



Ministère de la Santé et des Services sociaux

Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers

ÉDITION :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-98047-6 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2024

Rédaction et collaboration

D^r Alexandre Messier

D^{re} Élyse Berger Pelletier

D^r Louis-Philippe Pelletier

D^r Simon Delisle

M. Paul Levesque

M. Dominic Chaput

M. Mathieu Pagé

M. Luc Jolicoeur

M. Robyn Marcotte

M. Charles Montamat

M. Pierre-Rodrigue Lanteigne

M. Jean-François Pellerin

M. Maximilien Iloko Fundi

M^{me} Fanny Blanchet

Liste des sigles et acronymes

CCS	Centre de communication santé
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DMN	Direction médicale nationale
DSPU	Direction des services préhospitaliers d'urgence
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
SAD	Soutien à domicile
SCT	Secrétariat du Conseil du trésor
SISPUQ	Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Technicien ambulancier paramédical

Note importante :

Afin d'alléger le texte, toute obligation dévolue aux établissements territoriaux (CISSS/CIUSSS) s'applique à Urgences-santé, sauf mention contraire.

Table des matières

1.	Généralités.....	1
1.1.	Objet du présent document	1
1.2.	Mise en contexte	1
1.3.	Objectif du cadre	3
1.4.	Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers	3
2.	Rôles et responsabilités des parties prenantes	3
2.1.	Étapes et les composantes de la démarche d'évaluation	6
2.1.1.	Étape 1 – Mise en place du processus d'analyse.....	6
2.1.2.	Étape 2 – Collecte et l'analyse de données	6
2.1.2.1.	Analyse démographique.....	6
2.1.2.3.	Analyse de la couverture préhospitalière	7
2.1.2.4.	Autres types d'analyse visant à optimiser le processus de transformation.....	7
2.1.2.5.	Analyse opérationnelle associée à la modification d'un horaire (Annexe 5)	7
2.1.2.6.	Planification régionale de la main-d'œuvre	7
2.1.3.	Étape 3 – Options de modification de la desserte ambulancière	8
2.1.3.1.	Modification d'un horaire de faction	8
2.1.3.2.	Ajout d'heures de service ou de quart de travail à l'heure	8
2.1.4.	Étape 4 – Analyse financière régionale.....	9
2.1.5.	Étape 5 – Réception de la demande par Santé Québec et son analyse par le comité consultatif	9
2.1.6.	Étape 6 – Le déploiement	10
2.1.7.	Étape 7 – Évaluation en continu du modèle de déploiement	10
	Annexes.....	11

1. Généralités

1.1. Objet du présent document

Le présent document a pour objectif de baliser le processus d'évaluation et d'analyse engagé par les établissements territoriaux lorsque ces derniers désirent revoir la desserte ambulancière (service ambulancier) de leur territoire. Ce processus concerne la transformation d'horaire de faction ainsi que l'ajout d'heures de service (ajout de ressources permanentes). Ce cadre explicite les étapes à suivre pour déposer une demande de modification à Santé Québec et détaille le type d'analyse à inclure.

Par ailleurs, ce processus permet de clarifier les rôles et les responsabilités des établissements territoriaux quant à l'organisation des services ambulanciers sur leur territoire afin de déterminer le modèle d'organisation des services ambulanciers qui est offert dans leur région ainsi que les effectifs affectés à ces services. Cette organisation des services doit permettre une harmonisation entre les ressources ambulancières disponibles et l'écosystème régional.

1.2. Mise en contexte

Les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) sont déployés sur le territoire québécois selon différents types d'horaires. Dans les milieux plus achalandés, les TAP ont des horaires de travail à l'heure; ils attendent ainsi de recevoir leurs affectations en étant postés soit à la caserne, soit dans une ambulance stationnée à un point d'attente.

Dans les milieux ruraux, le faible volume de transports hebdomadaires fait en sorte que les TAP œuvrent fréquemment sur des horaires de faction. Cela signifie qu'ils travaillent sur appel, 24 heures sur 24, et ce, 7 jours sur 14. Ceux-ci doivent répondre aux affectations urgentes ou non urgentes, peu importe l'heure (jour, soir, nuit), et sont habituellement en attente de recevoir une affectation à leur domicile. La durée du trajet entre leur domicile et la caserne ne doit pas excéder cinq minutes.

Les horaires actuellement en place au Québec sont adaptés à la situation locale de chaque milieu. En fonction d'un certain nombre de considérations, comme la démographie, les besoins en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence peuvent changer avec le temps.

Au cours des dernières années, plusieurs modifications de la desserte ambulancière ont été effectuées. Les critères de modification des horaires de faction ont été déterminés dans le cadre d'une correspondance du sous-ministre adjoint, monsieur Marco Thibault, en 2017 (Annexe 7). Ces critères reposent principalement sur l'atteinte de seuils, notamment celui du taux d'occupation clinique (de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité) (Annexe 6) et celui du taux d'occupation global (de l'affectation jusqu'au retour au point de service/point d'attente). Même s'ils sont importants, ces indicateurs ne peuvent à eux seuls déterminer le besoin réel de modification ou non d'un horaire de faction. Certaines régions ont aussi bénéficié d'ajouts d'heures de service à la suite de demandes envoyées au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS).

L'évolution du travail paramédical et la volonté de maintenir des services de proximité à la population nous amènent à reconsidérer les différentes modalités de conversion et d'ajout de ressources afin d'assurer une adéquation avec les besoins cliniques, opérationnels et démographiques d'un territoire ou

d'une région. Ainsi, dans le but d'assurer un suivi adéquat, le processus de dépôt des demandes a été révisé en vue d'être standardisé. Le présent document tient compte de l'implantation de Santé Québec en tant que société d'État dont la mission est d'assurer la prévisibilité, l'accessibilité, l'efficacité et la pérennité du réseau, et ce, au-delà des gouvernements en place. Elle permettra ainsi une meilleure coordination entre les établissements. De plus, l'article 7 de la Loi des services préhospitaliers d'urgence (LSPU) stipule :

« En conformité avec les orientations, les objectifs et les priorités ministériels et en tenant compte de la situation géographique et de l'étendue du territoire concerné, de la densité de la population qui y réside de même que de la disponibilité des technologies, Santé Québec, pour chacun de ses établissements territoriaux, ou une instance régionale, selon le cas, doit :

1. élaborer un plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence et y établir ses priorités en cette matière, lesquelles doivent prévoir, le cas échéant, pour l'ensemble de la population, l'accessibilité à un centre d'urgence 9-1-1, à un centre de communication santé, à un service de premiers répondants, à des services ambulanciers et à des centres exploités par des établissements receveurs, principalement ceux qui dispensent des services d'urgence; Santé Québec ou l'instance régionale, selon le cas, peut, selon l'orientation retenue dans son plan, intégrer des programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire;
2. déterminer le modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qui sont offerts pour le territoire concerné, de même que les effectifs qui sont affectés à ces services;
3. coordonner, sur une base régionale, les services préhospitaliers d'urgence et assurer leur interaction avec le réseau de la santé et des services sociaux;
4. déterminer, conformément aux orientations ministérielles, les modalités d'encadrement médical des personnes qui assurent des services préhospitaliers d'urgence pour le territoire concerné; »¹

Pour ces raisons, les demandes de modifications de la desserte ambulancière devront désormais être accompagnées d'une évaluation transversale, spécifique aux types de requêtes effectuées. De plus, elles devront respecter le processus standardisé qui leur est propre. L'évaluation effectuée doit être adaptée par l'établissement territorial en fonction du type de besoin (transformation d'un horaire de faction ou d'un ajout de ressource à l'heure). Ainsi, l'évaluation se doit de respecter les standards suivants :

- l'évaluation s'appuie sur des réalités territoriales et démographiques qui sont observables, quantifiables et propres à la région;
- l'évaluation prend en considération les aspects opérationnels de la desserte ambulancière ainsi que l'effet des différents projets d'optimisation en place (paramédecine communautaire, de régulation mesure de réduction du temps intrahospitalier, transport alternatif, etc.) ayant un effet sur l'utilisation des ressources ambulancières;
- les demandes effectuées doivent impérativement respecter la capacité de la région et de la province en matière de disponibilité des ressources humaines.

Ce fonctionnement a pour objectif d'inscrire la modification de la desserte ambulancière dans une perspective régionale d'optimisation et d'amélioration globale des services préhospitaliers d'urgence

1. Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, repéré le 18 juin 2024 à <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2>

(SPU) sur l'ensemble du territoire québécois. Les analyses visent aussi à s'assurer que les modifications soient en cohérence avec l'évolution de la profession préhospitalière et qu'elles représentent la meilleure option tant pour le citoyen, l'utilisateur que pour le contribuable.

1.3. Objectif du cadre

Le cadre guide les établissements territoriaux dans l'évaluation transversale de leur desserte ambulancière afin d'assurer la cohérence entre les besoins populationnels et l'offre en matière de santé et de services sociaux. Le processus d'évaluation prend en considération différents facteurs qui permettent de réaliser une analyse des besoins à l'égard des soins préhospitaliers d'urgence sur le plan régional.

La modification de la desserte ambulancière doit avoir pour objectif de :

- maintenir une offre de services préhospitaliers de qualité sur les plans local et régional;
- favoriser l'optimisation des SPU afin de garantir une adéquation avec les besoins du milieu et des usagers;
- favoriser une mobilisation optimale des TAP;
- encourager l'intégration des SPU à l'offre de services des établissements territoriaux.

1.4. Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers

La desserte des services ambulanciers vise à apporter une réponse appropriée, efficiente et de qualité dans le but de réduire la mortalité et la morbidité des personnes en détresse. Au Québec, un centre de communication santé (CCS) doit utiliser un système de traitement et de priorisation des appels approuvé par le ministre afin d'affecter et de mieux répartir les ressources ambulancières disponibles.

Pour ce faire, il est nécessaire que les ressources ambulancières ne soient pas utilisées au maximum de sa capacité, de manière qu'elles puissent être disponibles pour répondre à des appels chronodépendants (P0 et P1).

2. Rôles et responsabilités des parties prenantes

Les établissements territoriaux, Santé Québec et le MSSS travaillent en étroite collaboration pour garantir que toute modification des horaires ou d'ajout d'heures de services ambulanciers soient justifiés, bien planifiés et répondent aux besoins réels de la population. Le processus d'analyse rigoureux et la consultation des parties prenantes permettent de s'assurer que les modifications proposées amélioreront l'accès aux services ambulanciers, réduiront le temps de réponse aux appels chronodépendants et optimiseront les résultats pour les usagers.

Les obligations des établissements territoriaux sont de

- mener une évaluation approfondie des besoins en services ambulanciers dans la zone concernée, et ce, par l'analyse de divers facteurs mentionnés à l'étape 2 du cadre de référence;
- justifier la nécessité de modifier les horaires ou d'ajouter des heures de service. Cette justification doit être étayée par des données probantes et démontrer clairement comment la modification proposée améliorera l'accès aux services ambulanciers, les délais d'intervention et les résultats pour les usagers;

Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers

- mener une analyse approfondie de la portée de la modification proposée sur le service ambulancier existant, et ce, par l'évaluation de l'incidence sur la charge de travail des TAP et l'utilisation des ressources;
- consulter les diverses parties prenantes, notamment les entreprises ambulancières et le CCS afin de recueillir leurs préoccupations concernant la modification proposée;
- soumettre une proposition formelle à Santé Québec pour approbation lorsque le processus de consultations et d'analyse est terminé. La proposition doit inclure tous les détails de la modification proposée, la justification, l'analyse d'incidence, les résultats d'analyse et un plan de mise en œuvre.

Les obligations de Santé Québec sont de

- s'assurer que la proposition est conforme au cadre de référence, car il guide l'orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers;
- procéder à l'évaluation rigoureuse de la proposition soumise en examinant la justification, l'analyse d'incidence, les résultats des consultations et le plan de mise en œuvre de manière à ce que l'évaluation réponde aux besoins réels de la population desservie;
- retenir ou rejeter la proposition;
- soumettre les propositions des établissements territoriaux sous forme de grille de priorisation des demandes (voir annexe 9) incluant la nature de la transformation et les montants associés;
- fournir des directives ou des recommandations pour la mise en œuvre de la modification en cas d'approbation;
- surveiller la mise en œuvre de la modification autorisée et son incidence sur le service ambulancier.

Les obligations du MSSS sont

- d'analyser de manière macroscopique la pertinence des demandes;
- de valider la concordance des demandes reçues avec les enveloppes budgétaires concernées;
- de soumettre les propositions retenues pour approbation au Secrétariat du Conseil du trésor (SCT);
- de confirmer à Santé Québec le financement des modifications autorisées.

Avant de soumettre une demande de modification d'un horaire de faction ou d'ajout d'heures de service, il est de la responsabilité des établissements territoriaux d'effectuer d'abord une analyse opérationnelle liée à la modification d'un horaire de faction et/ou à l'ajout d'heures de service pour évaluer si la demande pourrait être acceptée. L'annexe 8 contient un modèle d'outil d'analyse que chaque établissement territorial peut retrouver dans la base de données du système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ) sous forme d'un rapport d'analyse. Ce dernier permet d'obtenir une vue d'ensemble des aspects opérationnels qui sont pris en considération et des indicateurs utilisés par le comité d'analyse de Santé Québec. Si l'analyse révèle une situation jugée pertinente pour une modification du service, une demande de modification ou d'ajout de ressource peut être acheminée à Santé Québec en respectant les étapes et les éléments de l'évaluation du cadre de référence qui guident l'orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers.

Dans le contexte où les ressources financières et humaines sont limitées, une approche structurée est nécessaire pour optimiser leur utilisation. C'est ainsi qu'une grille de priorisation sera utilisée par Santé

Québec lors de l'analyse de la demande. Elle se basera sur les informations provenant de l'outil d'analyse et du document de la demande. Ces informations permettront d'établir un ordre de priorité objectif et rationnel, assurant ainsi une allocation efficace et équitable des ressources disponibles.

2.1. Étapes et les composantes de la démarche d'évaluation

2.1.1. Étape 1 – Mise en place du processus d'analyse

Le processus d'analyse est enclenché lorsque des enjeux entourant la couverture ambulancière sont observés par l'établissement territorial ou lorsque celui-ci désire effectuer une analyse visant à améliorer les services en place. À la suite de ses observations, l'établissement peut conduire une évaluation transversale.

2.1.2. Étape 2 – Collecte et l'analyse de données

Cette étape est constituée de plusieurs éléments qui faciliteront la mise en place d'un processus durable de modification de la desserte ambulancière qui répond aux besoins régionaux. Les différentes analyses à effectuer par l'établissement territorial sont les suivantes :

- analyse en lien avec les particularités et les considérations régionales;
- analyse démographique;
- analyse des risques (activités touristiques, lieux de villégiature, distances, réseau routier, présence ou non d'un centre hospitalier, etc.);
- analyse de la couverture préhospitalière (déploiement des ressources ambulancières et services des premiers répondants);
- autres types d'analyse visant à optimiser le processus de transformation (paramédecine communautaire, etc.);
- analyse opérationnelle de la desserte ambulancière;
- analyse des besoins et de l'accessibilité de la main-d'œuvre.

2.1.2.1. Analyse démographique

Cette étape vise à déterminer l'augmentation potentielle des appels chronodépendants et à analyser tout autre élément pertinent, comme la présence d'éléments pouvant favoriser la mobilisation optimale des TAP. En voici une liste non exhaustive : le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques, la présence de grands utilisateurs de services préhospitaliers ou de populations vulnérables, etc.

2.1.2.2. Analyse des risques

Cette démarche permet de relever sur un territoire donné les éléments susceptibles d'influencer la desserte ambulancière et plus particulièrement, les délais d'intervention ou encore la disponibilité des ressources pour répondre aux appels chronodépendants. Il est important de préciser si les éléments relevés sont de nature saisonnière, temporaire ou permanente. De même, les risques répertoriés ne doivent pas pouvoir être résorbés par la mise en place de mesures d'atténuation comme la régulation et le triage secondaire, entre autres.

2.1.2.3. Analyse de la couverture préhospitalière

Cette étape, qui mène à l'analyse des priorités d'appels, est réalisée en collaboration avec les partenaires (CCS, entreprises ambulancières, municipalités) et vise à définir la typologie des demandes de service. Pour ce faire, il importe d'effectuer une analyse géomatique pour déterminer la localisation des demandes de service par rapport au positionnement de l'offre, incluant la présence des premiers intervenants et des défibrillateurs externes automatisés (DEA). Cette démarche pourrait révéler l'emplacement idéal d'une éventuelle caserne ou de points d'attente, en fonction des services disponibles dans la région. S'appuyant sur ces informations, une analyse de l'optimisation des ressources doit ensuite être effectuée pour déterminer si les ressources disponibles sont déployées à leur plein potentiel et si elles sont présentes en nombre suffisant (ex. : une zone pourrait bénéficier de la transformation des horaires lorsqu'une ressource en horaire de faction, entourée de collègues affectés à des horaires à l'heure, serait mise à contribution dans un déploiement dynamique). Dans les zones où cohabitent plusieurs ressources en horaires de faction, une analyse sur le partage de la charge de travail entre les différents horaires ainsi que la couverture interzone doit être effectuée.

2.1.2.4. Autres types d'analyse visant à optimiser le processus de transformation

Dans l'analyse, il est nécessaire d'indiquer les projets mis en œuvre, tels que la paramédecine de régulation (triage secondaire et co-évaluation), la paramédecine communautaire, les programmes des premiers répondants ou premiers intervenants. Ces éléments doivent être inclus dans l'analyse en précisant la date de leur mise en place, leur évolution au fil du temps et la valeur ajoutée de chaque projet.

2.1.2.5. Analyse opérationnelle associée à la modification d'un horaire (Annexe 5)

En considérant l'organisation des services régionaux, le premier volet de cette démarche débute par une analyse opérationnelle visant à déterminer le taux de disponibilité des ressources ambulancières pour répondre aux affectations prioritaires dans les meilleurs délais

2.1.2.6. Planification régionale de la main-d'œuvre

Lors de toute demande de modification de la desserte ambulancière, une analyse exhaustive de la situation de la main-d'œuvre paramédicale dans la région doit être effectuée. À la suite de celle-ci, il est important d'évaluer l'effet potentiel de la modification sur l'offre de services dans les régions limitrophes. L'ajout d'heures de service à l'heure pourrait attirer de la main-d'œuvre de l'extérieur mettant à risque l'offre de service des autres services ambulanciers. Cette analyse, qui comprend une évaluation du taux de disponibilité des ressources ambulancières à la suite de la modification, a pour but de vérifier si la proposition peut être mise en œuvre rapidement après l'adoption d'une transformation de la desserte, évitant ainsi toute interruption de service. Si le taux de disponibilité de la ressource ambulancière est élevé, cela pourrait permettre l'intégration des services de la paramédecine communautaire. Étant donné que les modifications peuvent avoir une incidence sur le déploiement dynamique, les changements apportés à ce dernier devront également être justifiés et démontrer leur valeur ajoutée pour le service rendu à la population.

2.1.3. Étape 3 – Options de modification de la desserte ambulancière

Cette étape consiste à analyser la portée des modifications désirées afin de sélectionner les options de transformation convenant le mieux aux besoins des usagers et à ceux de la population. Dans cette section, il convient de présenter l'incidence sur les indicateurs des modifications demandées.

2.1.3.1. *Modification d'un horaire de faction*

Les options possibles :

Transformation complète vers un horaire à l'heure

Ce type de modification consiste en une transformation de l'horaire de faction en horaire à l'heure. Ce modèle prévoit une couverture à l'heure de 24 heures par jour, 7 jours par semaine. La transformation pourrait inclure la paramédecine communautaire pour atteindre le taux d'occupation clinique visé.

Transformation partielle en horaire à l'heure

Ce type de modification consiste en une transformation de l'horaire de faction en un quart de travail à l'heure, d'une durée qui permet d'optimiser l'utilisation de la ressource ambulancière en fonction de la demande sur le territoire.

Transformation en horaire *CoreFlex*

L'horaire de type « *CoreFlex* » inclut typiquement les trois composantes suivantes :

1. une portion d'horaire à l'heure où les TAP sont présents physiquement dans le véhicule ambulancier ou au point de service;
2. une portion en horaire de faction;
3. une portion en repos.

Cet horaire est souvent basé sur une disponibilité de sept jours consécutifs, suivie de sept jours de repos. D'autres modèles peuvent toutefois aussi être utilisés.

2.1.3.2. *Ajout d'heures de service ou de quart de travail à l'heure*

Les options possibles :

a. Ajout de ressources permanentes

L'ajout de ressources permanentes permet d'augmenter le nombre d'heures de service prévu au plan d'organisation d'une entreprise ambulancière.

b. Ajout temporaire de ressources

Ce type d'ajout est basé sur les besoins découlant d'une situation imprévue (ex. : fermeture temporaire d'une salle d'urgence).

c. Ajout d'heures additionnelles en cohérence avec le contrat de service

Un ajout de ressources ponctuel désigne les heures de service non prévues au plan d'organisation des services ou au plan de déploiement, mais convenues avec l'entreprise et autorisées par l'établissement territorial pour répondre aux besoins de la population. Ainsi donc, on peut avoir :

- Un ajout ponctuel de ressources permettant de bonifier l'offre de services pour répondre à un surcroît de travail sporadique, récurrent ou non. Généralement, l'ajout se fait sous la forme d'un quart de travail à l'heure (ex. : Festival western de Saint-Tite).
- Un ajout saisonnier de ressources permettant d'augmenter les heures lors d'une situation spécifique (ex. : augmentation de la population de la Gaspésie en été). Il s'agit d'une mesure temporaire, qui doit être associée à une date de début et à une date de fin.

d. Autres scénarios présentés par l'établissement territorial

La paramédecine communautaire peut maintenant être implantée en tenant compte des considérations et des obligations légales. Celle-ci doit demeurer dans le champ des pratiques établi par la direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence. Cependant, à partir du moment où cela sera possible, il sera obligatoire, pour favoriser l'optimisation de l'utilisation des ressources transformées, que l'établissement territorial intègre toujours la paramédecine dans sa demande.

En effet, cette dernière permettra d'améliorer l'exposition clinique des intervenants dans les zones rurales et d'utiliser les TAP pour maintenir des services de proximité à la population à l'aide de services de paramédecine communautaire.

2.1.4. Étape 4 – Analyse financière régionale

L'analyse financière de l'établissement territorial a pour objectif d'intégrer des services préhospitaliers au sein de son offre de services globale. Elle pourrait également permettre à l'établissement de financer une partie des modifications demandées. Cela pourrait se faire en intégrant des montants en provenance d'autres secteurs, comme le soutien à domicile (SAD) ou les services de première ligne. En effet, l'offre de services préhospitaliers est parfois complémentaire à ces derniers, notamment en ce qui a trait à la paramédecine communautaire. Dans son analyse financière, l'établissement territorial doit effectuer une demande conforme au processus indiqué à l'Annexe 2.

2.1.5. Étape 5 – Réception de la demande par Santé Québec et son analyse par le comité consultatif

La demande de modification d'horaire doit être déposée à Santé Québec une fois par année, soit à compter de la date de verrouillage des charges de travail et au plus tard le 1^{er} septembre de l'année en cours. Cette demande doit être jumelée à l'analyse annuelle de la mobilisation des ressources ambulancières, en cohérence avec le contrat de service.

Les demandes d'ajouts permanents d'heures de service ou de conversion d'horaire doivent être planifiées et budgétées dans le plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence, et ce, en cohérence avec la démarche présentée à l'Annexe 2 et le plan quinquennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence.

Les demandes sont analysées par Santé Québec, puis soumises à un comité consultatif composé des acteurs du système préhospitalier. Il aura la responsabilité d'analyser la recevabilité des différentes demandes soumises par les établissements territoriaux et, au besoin, de proposer des solutions alternatives. Une fois que le comité a terminé l'analyse des différentes demandes, Santé Québec réalisera une grille de

priorisation des demandes incluant les recommandations pour l'optimisation des ressources et les coûts associés à chaque demande de modification d'horaire.

Cette grille est ensuite envoyée au MSSS afin que ce dernier valide les crédits disponibles associés aux modifications d'horaire. Par la suite, une demande de rehaussement de l'offre de services, qui inclue le financement correspondant, est envoyée au Secrétariat du Conseil du trésor (SCT). L'intégration des modifications à l'offre de services est faite par le MSSS en fonction des autorisations et des crédits autorisés par le SCT.

2.1.6. Étape 6 – Le déploiement

Cette étape a pour objectif de mettre en place le déploiement du scénario retenu par Santé Québec et le MSSS, en fonction des autorisations accordées par le SCT. Les demandes retenues par le MSSS font d'abord l'objet d'un processus de priorisation. Une fois terminé, ce processus permet de confier à Santé Québec le mandat d'établir un plan de modification de la desserte ambulancière. Le déploiement associé à une demande d'ajout des ressources permanentes se fera en concordance avec les éléments présents dans l'Annexe 2 du présent cadre.

Advenant le cas où le SCT n'accorde pas la totalité des crédits demandés, une correspondance est envoyée à Santé Québec qui avisera ses établissements territoriaux des modifications qui n'ont pas été retenues. Les établissements territoriaux qui ont reçu un refus à leur demande de modification d'horaire peuvent soumettre à nouveau leur dossier de rehaussement l'année suivante, en prenant soin de mettre à jour leurs analyses.

2.1.7. Étape 7 – Évaluation en continu du modèle de déploiement

Cette étape a pour objectif d'évaluer en continu les nouvelles mesures mises en place afin de s'assurer que celles-ci ont engendré les effets escomptés et que les résultats ont corrigé les problématiques identifiées au début du processus. Une analyse du temps de réponse par priorité d'affectation, de l'exposition clinique des TAP, des modifications importantes du plan d'assurance qualité, entre autres, doit être déposée entre six mois et un an après le déploiement des mesures.

Ainsi, Santé Québec devra procéder à une évaluation subséquente des retombées cliniques, opérationnelles et sur le plan des ressources humaines de chacune des modifications sur la desserte régionale, aux intervalles suivants après la mise en œuvre : 3 mois, 6 mois, 12 mois et 24 mois. Le résultat des analyses doit être acheminé à la DSPU à l'adresse courriel suivante : bprp.spu@msss.gouv.qc.ca pour chaque étape, à titre de reddition de comptes sur les montants investis.

Annexes

Annexe 1

Demande de transformation d'un horaire de faction

La demande de transformation d'un horaire de faction doit contenir les éléments suivants :

1. la description et la justification du besoin de modification de l'horaire de faction ainsi que les résultats attendus par celle-ci, incluant le portrait opérationnel des services préhospitaliers (projet, cadre protocole mis en place);
2. les résultats détaillés de la collecte et de l'analyse des données;
3. la détermination des options de transformation retenues, ainsi que l'argumentaire soutenant cette décision;
4. la détermination et la gestion des enjeux sociopolitiques;
5. l'analyse de la main-d'œuvre disponible;
6. la planification de la gestion de la communication et du changement;
7. le montage financier détaillé des coûts associés à cette transformation.

Annexe 2

Demande d'ajout de ressources ambulancières

Lorsqu'un établissement territorial cible un problème qu'il estime être lié à un manque de ressources à l'heure, celui-ci doit entreprendre une analyse transversale lui permettant d'en déterminer les causes possibles, et mettre ensuite en œuvre des actions concrètes visant à corriger la situation (cible et procédures). Ces actions devraient être encadrées par Santé Québec avec un suivi d'une période pouvant s'échelonner sur 2 à 3 ans. Les mesures mises en place devraient permettre d'éliminer le problème ou d'en atténuer la portée. À la suite de ce processus, si la situation problématique persiste toujours, l'établissement territorial pourra déposer son projet d'ajout permanent de ressources à l'heure afin que celui-ci soit évalué dans le cadre de l'étape 5 — La réception de la demande par le MSSS et son analyse par le comité consultatif.

La demande doit contenir les informations suivantes :

1. la description et la justification du besoin d'ajout de ressources, incluant le portrait opérationnel des services préhospitaliers (projet, cadre protocole mis en place);
2. les résultats détaillés de la collecte et de l'analyse des données des trois dernières années, incluant le taux d'utilisation clinique global réel et les temps de réponse (P0, P1,);
3. le rapport d'activités issu du plan d'action qui a été préalablement mis en place dans le but d'apporter des solutions pour optimiser l'efficacité des ressources en place;
4. la détermination des options d'ajout de ressources retenues ainsi que l'argumentaire associé à la démarche;
5. l'analyse de la main-d'œuvre disponible;
6. le montage financier détaillé des coûts reliés à l'ajout de ressources.

Annexe 3 :

Taux moyen en occupation clinique

Le taux moyen en occupation clinique des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) est représenté par le ratio entre le temps d'utilisation clinique des ressources (de l'affectation [H5] jusqu'à la remise en disponibilité [H15]) et le nombre d'heures prévues dans le plan d'organisation (HSA). Ce taux constitue un indicateur parmi d'autres permettant de suivre l'utilisation des ressources ambulancières.

Historiquement, avant l'entrée en vigueur des présentes orientations, le taux moyen en occupation clinique (TUC) était utilisé comme principal indicateur de performance pour mesurer l'utilisation des ressources ambulancières. Des cibles traditionnelles avaient été établies, soit 8,93 minutes par heure pour les horaires de faction (environ 25 heures par semaine, ou 14,88 % des heures de service autorisées) et 30 minutes par heure pour les horaires à l'heure (50 % des heures de service autorisées). Toutefois, ces cibles historiques ne peuvent aujourd'hui être considérées comme des cibles officielles ou normatives. Elles servent uniquement de référence contextuelle dans l'évaluation des performances et doivent être interprétées en complément avec d'autres indicateurs pertinents.

Ces cibles historiques étaient destinées à assurer un équilibre entre l'utilisation des ressources disponibles et leur capacité à répondre à la demande. Il est important de noter que lorsque les taux moyens en occupation clinique atteignent ou dépassent 100 %, cela peut indiquer une intensité d'utilisation élevée, mais ce seul indicateur ne justifie pas automatiquement l'ajout de ressources. Une analyse approfondie, prenant en compte plusieurs indicateurs complémentaires, est nécessaire pour évaluer l'adéquation des ressources, notamment en considérant les délais d'arrivée sur les lieux pour les cas chronodépendants.

À ce jour, les observations démontrent qu'un dépassement du taux moyen en occupation clinique ne s'accompagne pas d'une augmentation des délais d'intervention pour les appels urgents ou chronodépendants, et ne représente pas en soi un risque accru pour la population. La vigilance reste toutefois de mise pour évaluer les impacts potentiels sur la performance globale du service.

Enfin, la cible de temps d'occupation clinique fait l'objet d'une analyse continue par l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS), et elle pourrait être ajustée dans les prochaines années pour mieux refléter la réalité des besoins et des ressources disponibles.

Annexe 4

Débordement d'un horaire de faction

- **Règle des 16 heures :**

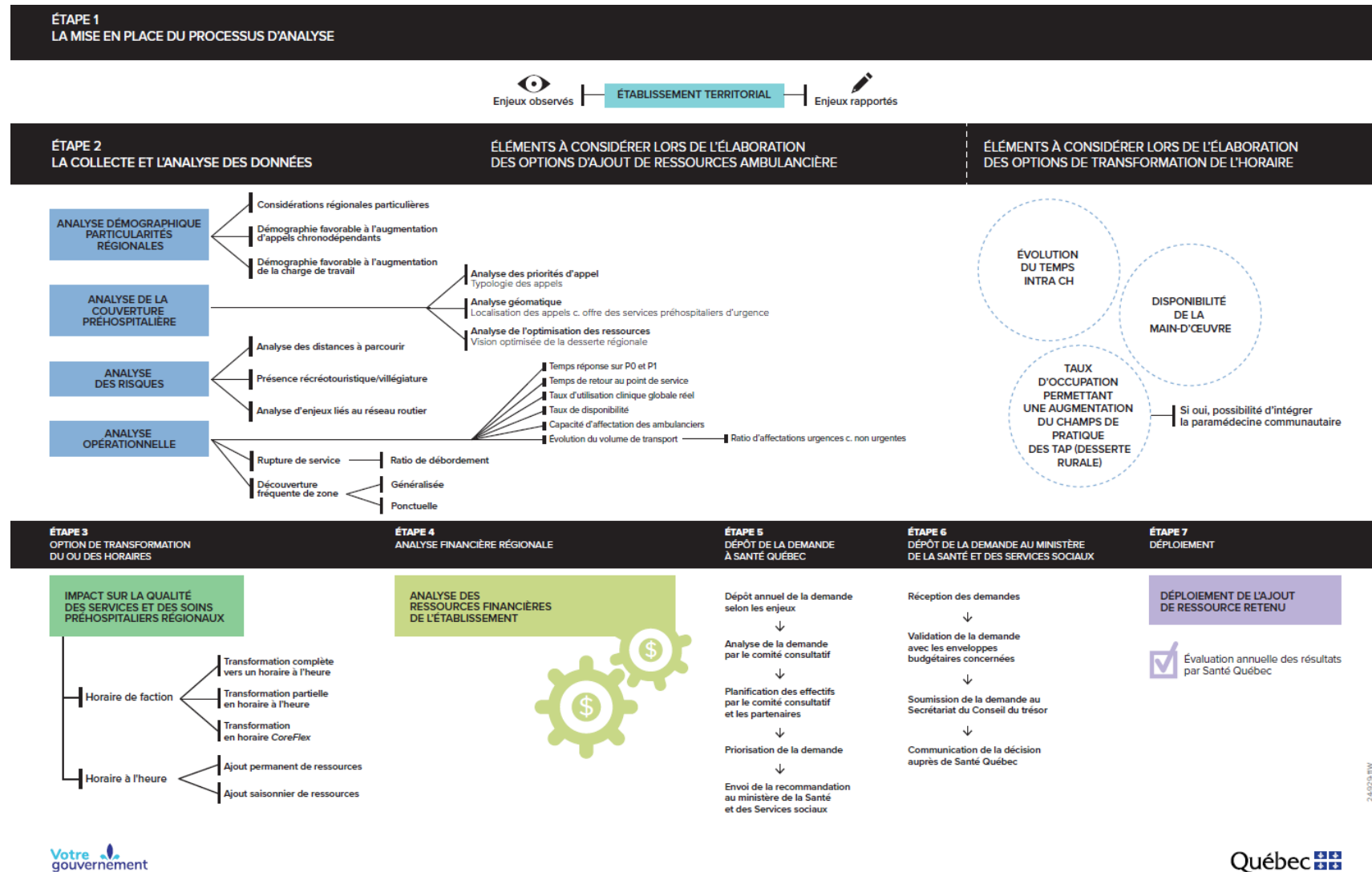
« Lorsqu'un technicien ambulancier paramédical travaillant sur un horaire de faction accumule plus de 12 heures de travail continu à l'intérieur de sa période de faction sans avoir pu bénéficier d'une période de 4 heures de repos consécutives, une période de repos de 8 heures doit être donnée au plus tard 4 heures après la douzième heure de travail, c'est-à-dire au plus tard à la 16e heure de travail continu. » (CNESST, 2012)

- **Règle des 24 heures :**

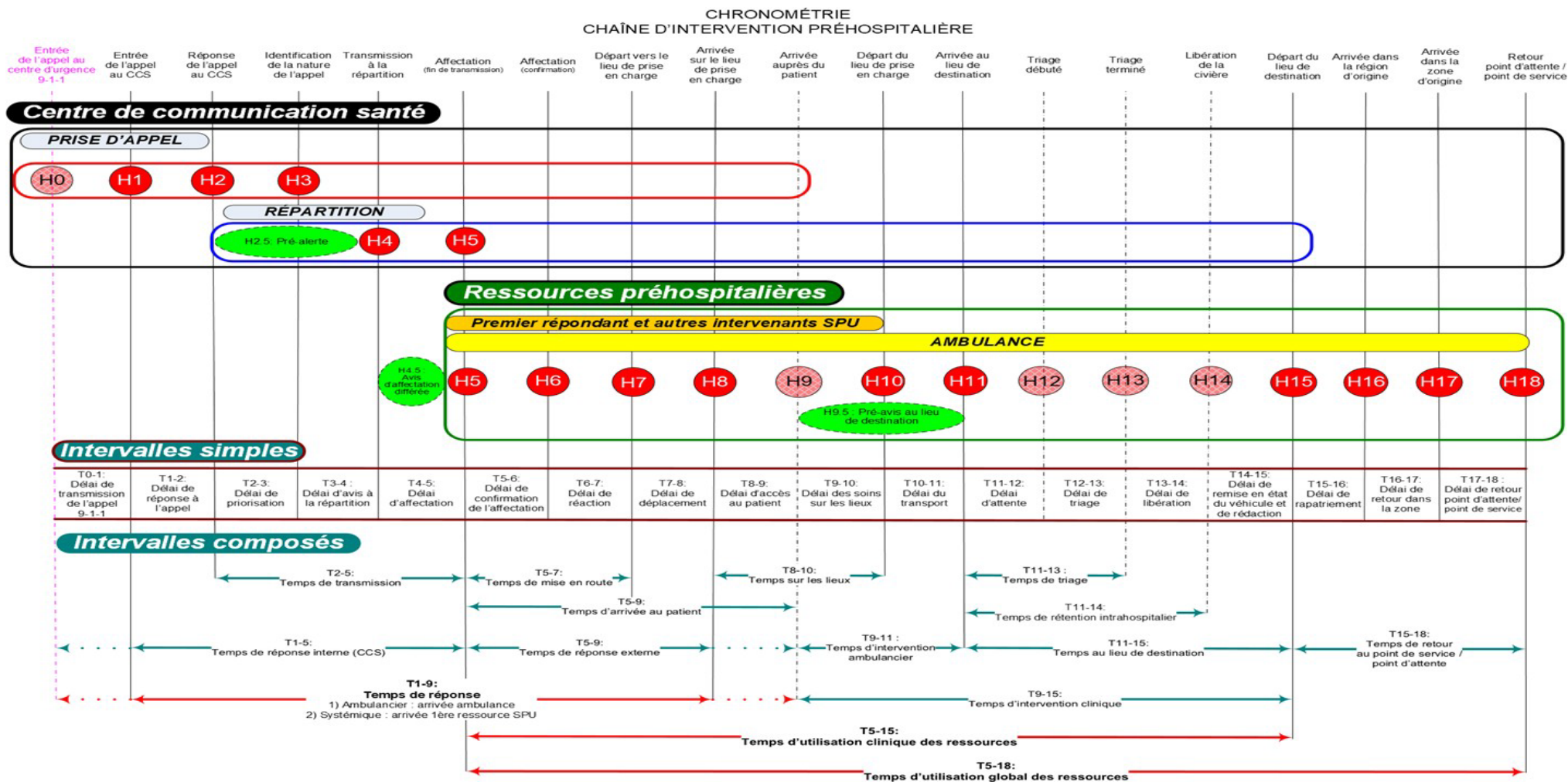
« Lorsqu'un technicien ambulancier paramédical travaillant sur un horaire de faction n'a pas pu bénéficier d'une période de repos de 8 heures consécutives durant les 24 dernières heures à l'intérieur de sa période de faction, une période de repos de 8 heures doit être donnée au plus tard à la 25^e heure. » (CNESST, 2012)

« On entend par "heures de repos", toute période durant laquelle les services du technicien ambulancier paramédical n'ont pas été requis pour procéder aux inspections quotidiennes exigées (inventaire, mécanique), pour nettoyer le véhicule ambulancier et les équipements, pour répondre à un appel ou à une affectation donnée par le centre de communication santé ou l'équivalent, ou pour donner suite à une demande de déplacement de la part de l'employeur. » (CNESST, 2012)

Annexe 5



Annexe 6



Annexe 7



Direction générale du personnel réseau et ministériel

PAR COURRIER ÉLECTRONIQUE

Québec, le 21 décembre 2017

AUX REPRÉSENTANTS DES ASSOCIATIONS DE SALARIÉS REPRÉSENTANTS LES TECHNICIENS AMBULANCIERS

Madame,
Monsieur,

En suivi des discussions que nous avons eues le 29 novembre dernier, nous souhaitons confirmer certains éléments en lien avec les questions entourant l'organisation des services préhospitaliers au Québec.

Dans le cadre des responsabilités qui incombent au ministre de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, ce dernier a annoncé au cours des dernières semaines plusieurs mesures afin d'améliorer la couverture des services ambulanciers au Québec. Ces annonces convergent également vers un objectif d'analyse de la performance de l'ensemble du secteur préhospitalier et permettra de mesurer et de comparer plusieurs éléments entre eux dans une perspective d'efficience.

Celles-ci se veulent objectives et concrètes pour l'ensemble des intervenants du secteur préhospitalier d'urgence. C'est en réponse aux demandes des intervenants de mettre en place des mesures formelles depuis de nombreuses années que le ministre introduit dorénavant des mesures structurantes pour le réseau des services préhospitaliers.

Il est essentiel de rappeler que ces mesures seront appliquées de façon uniforme annuellement et permettront à tous un chacun de bien comprendre leur application. Nous vous rappelons donc ces différentes mesures :

1. Dans les zones de couverture ambulancière où cohabitent des horaires de faction avec des horaires à l'heure, une transformation des horaires de faction sera effectuée dès que la zone atteint un volume de transports annuels de 3 000 transports et plus;

... 2

Québec
1005, chemin Sainte-Foy, 4^e étage
Québec (Québec) G1S 4N4
Téléphone : 418 266-8400
Télécopieur : 418 266-8406

2. Dans les zones où il n'y a que des horaires de faction et que le taux d'utilisation clinique¹ des ressources dépasse 100 %, ce qui représente 25 heures par semaine d'occupation clinique pour les techniciens ambulanciers paramédics, il y aura réajustement de l'offre de service, soit par une transformation des horaires ou un ajout de ressources;
3. Les horaires de faction dont le temps de transport des équipes de faction² dépasse annuellement une moyenne de 28 heures par semaine;

Pour cette mesure, l'analyse effectuée se poursuivra dans les 3 prochains mois afin de vérifier les données pour l'ensemble des équipes de faction. Advenant que le seuil fixé est dépassé, il y aura transformation de ces horaires au cours de l'année 2018;

4. Les zones à horaires de faction seulement, qui présentent un taux d'utilisation clinique des ressources se situant entre 90 % et 100 % ou qui comptent entre 2500 et 3000 transports par année feront l'objet de surveillance annuelle, afin d'anticiper les réajustements au niveau de l'offre de service;
5. Dans les zones exclusivement couvertes par des horaires à l'heure qui dépassent un taux d'occupation clinique de 90 %, il y aura des ajouts d'heures de service et / ou des ajouts de véhicules.

Dans le cadre de l'application de ces différentes mesures, le ministre rendra disponible aux différents intervenants, l'ensemble des données en lien avec les zones de couvertures et les équipes de faction afin de suivre annuellement l'atteinte des seuils fixés, et ce, dans le but de suivre l'application des mesures énoncées précédemment. Ces données seront :

1. Le taux d'utilisation clinique par zone;
2. Pour les horaires de faction :
 - Le nombre d'affectations;
 - Le nombre de transports;
 - Le nombre de transports annulés;
 - Le temps moyen par transport;
 - Le temps moyen par transport annulé;
 - Le nombre de débordement, sous réserve des informations disponibles.

... 3

¹ Pour des fins illustratives : Calcul effectué du moment de l'affectation jusqu'à la remise en disponibilité

² Pour des fins illustratives : Calcul effectué du moment de l'affectation jusqu'au retour au point de service. Pour les transports annulés, on tient compte du temps moyen des transports annulés de l'équipe en question

Dans un souci de transparence et de collaboration, les intervenants pourront poser des questions ou soumettre leurs préoccupations à l'égard des pistes d'amélioration de la performance des services préhospitaliers d'urgence sur le territoire québécois.

Comme mentionné précédemment, la couverture des services préhospitaliers d'urgence demeure la prérogative du ministre mais dans un souci d'amélioration continue des services, il convient de mettre en place les mesures énoncées précédemment.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Le sous-ministre adjoint,

Marco Thibault

c. c. M. Michel Bureau, ministère de la Santé et des Services sociaux
M. Philippe Matteau, ministère de la Santé et des Services sociaux
Mme Marie Simard, ministère de la Santé et des Services sociaux

N/Réf. : 17-RM-00353

Orientation ministérielle sur la desserte des services ambulanciers

Annexe 8

Outil d'analyse de la desserte ambulancière

(Données inscrites à titre d'exemple)

	Indicateurs	2019-2020	2022-2023	Variation	Commentaires
Volumétrie	Global	Nombre total d'affectations	13591	13866	↑ 2,0%
		Ratio affectation pop c. réseau	10,6	11,2	0,6
	Population	Affectations populationnelles	12422	12731	↑ 2,5%
		Affectations prioritaires	6436	4698	▶ -27,0%
		Affectations urgentes et non urgentes	5986	8033	▶ 34,2%
		Ratio affectations prioritaires c. urgentes et non urgentes	1,1	0,6	-0,5
	Réseau	Affectations Réseau	1169	1135	↓ -2,9%
		Affectations prioritaires et urgentes	385	361	▶ -6,2%
		Affectations non urgentes	784	774	▶ -1,3%
		Ratio affectation non urgentes c. prioritaires et urgentes	2,0	2,1	▶ 0,1
Chronométrie	Global	Temps au lieu de destination -(intra CH, H11-H15)-	00:33:18	00:37:04	+00:03:46
		Temps de retour au point de service/point d'attente (H15-H18) P0 à P8	00:01:22	00:07:35	+00:06:13
	Population	Temps réponse de la RA pour P0-P1 (H5-H8)	01:18:00	01:26:00	+00:08:00
		Temps de retour au point de service/point d'attente (H15-H18) P0-P1-P3-P4-P7	00:33:31	00:37:18	+00:03:47
	Réseau	Temps de retour au point de service/point d'attente (H15-H18) P2-P5-P6-P8	00:00:48	00:15:32	+00:14:44
Charge de travail	Global	Taux de disponibilité des RA	61,8%	53,9%	-12,8%
		le taux d'utilisation clinique global réel	38,2%	46,1%	20,7%
		Capacité d'affectation des RA	0,6	1,6	↓
Déploiement	Global	Ratio de débordement			À compléter via GESTRED par le coordonnateur SPU dans son analyse
		Pourcentage de bris de service			À compléter via GESTRED par le coordonnateur SPU dans son analyse
		Distance moy/affectation	11,08	11,35	
		CDT effectuées hors Zones	5%	2%	-3%
		CDT effectuées dans Zone	95%	98%	3%
	Population	Distance moy/affectation	9,45	9,77	
	Réseau	Distance moy/affectation	28,27	29,94	
CH	Présence CH dans la zone	NON	OUI		
	Global		X		

