

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

AVIS SUR L'OPPORTUNITÉ  
D'INTÉGRER LES **TECHNICIENS  
AMBULANCIERS PARAMÉDICS**  
AU SYSTÈME PROFESSIONNEL

Mars 2026



Ce rapport a été rédigé et produit par l'Office des professions du Québec.

800, place D'Youville, 10<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 5Z3  
Téléphone : 418 643-6912  
Sans frais : 1 800 643-6912  
Courriel : [courrier@opq.gouv.qc.ca](mailto:courrier@opq.gouv.qc.ca)

© Gouvernement du Québec, 2026

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 de l'Office des professions 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 indiquer la source.

OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC

AVIS SUR L'OPPORTUNITÉ  
D'INTÉGRER LES **TECHNICIENS  
AMBULANCIERS PARAMÉDICS**  
AU SYSTÈME PROFESSIONNEL

Mars 2026

## SOMMAIRE EXÉCUTIF

En vertu de son mandat, l'Office des professions du Québec (Office) conseille le gouvernement sur la constitution de nouveaux ordres ou l'intégration de groupes professionnels au sein d'ordres existants, conformément aux facteurs prévus à l'article 25 du *Code des professions*.

Le présent avis vise à éclairer la décision gouvernementale quant à l'opportunité d'intégrer les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) au système professionnel.

Depuis quelques années, les démarches se sont multipliées en ce sens. Certains enjeux ont été identifiés par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) en 2022 dans la [Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence](#). L'historique du développement des services préhospitaliers d'urgence (SPU) est présenté à l'[annexe I](#).

À la suite d'audits de performances menés en 2025 auprès de services ambulanciers, le Vérificateur général du Québec (VGQ) a mis en lumière d'importantes lacunes dans le contrôle de la qualité des interventions et des difficultés de mise en œuvre des SPU.

Compte tenu des risques de préjudice sérieux pouvant être associés directement à l'intervention des TAP, l'Office a mené une consultation au cours de l'année 2025 auprès des acteurs concernés du système préhospitalier.

Considérant le large consensus en faveur de l'encadrement professionnel des TAP et l'analyse confirmant que les critères de l'article 25 s'appliquent pleinement à leurs activités, l'Office recommande au gouvernement d'intégrer les TAP au système professionnel.

Notons que les modalités d'encadrement ne seront pas abordées dans le cadre du présent avis, mais discutées au sein d'un comité de transition qui sera mis sur pied, dans l'éventualité où cette recommandation est entérinée par le gouvernement.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>SOMMAIRE EXÉCUTIF</b> .....	4
<b>LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES</b> .....	6
<b>DEMANDE D'ENCADREMENT ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PROFESSION</b> .....	7
1.1 DEMANDE D'ENCADREMENT.....	7
1.2 CHAMPS D'EXERCICE ET ACTIVITÉS AUTORISÉES.....	7
1.3 FORMATION ET DROIT DE PRATIQUE.....	8
1.4 PROFIL DE PRATIQUE ET ENCADREMENT ACTUEL.....	8
1.5 L'ENCADREMENT DES TAP DANS D'AUTRES PROVINCES.....	8
1.6 PERSPECTIVES DE LA PROFESSION.....	9
<b>ANALYSE DE LA DEMANDE D'ENCADREMENT PROFESSIONNEL AU REGARD DE L'ARTICLE 25 DU CODE DES PROFESSIONS</b> .....	11
2.1 LES CONNAISSANCES REQUISES.....	11
2.2 LE DEGRÉ D'AUTONOMIE ET LA DIFFICULTÉ DE PORTER UN JUGEMENT.....	11
2.3 LE CARACTÈRE PERSONNEL DES RAPPORTS AVEC LE PATIENT.....	12
2.4 LA GRAVITÉ DU PRÉJUDICE OU DES DOMMAGES QUI POURRAIENT ÊTRE SUBIS.....	12
2.5 LE CARACTÈRE CONFIDENTIEL DES RENSEIGNEMENTS.....	12
<b>LES ENJEUX DE L'ENCADREMENT ACTUEL DES TAP</b> .....	13
<b>RÉSUMÉ DE LA CONSULTATION</b> .....	15
<b>CONCLUSION</b> .....	16
<b>RECOMMANDATIONS</b> .....	17
<b>Annexe I</b>	
<b>Historique du développement des services préhospitaliers d'urgence</b> .....	19
<b>Annexe II</b>	
<b>Rôles et responsabilités du MSSS et de Santé Québec relativement à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence</b> .....	20
<b>Annexe III</b>	
<b>Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence</b> .....	22
<b>Annexe IV</b>	
<b>Écosystème préhospitalier québécois</b> .....	24
<b>Annexe V</b>	
<b>Encadrement des techniciens ambulanciers paramédics dans les autres provinces canadiennes</b> .....	25
<b>Annexe VI</b>	
<b>Questions issues du « Document de consultation »</b> .....	26

## LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

CNTSPU : Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

DMN : Directeur médical national

DMR : Directeur médical régional

LSPU : *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (RLRQ, c. S-6.2)*

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PNIC : Programme national d'intervention clinique

RAPSU : *Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence*

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic

## 1

## DEMANDE D'ENCADREMENT ET CARACTÉRISTIQUES DE LA PROFESSION

### 1.1 Demande d'encadrement

La plus récente demande d'encadrement des TAP a été déposée à l'Office en 2020 par la Corporation des paramédics du Québec (CPQ). Fondée en 2015, la CPQ est une organisation à but non lucratif qui a pour mission de promouvoir la professionnalisation des TAP au Québec. Elle vise à valoriser l'avancement de la profession ainsi que le développement de leurs compétences en gardant au cœur de ses préoccupations l'éthique et l'intérêt du public.

Cette volonté de protéger le public par la mise en place d'un ordre professionnel pour les TAP a été appuyée et portée par le MSSS, notamment en 2022 avec la publication de la [Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence – Une transformation au bénéfice de tous](#). Il importe de souligner que l'encadrement actuel des TAP est assuré par le MSSS et par Santé Québec. Les rôles et responsabilités de chacun relativement à l'organisation des SPU sont présentés à l'[annexe II](#).

### 1.2 Champs d'exercice et activités autorisées

Le champ d'exercice des TAP est défini par [l'article 65 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence \(LSPU\)](#) :

*« Un technicien ambulancier fournit à une personne dont l'état requiert l'intervention des services préhospitaliers d'urgence les soins nécessaires conformément aux protocoles d'intervention clinique élaborés par le directeur médical national.*

*Le technicien ambulancier vérifie chez la personne concernée la présence de signes ou symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de l'état de cette personne et, le cas échéant, la transporte avec diligence vers un centre exploité par l'établissement receveur désigné ou entre des installations maintenues par un ou des établissements. »*

Dans l'exercice de leurs fonctions, les TAP doivent respecter les protocoles cliniques et participer à l'encadrement médical régional établi. De plus, ils peuvent exercer des activités professionnelles déjà réservées et partagées avec d'autres professionnels de la santé, dont les médecins et les infirmières. Ces activités, autorisées en vertu du [Règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence \(RAPSU\)](#), sont présentées à l'[annexe III](#).

### 1.3 Formation et droit de pratique

Au Québec, les TAP peuvent exercer leurs activités professionnelles à deux niveaux, soit en soins primaires et en soins avancés. Leur formation initiale repose sur l'obtention du diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence (181.A1). D'une durée de trois ans, ce programme est offert dans quinze cégeps. Des équivalences peuvent être reconnues par le directeur médical national (DMN). Les candidats doivent aussi détenir un permis de conduire de classe 4A.

En plus du diplôme, l'accès à la pratique exige la réussite du Programme national d'intervention clinique (PNIC), composé d'un examen théorique, d'un module sur l'éthique et les responsabilités légales, ainsi que d'un programme d'intégration professionnelle en milieu de travail. La réussite de ces trois volets, qui doit survenir dans un délai maximal de deux ans, mène à l'inscription officielle au registre national et à l'autorisation d'exercer.

Pour exercer au niveau avancé, les TAP inscrits au registre doivent détenir un diplôme universitaire de 1<sup>er</sup> cycle en soins préhospitaliers d'urgence. Jusqu'en 2023, seule l'Université de Montréal offrait ce programme de soixante crédits, mais les admissions sont suspendues depuis l'arrêt de son financement par le MSSS.

Enfin, pour maintenir leur droit de pratique, les TAP doivent compléter, sur un cycle de quatre ans, l'ensemble des activités de formation continue obligatoires définies par le DMN, afin de favoriser la mise à jour constante de leurs compétences.

### 1.4 Profil de pratique et encadrement actuel

Au 1<sup>er</sup> avril 2025, le Québec comptait 6317 TAP inscrits au registre national, ayant réalisé près d'un million d'interventions en 2023, dont environ 75 % avec transport. L'encadrement actuel des TAP repose sur un dispositif déjà structuré par le MSSS et par Santé Québec, qui appliquent la LSPU et son règlement sur l'inscription au registre national. Les rôles et responsabilités des principaux acteurs de l'écosystème préhospitalier québécois, dont les directeurs médicaux aux niveaux national et régional, les centres de communication santé, les services ambulanciers publics et privés, les TAP ainsi que leurs syndicats, sont présentés aux annexes [II](#) et [IV](#).

### 1.5 L'encadrement des TAP dans d'autres provinces

Dans les autres provinces canadiennes, l'encadrement des TAP varie selon la législation et le degré d'autorégulation. L'Alberta, le Manitoba, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et la Saskatchewan confèrent aux TAP une autonomie professionnelle au moyen de lois spécifiques. En revanche, la Colombie-Britannique et l'Ontario encadrent les TAP par des réglementations provinciales sans autorégulation, ce qui limite leur autonomie. Ainsi, le paysage canadien révèle une mosaïque de modèles où certaines provinces valorisent l'autorégulation des TAP, tandis que d'autres privilégient un encadrement plus centralisé par l'État. Un tableau récapitulatif est présenté à l'[annexe V](#).

## 1.6 Perspectives de la profession

Au fil des ans, les protocoles d'intervention clinique, obligatoires et approuvés par le ministre, ont évolué vers une approche centrée sur le jugement clinique des TAP, permettant une adaptation plus fine aux situations d'urgence : arrêt cardiaque, choc anaphylactique, hypothermie, etc. Les TAP sont appelés à élargir leur rôle dans le système de santé, notamment en s'orientant vers deux axes complémentaires :

- La paramédecine communautaire, qui rapproche les soins du milieu de vie des patients en favorisant la promotion de la santé, la prévention et le traitement;
- La paramédecine de régulation, qui optimise la gestion des demandes préhospitalières.

Cette diversification des pratiques vise à améliorer l'accès aux soins, à accroître l'efficacité du réseau et à répondre aux besoins croissants de la population, plaçant ainsi les TAP, non seulement comme intervenants d'urgence, mais aussi comme acteurs essentiels de la prévention, de la continuité des soins et de la transformation globale du système de santé.



## 2

## ANALYSE DE LA DEMANDE D'ENCADREMENT PROFESSIONNEL AU REGARD DE L'ARTICLE 25 DU CODE DES PROFESSIONS

Les cinq facteurs de l'article 25 servent d'assise pour évaluer l'opportunité d'intégrer les TAP au système professionnel.

### 2.1 Les connaissances requises

Les connaissances requises correspondent au savoir essentiel que doivent maîtriser les TAP pour accomplir leurs activités professionnelles. Elles constituent la base de l'autogestion, de l'encadrement et du contrôle par les pairs pour assurer la qualité et la sécurité des interventions. Ces connaissances spécialisées permettent aux TAP d'agir avec autonomie et rigueur dans un contexte où la précision et la rapidité de décision sont cruciales.

Dans la pratique, les TAP en soins primaires doivent être capables d'intervenir dans une grande variété de situations<sup>1</sup> : universelles (choc ou insuffisance respiratoire), médicales (AVC, convulsions, intoxications), traumatiques (blessures, hémorragies), de réanimation (arrêt cardiorespiratoire, obstruction des voies respiratoires), gynéco-obstétricales (accouchements et complications), environnementales (brûlures, hypothermie, électrisation), ou encore impliquant des victimes multiples. Pour répondre efficacement dans ces contextes, ils doivent posséder des connaissances approfondies en soins médicaux d'urgence, en anatomie, en physiologie et en techniques de réanimation. Ces connaissances leur permettent d'adapter leurs interventions à des circonstances variées et souvent critiques.

### 2.2 Le degré d'autonomie et la difficulté de porter un jugement

Le degré d'autonomie des TAP est élevé, malgré l'obligation de suivre les protocoles établis et leur déploiement par un centre de communication santé ou des répartiteurs médicaux d'urgence ([annexe IV](#)). Dans la pratique, ils travaillent en binôme, souvent sans supervision directe, et doivent évaluer eux-mêmes l'état du patient pour déterminer le traitement approprié, ce qui influence directement le pronostic vital. Comme ils représentent la seule ressource clinique capable d'assurer le transport médical d'urgence au Québec, la population dépend entièrement de leurs interventions.

De plus, cette autonomie rend leur pratique difficile à juger pour un observateur externe. Les TAP interviennent dans des contextes urgents, instables et imprévisibles, où ils doivent prendre des décisions rapides basées sur des protocoles médicaux et une formation pointue. Leur travail est encadré par des normes d'éthique et des responsabilités légales souvent méconnues du grand public, ce qui peut entraîner une mauvaise interprétation de leurs gestes par des non-initiés ou même par des professionnels extérieurs à ce domaine.

1 Ministère de la Santé et des Services sociaux (2025). [Protocoles d'intervention clinique à l'usage des paramédics en soins primaires](#).

### **2.3 Le caractère personnel des rapports avec le patient**

Les TAP interviennent dans des contextes souvent critiques, d'urgence ou de détresse, où les patients sont vulnérables, tant sur le plan physique que psychologique. Cette dynamique crée une relation marquée par une dépendance directe d'une personne envers le jugement, les compétences et l'intégrité du TAP qui lui prodigue des soins. Sans l'avoir choisi, elle doit néanmoins lui accorder une confiance totale et immédiate, car sa santé, voire sa vie, peut en dépendre. Bien que le temps de prise en charge et de transport limite le développement de rapports personnels, les TAP peuvent être appelés à entrer dans le domicile des patients, leur milieu de travail ou de loisir. Un contact étroit peut donc s'établir, malgré son caractère ponctuel.

### **2.4 La gravité du préjudice ou des dommages qui pourraient être subis**

Il importe de souligner que les activités réservées et partagées avec d'autres professionnels de la santé, dont les médecins et les infirmières, en vertu du RAPSU ([annexe III](#)), sont *de facto* considérées comme étant à risque. Rappelons aussi qu'en tant que premiers intervenants sur les lieux d'un événement, les TAP doivent agir rapidement dans des situations d'urgence variées, auprès de patients de tous âges et présentant diverses conditions. Ils sont appelés à apprécier l'état clinique d'une personne, à poser un jugement sur sa condition et à appliquer les protocoles de soins appropriés. Leurs décisions et gestes sont souvent cruciaux pour la survie ou la santé des patients. Une erreur ou une mauvaise exécution de leur part peut donc entraîner des conséquences graves, voire fatales. De plus, leur travail s'effectue dans des environnements non contrôlés tels que la voie publique, les domiciles, les lieux accidentés, etc. qui augmentent les risques d'erreurs ou de complications.

### **2.5 Le caractère confidentiel des renseignements**

Dans le cadre de leurs interventions, souvent en contexte d'urgence, les TAP recueillent et traitent des renseignements personnels sensibles tels que des antécédents médicaux, des diagnostics, des traitements en cours ou encore de l'information liée à la santé mentale, à la consommation de substances ou à des situations familiales délicates. Obtenues des patients dans des moments de grande vulnérabilité, ces données doivent être traitées avec la même confidentialité que celles détenues par les autres professionnels de la santé. Le respect du secret professionnel est donc essentiel afin de préserver la dignité des personnes soignées et la confiance du public.

À la lumière de l'analyse qui précède, l'Office est d'avis que les TAP répondent aux cinq facteurs de l'article 25 du *Code des professions*. Ceux-ci ne peuvent toutefois justifier à eux seuls une recommandation favorable à l'encadrement par le système professionnel pour assurer la protection du public. La capacité d'autorégulation des membres d'une profession constitue un critère de premier ordre. Elle implique qu'ils puissent élaborer leurs propres règlements, s'autofinancer et s'autodiscipliner. Puisque la structure des SPU semble bien établie et que les activités déjà circonscrites dans la LSPU font l'objet d'une certaine supervision, l'autorégulation pourrait constituer un changement de paradigme pour les TAP. En outre, dans le cas où un modèle d'encadrement existe déjà, il importe de démontrer les enjeux et les limites que ce dernier présente.



### 3

## LES ENJEUX DE L'ENCADREMENT ACTUEL DES TAP

Au cours des dernières années, la pertinence d'intégrer les TAP au système professionnel québécois est évoquée à maintes occasions, notamment pour faciliter l'encadrement médical actuel, jugé lourd et complexe.

Rappelons que dès 2014, le rapport du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) créé par le MSSS, révélait des lacunes et soulignait la nécessité de renforcer l'encadrement médical, de clarifier les responsabilités des acteurs et de mieux définir le rôle des TAP. Les travaux de suivi ont mis en évidence une variabilité régionale de l'encadrement médical, un manque d'harmonisation de la formation et des problèmes de standardisation des connaissances, entraînant un taux d'échec élevé au PNIC. La formation continue souffrait également de problèmes d'organisation et de disponibilité, ce qui limitait les possibilités d'évolution de carrière des TAP.

En 2022, le MSSS déposait la [Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence](#) pour améliorer les services, les rendre plus accessibles et mieux utiliser les ressources disponibles. L'un des objectifs de cette politique était de mettre sur pied un ordre professionnel des TAP afin d'accroître la protection du public. En 2024, le [Plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence 2023-2028](#) proposait des mesures concernant la professionnalisation et l'évolution l'évolution des SPU.

Enfin, dans un rapport déposé en 2025, le Vérificateur général du Québec (VGQ) a signalé d'importantes lacunes dans le contrôle de la qualité des interventions, notamment un suivi insuffisant des protocoles cliniques, l'utilisation d'un logiciel d'assurance qualité désuet, privant certains établissements d'un contrôle de la qualité efficace ainsi que de trop longs délais dans la rétroaction donnée aux TAP. Ces conditions peuvent entraîner des conséquences graves et compromettre la sécurité des patients.

Ainsi, malgré les efforts déployés au fil des ans pour relever les défis auxquels font face les SPU, les constats récents persistent à révéler des enjeux liés à la complexité inhérente aux fonctions et aux responsabilités des TAP, au caractère urgent de leurs interventions ainsi qu'à la fréquence des situations potentiellement préjudiciables pour la sécurité du public.

Si la création d'un ordre professionnel permettait de mieux protéger le public en assurant la qualité et la sécurité des SPU par un encadrement rigoureux (adoption d'un code de déontologie, meilleur contrôle de la formation continue obligatoire, mécanismes disciplinaires, etc.), l'implication des principaux acteurs du système préhospitalier concernés serait une condition essentielle pour assurer une période de transition harmonieuse entre le modèle d'encadrement actuel et la création d'un ordre professionnel.

Compte tenu des enjeux et des risques de préjudice sérieux pouvant être associés directement à l'intervention des TAP, et des facteurs à considérer à l'issue de ces analyses, l'Office a mené une consultation auprès des principaux acteurs du SPU.





# 4

## RÉSUMÉ DE LA CONSULTATION

La consultation menée par l'Office durant l'été 2025 avait pour but de valider et d'enrichir l'information concernant l'opportunité d'encadrement professionnel des TAP ainsi que d'explorer les modalités d'encadrement envisageables à une étape ultérieure. Les questions qui ont été posées aux acteurs des services préhospitaliers concernés et aux parties prenantes sont présentées à l'annexe [VI](#).

La majorité des répondants, incluant des ordres professionnels, des centres de santé et des établissements d'enseignement, soutiennent fortement la création d'un ordre professionnel distinct pour les TAP afin d'assurer une meilleure protection du public et d'encadrer l'élargissement de leur champ de pratique. Ils estiment que les mécanismes de contrôle de la qualité et d'uniformisation actuels demeurent insuffisants et hétérogènes.

Selon plusieurs, l'encadrement par un ordre professionnel permettrait de standardiser les pratiques à l'échelle provinciale, de reconnaître les acquis et de favoriser la mobilité interrégionale, tout en renforçant la sécurité des soins par un appui sur le jugement clinique plutôt que sur la simple application de protocoles. Cet encadrement positionnerait les TAP comme des professionnels autonomes, compétents et imputables, capables de contribuer pleinement aux défis actuels du réseau de la santé et à l'amélioration de la continuité des soins.

De plus, l'encadrement professionnel contribuerait à attirer et à retenir la relève, en valorisant la profession et en lui assurant un statut équivalent aux autres professions de la santé. Ce changement enverrait un signal fort de modernisation du SPU et permettrait de reconnaître pleinement les TAP comme acteurs clés de la première ligne.

Ainsi, malgré le fait qu'une minorité de répondants suggère de renforcer les structures existantes plutôt que de créer une nouvelle instance, craignant des frais et une surcharge administrative, la consultation de 2025 confirme largement les enjeux déjà soulevés.

# 5

## CONCLUSION

L'analyse des facteurs à considérer dans l'évaluation de l'opportunité et la consultation menées par l'Office démontrent que l'encadrement actuel des techniciens ambulanciers paramédics présente des limites importantes en matière de protection du public. Malgré les initiatives gouvernementales et les efforts de modernisation du système préhospitalier d'urgence, les constats révèlent de façon récurrente une variabilité régionale, un manque de coordination de la formation, des mécanismes de contrôle de la qualité insuffisants et des délais de rétroaction qui compromettent la sécurité des patients.

Les résultats de la consultation de 2025 confirment amplement la persistance de ces lacunes. La majorité des acteurs, incluant des ordres professionnels, des établissements de santé et des institutions d'enseignement, appuient la création d'un ordre professionnel distinct pour les TAP. Ils estiment qu'un tel encadrement permettrait de standardiser les pratiques, de renforcer la formation et la supervision, d'assurer la reconnaissance de l'autonomie clinique et de valoriser la profession. Une minorité de répondants recommande plutôt de consolider les structures existantes, invoquant des préoccupations liées aux coûts et à la complexité administrative.

Au regard des risques inhérents aux interventions des TAP et de leur haut niveau d'autonomie, l'Office considère que l'intégration des TAP au système professionnel représente une option crédible et largement soutenue pour améliorer la protection du public et moderniser le système préhospitalier.

Dans l'éventualité où cette recommandation serait retenue par le gouvernement, un comité de transition réunissant l'ensemble des acteurs concernés devra être constitué afin d'analyser les scénarios d'intégration et d'assurer une transition et une mise en œuvre harmonieuses.

# 6

## RECOMMANDATIONS

- CONSIDÉRANT** la nature et la spécificité des activités qui forment la pratique des techniciens ambulanciers paramédics;
- CONSIDÉRANT** que les facteurs énoncés à l'article 25 du *Code des professions* s'appliquent sans restriction ni réserve à ces activités;
- CONSIDÉRANT** l'évolution de la pratique et la nécessité d'encadrer le développement des pratiques cliniques professionnelles;
- CONSIDÉRANT** les limites de l'encadrement actuel et l'absence de mécanisme structuré et uniformisé pour assurer le suivi des compétences cliniques des TAP;
- CONSIDÉRANT** les résultats de la consultation menée auprès des divers groupes, ordres professionnels, organismes ou ministères concernés et que les avis de ceux-ci recommandent presque unanimement l'encadrement des TAP par un ordre professionnel.

### **L'OFFICE DES PROFESSIONS DU QUÉBEC :**

**RECOMMANDE au gouvernement que les techniciens ambulanciers paramédics soient encadrés par un ordre professionnel.**

**RECOMMANDE de procéder aux changements législatifs nécessaires, notamment par le retrait ou la transformation de plusieurs mécanismes de protection du public prévus à la LSPU à la suite de l'encadrement professionnel des TAP.**



## ANNEXE I

# HISTORIQUE DU DÉVELOPPEMENT DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Le développement des SPU au Québec s'inscrit dans une longue évolution. Dès 1972, la *Loi sur la protection de la santé publique* établit un premier encadrement des services ambulanciers. Dans les années 1990, le MSSS met sur pied divers comités pour moderniser le système. En 1992, le rapport Fréchette recommande une révision du profil de compétences des ambulanciers. Cela mène à l'adoption, en 1995, du premier Protocole d'intervention clinique d'un technicien ambulancier paramédic.

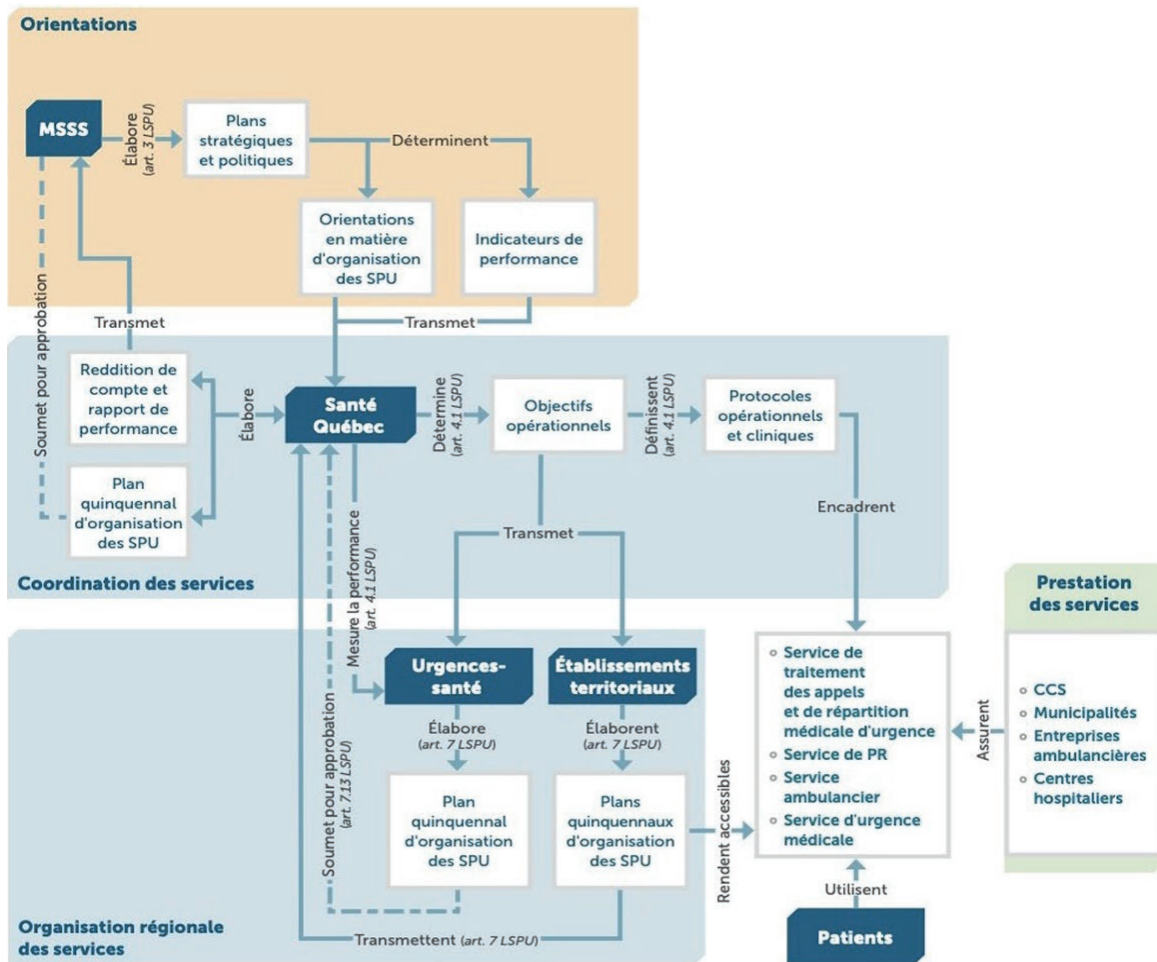
Par la suite, le rapport Dicaire (2000) propose la création d'une direction dédiée aux SPU, ce qui conduit à l'adoption, en 2002, de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. Cette loi encadre l'organisation des SPU, définit les rôles des acteurs et favorise leur intégration au réseau de santé. Les années suivantes voient la mise en place de mécanismes structurants, dont le Registre national de la main-d'œuvre et le Programme national d'intégration clinique (2011).

Les réformes récentes confirment la volonté d'aller plus loin. Le rapport Ouellet (2014) recommande explicitement la création d'un ordre professionnel pour les TAP afin de protéger le public et d'anticiper l'évolution des compétences. En 2019, le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) appuie cette orientation.

En 2021, le ministre de la Santé, Christian Dubé, annonce officiellement des travaux pour créer un ordre professionnel des TAP et lancer une politique québécoise sur le préhospitalier. Le Plan Santé de 2022 réaffirme deux objectifs : élargir le champ de pratique des TAP et créer leur ordre professionnel. La Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence (2022) fixe comme objectif de protéger le public par cette professionnalisation.

En 2023, le projet de loi n° 15 (PL 15) est adopté, réformant en profondeur le réseau de la santé et transférant à la nouvelle société d'État, Santé Québec, plusieurs responsabilités liées aux TAP. Enfin, en février 2024, le Plan d'action gouvernemental 2023-2028 confirme la volonté de professionnaliser davantage les TAP et d'accompagner l'évolution des activités préhospitalières.

## ANNEXE II RÔLES ET RESPONSABILITÉS DU MSSS ET DE SANTÉ QUÉBEC RELATIVEMENT À L'ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE<sup>2</sup>



- 18 régions sociosanitaires, dont les services préhospitaliers d'urgence sont supervisés par 15 établissements territoriaux, Urgences-santé, une régie régionale et un conseil cri;
- 178 zones ou regroupements de zones ambulancières;
- 6 317 techniciens ambulanciers inscrits au registre national (1<sup>er</sup> avril 2025).

Au niveau national, le ministre de la Santé fixe les orientations, les politiques et les plans stratégiques des SPU, détermine le financement, les indicateurs de performance, les normes de qualité et les modalités contractuelles. Il conserve aussi un pouvoir de coordination interministérielle en matière de SPU ainsi que la répartition des ressources entre Santé Québec, Urgences-santé, les entreprises ambulancières et les instances régionales.

2 Schéma tiré du Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les établissements territoriaux de Santé Québec, Urgences-santé et les instances régionales.

Santé Québec, opérateur national, traduit ces orientations en objectifs opérationnels et standards de qualité, coordonne l'offre de services (hors Montréal et Laval, gérées par Urgences-santé), élabore les protocoles opérationnels, répartit les ressources régionales, assure le suivi budgétaire, gère la formation de la main-d'œuvre, la reddition de comptes, le registre national des TAP et la promotion des premiers répondants citoyens.

Le DMN, nommé par Santé Québec, exerce l'autorité clinique provinciale : il élabore les protocoles cliniques pour soins primaires et avancés, fixe les orientations de qualité, définit et applique les normes de soins et d'équipements, maintient les systèmes d'information, recommande les niveaux de compétence, participe aux programmes de formation initiale et établit la formation continue, avec pouvoir d'intervention auprès des directeurs médicaux régionaux en cas de non-conformité. Le DMN doit consulter le Collège des médecins du Québec lorsque ses protocoles incluent des activités médicales réservées, assurant l'arrimage réglementaire et la gouvernance médicale.

Au niveau régional, l'organisation des SPU relève de Santé Québec ou d'autres instances, qui planifient leur déploiement selon la géographie, la population et les ressources disponibles. Elles assurent l'accessibilité aux centres de communication santé, aux services de premiers répondants et aux services ambulanciers, tout en répartissant équitablement les ressources et en délivrant les permis d'exploitation.

Les DMR encadrent les TAP, veillent à la qualité des soins, à la formation continue et à l'utilisation adéquate des équipements, et peuvent intervenir en cas de manquements graves. Les centres de communication santé, organismes à but non lucratif, gèrent les appels 9-1-1, priorisent et répartissent les ressources, coordonnent les communications et collaborent au contrôle de la qualité.

Le réseau ambulancier repose sur un modèle public (Urgences-Santé à Montréal et Laval) et un modèle privé ailleurs, où les entreprises doivent détenir un permis et respecter un contrat avec Santé Québec.

Enfin, les TAP, leurs syndicats, les premiers répondants et intervenants complètent la chaîne d'intervention préhospitalière.

## **ANNEXE III**

# **RÈGLEMENT SUR LES ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES POUVANT ÊTRE EXERCÉES DANS LE CADRE DES SERVICES ET SOINS PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**

Un technicien ambulancier en soins primaires peut :

- Utiliser le défibrillateur externe automatisé lors d'une réanimation cardiorespiratoire;
- Administrer de l'adrénaline, par voie sous-cutanée ou intramusculaire, lors d'une réaction allergique sévère de type anaphylactique;
- Assister la ventilation à l'aide d'un ballon-masque;
- Insérer une canule nasopharyngée;
- Administrer du glucagon lors d'une hypoglycémie sévère à une personne inconsciente, en convulsion, incapable d'avaler ou confuse;
- Administrer de la naloxone, par voie intranasale ou intramusculaire, à une personne présentant une dépression respiratoire et une altération importante du niveau de conscience secondaire à l'administration d'opioïdes;
- Effectuer le paquetage de plaies à l'aide de pansements hémostatiques;
- Apprécier la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles visés à l'article 6;
- Insérer une canule œsophage-trachéale à double voie ou un dispositif supraglottique à une personne présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience;
- Administrer les substances ou les médicaments requis, par voie sublinguale, orale, intranasale, sous-cutanée, intramusculaire, transdermique ou par inhalation;
- Installer un soluté sans médication par voie intraveineuse à l'aide d'un cathéter périphérique court, à la demande et en présence d'un technicien ambulancier en soins avancés;
- Utiliser le moniteur défibrillateur semi-automatique lors d'une réanimation cardiorespiratoire;
- Exercer la surveillance clinique de la condition d'une personne;
- Assister mécaniquement la ventilation, incluant par un tube endotrachéal déjà en place;
- Aspirer les sécrétions chez une personne porteuse d'une trachéotomie;
- Irriguer et maintenir le débit prescrit d'une perfusion intraveineuse sans médication ou l'arrêter;

- Ajuster le débit d'une perfusion intraveineuse sans médication, à la suite d'une ordonnance individuelle;
- Retirer un cathéter intraveineux périphérique;
- Procéder à une laryngoscopie de la personne dont les voies respiratoires sont obstruées par un corps étranger et procéder au retrait de celui-ci;
- Retirer ou réinstaller une canule de trachéotomie;
- Effectuer l'irrigation, la vidange ou le retrait :
  - d'un cathéter vésical en drainage libre;
  - d'un tube nasogastrique en drainage libre;
- Effectuer la vidange d'une stomie intestinale.

**Un technicien ambulancier en soins avancés peut, de plus :**

- Évaluer la condition d'une personne;
- Administrer les substances et les médicaments requis par voie intraveineuse ou endotrachéale;
- Pratiquer une défibrillation manuelle;
- Installer un soluté par voie intraosseuse et administrer, par cette voie, les substances ou les médicaments requis;
- Effectuer une cardioversion électrique urgente;
- Appliquer une stimulation cardiaque externe.

Il peut également, dans le cadre d'un projet de recherche visant l'évaluation des soins préhospitaliers avancés, procéder à l'intubation endotrachéale de la personne adulte présentant un arrêt cardiorespiratoire ou une atteinte de l'état de conscience.

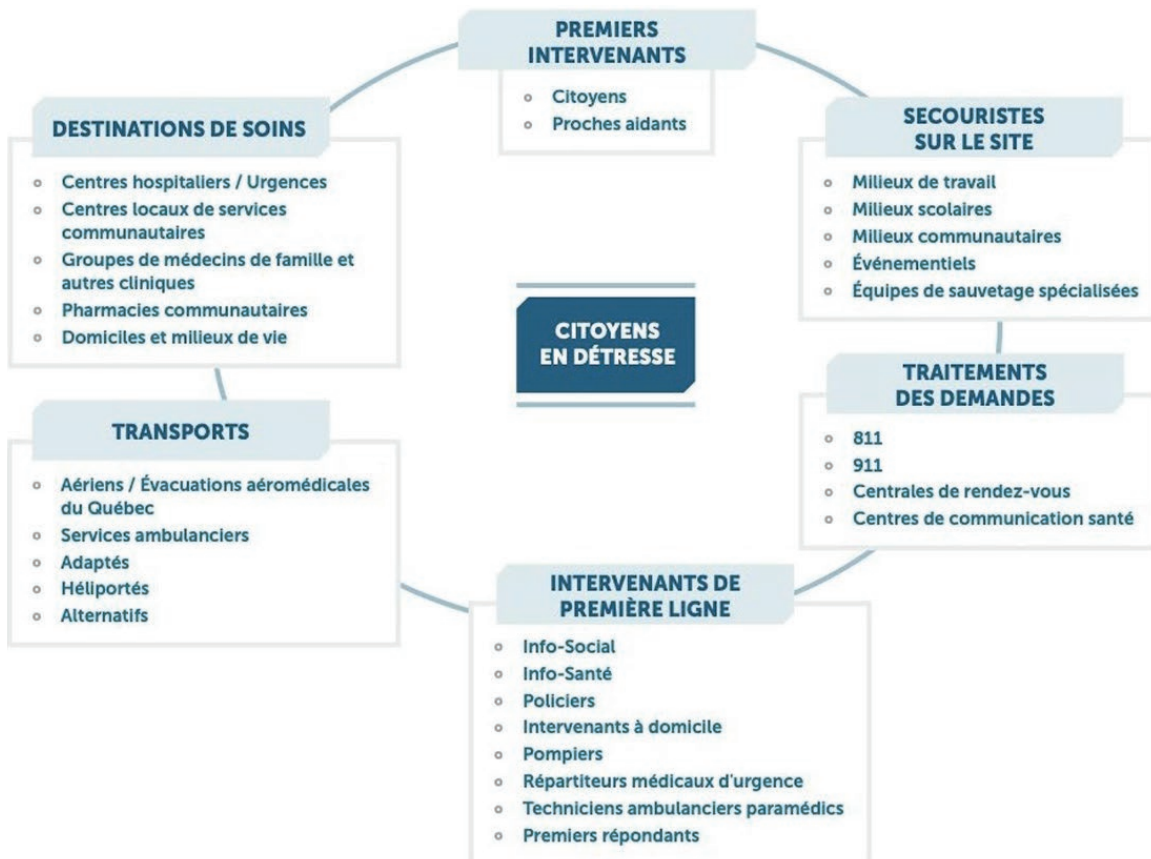
**Un technicien ambulancier en soins avancés peut, à la suite d'une ordonnance individuelle :**

- Utiliser les techniques effractives suivantes :
  - effectuer une thoracocentèse à l'aide d'une technique à l'aiguille chez le patient dans un état préterminal, sous assistance ventilatoire;
  - effectuer une cricothyroïdotomie percutanée.

En l'absence d'une ordonnance individuelle et lorsque la communication avec un médecin est impossible, un technicien ambulancier en soins avancés peut, chez le patient instable, utiliser ces techniques effractives.

## ANNEXE IV ÉCOSYSTÈME PRÉHOSPITALIER QUÉBÉCOIS

« L'écosystème préhospitalier, qui est composé des services préhospitaliers québécois, place le citoyen au centre du système et présente l'ensemble des acteurs pouvant contribuer à offrir des services aux personnes en détresse, dans un premier temps, pour ensuite offrir des services en soutien aux besoins de déplacement des usagers, dans un deuxième temps. »



## ANNEXE V

### ENCADREMENT DES TECHNICIENS AMBULANCIERS PARAMÉDICS DANS LES AUTRES PROVINCES CANADIENNES

Province	Législation applicable	Autorégulation
Alberta	<a href="#">Health Professions Act</a> <a href="#">Paramedics Profession Regulation</a>	Oui
Colombie-Britannique	<a href="#">Emergency Health Services Act</a> <a href="#">Emergency Medical Assistants Regulation</a>	Non
Île-du-Prince-Édouard	<a href="#">Emergency Medical Technicians Regulation</a> (section 14 of the Emergency Medical Technicians Act)	Non
Manitoba	<a href="#">The Regulated Health Professions Act</a>	Oui
Nouveau-Brunswick	<a href="#">An Act Respecting the Paramedic Association of New Brunswick</a>	Oui
Nouvelle-Écosse	<a href="#">Paramedics Act</a>	Oui
Ontario	<a href="#">Loi sur les ambulances</a>	Non
Saskatchewan	<a href="#">The Paramedics Act</a>	Oui
Terre-Neuve	<a href="#">Emergency Health and Paramedicine Services Act</a> (En voie d'adoption)	Non

## ANNEXE VI

### QUESTIONS ISSUES DU « DOCUMENT DE CONSULTATION »

La période de consultation s'est déroulée du 17 juin au 12 septembre 2025. L'Office a reçu 33 documents regroupant l'avis et les commentaires de 69 organisations et parties prenantes. Seules 6 organisations ont indiqué qu'elles ne produiraient pas de documents.

1. Dans l'ensemble, estimez-vous que les informations présentées dans la première partie de ce document sont complètes et fidèles à la réalité? Le cas échéant, quels éléments essentiels devraient, selon vous, être précisés, corrigés ou ajoutés?
2. La LSPU prévoit divers mécanismes pour protéger le public et réduire les risques liés aux activités des TAP (encadrement, normes de pratique, assurance qualité, supervision, etc.). À votre avis, ces mesures sont-elles appliquées de manière uniforme, quel que soit le milieu d'intervention? Les jugez-vous efficaces? Pourquoi?
3. L'intégration des TAP au système professionnel entraînerait des ajustements à la structure administrative actuelle des SPU. Comment envisagez-vous la répartition des rôles et responsabilités entre les différents acteurs concernés?
4. Comment envisagez-vous l'élaboration et l'évolution des protocoles d'intervention clinique (PICPSP) une fois les TAP intégrés au système professionnel?
5. À l'heure actuelle, dans quels contextes et pour quelles activités le TAP en soins primaires dispose-t-il d'une autonomie complète? À l'inverse, dans quels contextes et pour quelles activités son autonomie est-elle relative?
6. Existe-t-il d'autres interfaces impliquant les TAP et d'autres professionnels? Si oui, quelles sont les activités concernées, dans quel contexte se déroulent-elles, et quels en sont les objectifs?
7. Peut-on affirmer que la pratique des TAP repose sur un corpus de connaissances spécifique, scientifique et homogène? Les programmes de formation en soins préhospitaliers d'urgence permettent-ils une appropriation uniforme de ce corpus?
8. Les programmes collégiaux actuels en soins préhospitaliers d'urgence préparent-ils adéquatement les étudiants à exercer les activités professionnelles prévues par le RAPSU, ainsi que celles liées à l'évolution de la profession (paramédecine communautaire, régulation, etc.)?
9. Quel impact aurait l'élargissement des activités des TAP sur la définition de leur champ d'exercice? Quelles nouvelles activités pourraient, selon vous, leur être réservées ou partagées avec d'autres professionnels?
10. L'obtention d'un diplôme en soins préhospitaliers d'urgence devrait-elle constituer la seule condition pour obtenir un permis d'exercice en soins primaires? Sinon, quelles autres conditions devraient être exigées?

11. Sous quelles formes les TAP échangent-ils habituellement des renseignements avec les autres professionnels? Quelles mesures sont mises en place pour assurer la confidentialité de ces échanges?
12. Compte tenu des enjeux exposés, quelle modalité d'encadrement vous semble la plus appropriée pour les TAP au Québec, et pourquoi?
13. Y a-t-il d'autres éléments, non abordés dans ce document, que l'Office devrait prendre en compte dans le cadre de la réflexion sur la professionnalisation des TAP au Québec?

