingence du CCS a été activé à son plus haut niveau. Concernant le déploiement du Plan de contingence du CCS à un niveau moindre, Urgences-santé est tenue d'en informer le Ministre dès lors qu'elle estime que la situation l'exige.

EXPERTISE OPÉRATIONNELLE

Le Ministre reconnaît l'expertise opérationnelle d'Urgences-santé. De manière semestrielle, un comité de travail composé de représentants du Ministère et d'Urgences-santé se réunira pour examiner les divers défis, tant au niveau provincial que régional, susceptibles de compromettre l'atteinte des critères de performance (CCS et opérations ambulancières). L'objectif est d'explorer les différentes solutions, qu'elles soient d'ordre

technologique, opérationnel, en termes de ressources humaines, etc., qui pourraient faciliter la réalisation des objectifs fixés.

CHAPITRE V : DOCUMENTS À FOURNIR

En plus des exigences prévues par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, la Loi sur la gouvernance des sociétés d'État et l'entente ENT-SUP-2021-001, Urgences-santé doit fournir au Ministre dans le gabarit exigé par ce dernier les documents et informations suivants :

- a. Plan de déploiement annuel (SISPUQ);
- b. Plan de continuité des services;
- c. Le plan d'effectifs du centre de communication santé qui précise le détail de la planification quotidienne des répartiteurs médicaux d'urgence en fonction de la volumétrie d'appel;
- d. Le fichier de performance (soumis par le Ministre), au plus tard 45 jours suivant la fin de chaque période financière. Le MSSS fournira à Urgences-santé un fichier de performance (ce fichier sera ensuite migré vers le SISPUQ).
- e. L'information supplémentaire concernant la main-d'œuvre du CCS, précisée à l'Annexe D, pour chaque période financière.
- f. L'information supplémentaire concernant la main-d'œuvre des TAP, précisée à l'Annexe D, pour chaque période financière.

MODIFICATIONS À L'ENTENTE

L'entente de gestion et d'imputabilité peut être modifiée avec le consentement des parties, notamment pour tenir compte de modifications au cadre juridique qui pourraient survenir pendant la durée de l'entente. Toutes modifications de l'entente doivent être constatées dans un écrit signé par les parties.

Malgré ce qui précède, les parties doivent se conformer à toute modification au cadre juridique qui pourrait survenir durant la période d'application de l'entente. Dans le cas de modifications à la LSPU d'application obligatoire, les parties doivent s'y conformer et ne peuvent refuser de modifier l'entente en conséquence, le cas échéant.

ANNEXES

Les annexes font partie intégrante de la présente entente.

COMMUNICATIONS

Les communications et avis devant être transmis en vertu de la présente entente, pour être valides et lier les parties, doivent être donnés par écrit et être transmis par un moyen permettant de prouver la réception à un moment précis, aux coordonnées suivantes :

Pour le Ministre :

Monsieur Paul Levesque
Directeur
Direction des services préhospitaliers d'urgence
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-De-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Téléphone : (418) 655-7621
Courriel : paul.levesque@msss.gouv.qc.ca

Pour Urgences-santé :

Monsieur Patrick Liard
Directeur général adjoint – opérationnel
Urgences-santé
6700, rue Jarry Est
Montréal (Québec) H1P 0A4

Tout changement d'adresse de l'une des parties doit faire l'objet d'un avis à l'autre partie.

DURÉE DE L'ENTENTE

La conclusion d'une EGI entre le Ministre et Urgences-santé constitue une exigence annuelle. La présente EGI couvre la période du 1^{er} avril 2024 au 31 mars 2025.

EN FOI DE QUOI, LES PARTIES ONT SIGNÉ LA PRÉSENTE ENTENTE DE GESTION ET D'IMPUTABILITÉ EN DOUBLE EXEMPLAIRE À LA DATE INDIQUÉE CI-DESSOUS :

LE SOUS-MINISTRE,

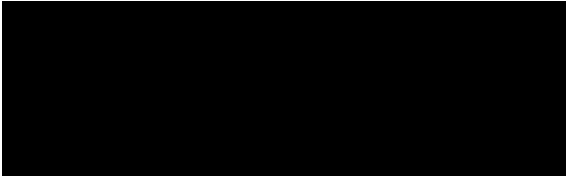
(Date)

Daniel Paré, sous-ministre

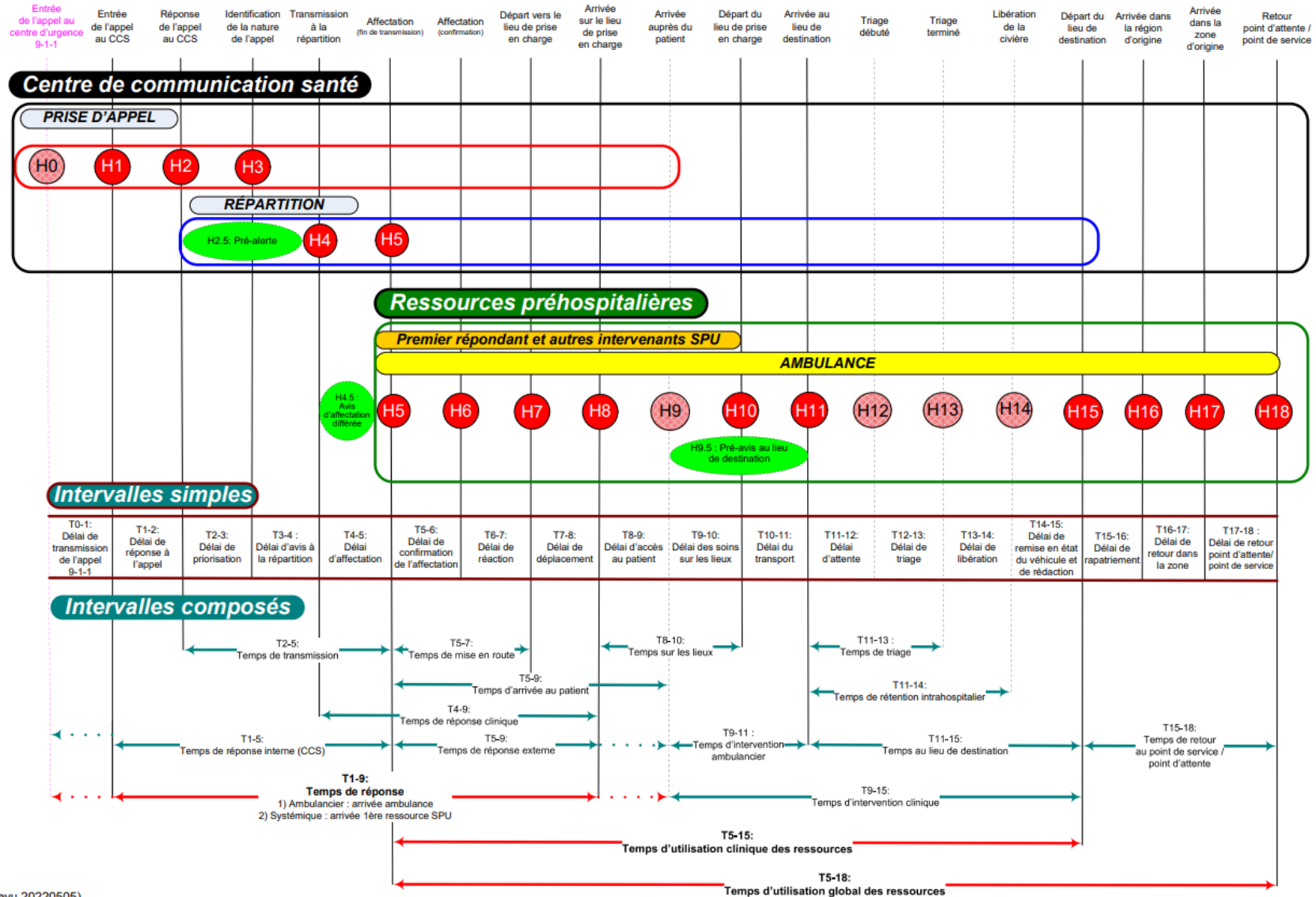
URGENCES-SANTÉ,

30-04-2024

(Date)


François Charpentier, président-directeur
général

ANNEXE A CHRONOMÉTRIE



**TABEAU DES PRIORITÉS D’AFFECTATION EN FONCTION
DE LA CHRONOMÉTRIE DE LA CHAÎNE D’INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE**

Priorité	Nature de la demande	Affectation	Mode de conduite du véhicule ambulancier	Objectif de temps réponse clinique (OTRC)
P0	Haut risque d’arrêt cardio-respiratoire	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l’ETA le plus rapide
P1	Risque de mortalité	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l’ETA le plus rapide
P2E	Transfert : Patient instable (selon les diagnostics ciblés)	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l’ETA le plus rapide modulable
P2	Transfert : Patient instable (Risque élevé de morbidité ou de mortalité immédiate)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P3	Risque de détérioration clinique (Risque de morbidité)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P4	Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P5	Transfert : Patient stable pour transfert rapide (faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme)	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P6	Transfert : Patient stable avec rendez-vous et patient en soins palliatifs	Non urgent	Conduite non urgente	Selon heure du rendez-vous
P7	Situation clinique stable (peu ou pas de risque de détérioration immédiate)	Non urgente	Conduite non urgente	< 3 heures
P8	Transfert : Patient stable pour transfert / retour non urgent	Non urgent	Conduite non urgente	Modulable selon les besoins

COULEURS : APPELS POPULATIONNELS (SELON LE NIVEAU D’URGENCE)
GRIS : TRANSFERTS INTERÉTABLISSEMENTS

Définitions :

- **Affectation prioritaire** : toute affectation pour laquelle l'état clinique du patient justifie une affectation dès l'obtention de la priorité d'appel, et ce, sans délai.
 - **Affectation urgente** : toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son OTRC. L'affectation peut être différée dans la mesure où elle respecte l'OTRC.
 - **Affectation non urgente** : toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son OTRC. Si l'OTRC est expiré, il faut effectuer une réévaluation. Si d'autres mesures alternatives sont disponibles (modulation selon l'évaluation de l'unité de soutien clinique [USC]), il faut les appliquer.
-
- **Conduite urgente** : mise en route immédiate en circulant avec gyrophares et au besoin, avec les sirènes.
 - **Conduite non urgente modulable** : mise en route immédiate en circulant en mode non urgent et un passage en mode de conduite urgent en présence d'un obstacle à la circulation significatif (arrêt de la circulation, entrave routière importante, etc.) et si ce dernier fait en sorte que l'objectif d'arrivée sur les lieux dépasse l'OTRC. Le mode de conduite urgent sera utilisé le temps de franchir l'obstacle. La distance à parcourir ne doit pas être considérée comme un obstacle.
 - **Conduite non urgente** : mise en route immédiate en circulant en mode non urgent sans sirène ni gyrophare.
-
- **Suffixe E** : signifie une priorité élevée et doit être priorisée lors de l'affectation concomitante de 2 appels ou plus du même niveau de priorité.
 - **P2E** : inclut seulement les diagnostics suivants : STEMI (infarctus du myocarde), AVC aigu (thrombectomie), trauma majeur, urgence vasculaire (anévrisme de l'aorte abdominale et dissection aortique). L'application de P2E peut être modulable selon les besoins régionaux.
 - **P5** : modulation régionale possible avec affectation différée pour rendez-vous prévu ne pouvant être déplacé (ex. : coronarographie, chirurgie, etc.).
 - **Transferts interétablissements avec transport aérien** : modulation régionale possible selon l'heure d'arrivée de l'avion.
-
- **Objectif de temps réponse clinique (OTRC)** : assignation flexible selon un objectif chronométrique optimal d'arrivée auprès d'un patient (fenêtre d'opportunité) afin d'utiliser la ressource disponible la plus efficiente pour répondre à une demande.
 - **ETA** : estimation du temps d'arrivée.
 - **ETA le plus rapide modulable** : estimation du temps d'arrivée le plus rapide en tenant compte des particularités opérationnelles (préparation du patient au centre hospitalier, véhicule hors zone, etc.)
 - **Dépassement de l'OTRC pour une affectation non urgente** : lorsque l'OTRC d'une priorité non urgente (P4-P7) est dépassé, une réévaluation de la situation et de la condition clinique de l'utilisateur doit être effectuée à l'aide du protocole, selon les politiques en vigueur et la priorisation doit être ajustée le cas échéant.
 - **Dépassement de l'OTRC pour une affectation urgente** : lorsqu'il est prévisible que l'OTRC d'une priorité urgente (P2-P3) sera dépassé, une ressource ambulancière devrait être assignée immédiatement, sans temporisation, en conservant le mode de conduite non urgente modulable.
-

ANNEXE C
PLAN DE DÉPLOIEMENT

Voir fichier Excel joint

ANNEXE D

Information supplémentaire concernant la main-d'œuvre (TAP et RMU)			
Nombre total d'heures des rémunérées :	0,00	Nombre total d'absences rémunérées:	0,00
Nombre d'heures travaillées :	0,00	Nombre d'heures d'absence en congé de maladie;	0,00
Nombre d'heures régulières;	0,00	Nombre d'heures d'absence en assurance salaire;	0,00
Nombre d'heures en temps supplémentaire.	0,00	Nombre d'heures d'absence CNESST;	0,00
		Nombre d'heures d'absence « retrait préventif » de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA);	0,00
		Nombre d'heures pour autres absences parentales : toute absence parentale rémunérée, autre que RPTEA;	0,00
		Nombre d'heures pour les autres absences rémunérées : tout autre motif d'absence rémunérée;	0,00
		Nombre d'heures d'absence non rémunérées.	0,00

Explications

- Nombre total d'heures rémunérées: heures travaillées + absences rémunérées
- Nombre d'heures travaillées (sur l'ambulance/en centre et en formation)
 - Nombre d'heures régulières
 - Nombre d'heures en temps supplémentaire
- Nombre total d'absences rémunérées
 - Nombre d'heures d'absence en congé de maladie
 - Nombre d'heures en assurance-salaire
 - Nombre d'heures d'absence CNESST
 - Nombre d'heures d'absence en retrait préventif de la travailleuse enceinte ou qui allaite (RPTEA)
 - Nombre d'heures pour autres absences parentales : toute absence parentale rémunérée autre que RPTEA
 - Nombre d'heures pour les autres absences rémunérées : tout autre motif d'absence rémunérée qui n'est pas déjà indiqué plus haut, tel que les vacances, fériés, conversion de primes ou de temps supplémentaire, congés de mariage, de déménagement, de décès, de jury, etc., excluant les libérations syndicales et administratives
- Nombre d'heures d'absences non rémunérées : congé sans solde et sans solde partiel, de même que les congés de maladie, vacances, fériés et autres absences qui ne sont pas rémunérées.
- Exclure les libérations syndicales ou administratives (ex : présence au Conseil d'administration, si applicable).