

DE : Monsieur Christian Dubé
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Le 25 avril 2022

TITRE : Politique gouvernementale encadrant les services préhospitaliers d'urgence : De la réflexion aux actions

PARTIE ACCESSIBLE AU PUBLIC

1- Contexte

La Politique gouvernementale encadrant les services préhospitaliers d'urgence : De la réflexion aux actions et le plan d'action gouvernemental qui en découlera visent à soutenir la transformation et l'élargissement des services préhospitaliers d'urgence (SPU) offerts aux Québécoises et aux Québécois. Elle est le fruit des travaux du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU), mandaté par le gouvernement du Québec pour proposer une modernisation des services préhospitaliers.

Adoptée en 2002, la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence prévoit 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. À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et de services sociaux, identifie les services à mettre en place et précise les droits, rôles et responsabilités des intervenants.

Bien que les SPU ont depuis toujours la mission première de réduire la mortalité et la morbidité de maladies appelées « chronodépendantes » (ce qui veut dire que sans intervention appropriée des SPU, plus le temps avance, plus les dommages sont importants et définitifs, par ex. : arrêt cardiaque, infarctus du myocarde, traumatisme grave, etc.), une proportion de plus en plus importante de la clientèle les utilise comme un moyen de transport vers l'urgence, comme un moyen d'accéder à des soins de santé non urgents ou encore comme un moyen de transport de retour au domicile. Ce type de services rendus à la population s'éloigne de la notion de « sauver la vie en urgence » à la base des SPU.

La demande pour les ressources spécialisées en soins préhospitaliers croît constamment, sans que les soins prodigués soient toujours en lien avec la mission première des TAP qui est de porter assistance aux personnes en détresse. En 2019-2020, environ 25 % des 759 900 transports ambulanciers vers un centre hospitalier se sont conclu par des soins considérés comme non urgents.

Le système préhospitalier est un écosystème regroupant l'ensemble de la population québécoise et tous les services d'urgence, allant jusqu'aux services surspécialisés. Cet écosystème se doit d'évoluer vers un environnement collaboratif et apprenant.

Depuis 20 ans, plusieurs rapports ont conclu à la nécessité d'une refonte du système préhospitalier. D'abord, le rapport « Urgence d'Agir » de Marc Ouellet, en 2014, établissait 116 recommandations pour améliorer l'offre de service. À la suite de sa publication, en 2015¹, un comité a été mandaté par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour assurer leur mise en œuvre. Seules 15 recommandations avaient été appliquées lorsque le CNTSPU a été mandaté, en 2019.

Ensuite, le rapport de la Vérificatrice générale du Québec (VGQ), en 2020, a appuyé le besoin de mettre en œuvre la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence. Il a mis en évidence des faits inquiétants², notamment au niveau de la croissance des dépenses publiques pour les SPU, proportionnellement à leur utilisation par la population. De 2011-2012 à 2018-2019, ces dépenses sont passées de 396 à 571 millions de dollars, une hausse de 44 %. Au cours de la même période, le nombre de transports ambulanciers est passé de 668 518 à 750 120, une progression de 12 %. Des lacunes importantes ont également été identifiées sur les processus de reddition de comptes, l'analyse de la performance et la transparence sur l'utilisation des ressources financières.

Pour ces raisons, en 2019, le MSSS a mis en place le CNTSPU, composé de neuf ressources expertes en gouvernance, en droit, en éthique, en gestion, en sécurité civile et en services cliniques et dont le mandat était de proposer au gouvernement une architecture pour optimiser les SPU au Québec, en s'appuyant sur les recommandations des différents rapports déposés sur le sujet (Protecteur du citoyen, Bureau du coroner, VGQ, Rapport Ouellet – Urgence d'agir, Rapport Dicaire – Un système à mettre en place).

Les membres du CNTSPU étaient :

- Michel C. Doré, président, haut fonctionnaire, technicien ambulancier-paramédic et infirmier ;
- Caroline Barbir, présidente et directrice générale du CHU de Sainte-Justine et anciennement PDG du CISSS de Laval;
- Me André Caron, avocat et professeur d'éthique en soins préhospitaliers d'urgence;
- Robert H. Desmarteau, professeur en stratégie organisationnelle à l'École des sciences de gestion de l'UQAM;
- Marie-Soleil Tremblay, comptable, professeure de comptabilité à l'École nationale d'administration publique, spécialiste des processus d'audit et de gestion financière;
- Dr Pierre Guérette, médecin urgentologue, enseignant à la Faculté de médecine l'Université de Sherbrooke et ex-directeur médical national du préhospitalier;
- Anie Samson, ancienne mairesse d'arrondissement et vice-présidente de la sécurité publique et civile au conseil exécutif de la Ville de Montréal;
- Me Nadine Séguin, avocate, technicienne ambulancière-paramédic et professeure en soins préhospitaliers d'urgence;
- Serge Tremblay, cadre supérieur en sécurité incendie et ex-président du conseil d'administration de l'École nationale des pompiers.

¹ Rapport du Vérificateur général du Québec 2020-2021, octobre 2020 – Chapitre 1 (vgq.qc.ca).

² Ibid.

Le 30 juin 2021, le CNTSPU a finalisé ses travaux et a recommandé au gouvernement de se doter d'une politique en matière de services préhospitaliers.

La Politique proposée officialise la transformation globale du système préhospitalier d'urgence. Elle regroupe plusieurs mesures déjà initiées au cours des dernières années et propose des moyens contemporains pour consolider les soins et les services aux bénéficiaires de la population.

Cadre réglementaire et législatif

Chapitre S-4.2

Loi sur les services de santé et des services sociaux (LSSSS)

Étant donné que les prestataires et les acteurs du système préhospitalier d'urgence prodiguent des soins de santé et sont des partenaires des établissements du RSSS, plusieurs articles de la LSSSS encadrent ce système.

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence encadre la majorité des activités préhospitalières, notamment la fonction du directeur médical national et la mission de la Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé). Elle définit les services ambulanciers et le rôle des centres de communication santé (CCS). Certains règlements sont prévus dans cette loi (ex. : encadrement des détenteurs de permis de véhicules ambulanciers), mais ces ceux-ci n'ont pas été publiés à ce jour.

Règlement sur les conditions d'inscription d'un TAP au Registre national de la main-d'œuvre

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2, a. 64).

Ce règlement détermine les conditions pour qu'un TAP puisse détenir un permis de pratique. Le registre est encadré par la Direction médicale nationale.

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

Loi médicale (chapitre M-9, a. 3).

Code des professions

Ce règlement découle de la loi médicale et encadre les actes que les TAP de soins primaires, de soins avancés ainsi que les premiers répondants (PR) peuvent poser.

Stratégies, politiques et plans d'action concernés

Dans le Plan stratégique 2019-2023 du MSSS³, un objectif vise la diminution du temps d'attente à l'urgence. Selon la base de données des urgences, environ 20 % de la clientèle arrive en transport ambulancier. Cela implique une lourdeur importante sur le réseau hospitalier, puisqu'entre 30 et 50% de ces patients sont admis pour une hospitalisation. Diminuer le nombre de transports ambulanciers est une prémisses le désencombrement des salles d'urgence. L'atteinte de la cible de durée moyenne de séjour à l'urgence, fixée à 12 heures, exigera de développer l'expertise du système

³ Plan stratégique 2019-2023 du ministère de la Santé et des Services sociaux (gouv.qc.ca).

préhospitalier vers des soins communautaires de première ligne, en partenariat avec les médecins de famille et les infirmières de soutien à domicile, entre autres.

2- Raison d'être de l'intervention

Plusieurs raisons appuient la nécessité de la mise en place d'une politique gouvernementale structurante, notamment la complexité du système préhospitalier d'urgence, l'introduction de modifications législatives importantes liées à l'autonomisation et la professionnalisation des TAP et la participation populationnelle lors de situation d'urgence.

La démographie québécoise

L'Institut national de santé publique du Québec précise que : « De la hausse totale de 1,7 million de personnes attendues au Québec entre 2016 et 2066, le groupe des 65 ans et plus augmenterait à lui seul de 1,3 million. La population âgée de 65 ans et plus passerait de 1,5 million en 2016 à plus de 2,7 millions en 2066. La part des aînés dans la population totale pourrait ainsi passer de 18 % en 2016 à 25 % dès 2031, et atteindre 28 % en 2066. Le nombre de personnes de 85 ans et plus pourrait pratiquement quadrupler, passant de 188 000 en 2016 à 736 000 en 2066. Le Québec pourrait compter 45 000 centenaires en 2066, comparativement à environ 2 000 en 2016. »⁴

Plusieurs études scientifiques ont démontré que le recours maximal aux soins de santé incluant ceux du secteur préhospitalier a lieu dans la dernière année de vie.⁵ L'augmentation annuelle du nombre de transports en est une preuve indirecte. Comme tous les secteurs d'activité du RSSS, le système préhospitalier doit moduler son offre de service en fonction des changements démographiques majeurs prévus dans les prochaines années.

L'encombrement des salles d'urgence québécoise

Le *modus operandi* historique des SPU est le même depuis 20 ans : un usager appelle le 911, deux TAP à bord d'une ambulance se déplacent vers l'usager et celui-ci est transporté vers la salle d'urgence.

Selon la base de données des urgences pour l'année financière 2019-2020, un patient sur deux était âgé de 75 ans et nécessitait une hospitalisation. Cette donnée sous-tend que les usagers transportés en ambulance sont plus malades, ce qui est en partie vrai, mais elle soulève surtout l'effet iatrogène de longs séjours sur civières. En effet, la littérature prouve que l'utilisation de la salle d'urgence pour la clientèle des personnes âgées est souvent nocive. Plusieurs études stipulent même que la durée de séjour sur civière augmente le séjour hospitalier et la mortalité.^{6,7}

⁴<https://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/population-demographie/perspectives/perspectives-2016-2066.pdf>
<https://www.stat.gouv.qc.ca/salle-presse/communiquer/communiquer-presse-2019/juillet/juillet1911.html>

⁵ Kalseth J, Halvorsen T. Health and care service utilisation and cost over the life-span: a descriptive analysis of population data. BMC Health Serv Res. 2020 May 19;20(1):435. doi: 10.1186/s12913-020-05295-2. PMID: 32429985; PMCID: PMC7236310.

⁶ Singer AJ, Thode HC Jr, Viccellio P, Pines JM. The association between length of emergency department boarding and mortality. Acad Emerg Med. 2011 Dec;18(12):1324-9. doi: 10.1111/j.1553-2712.2011.01236.x. PMID: 22168198.

⁷ Boulain T, Malet A, Maitre O. Association between long boarding time in the emergency department and hospital mortality: a single-center propensity score-based analysis. Intern Emerg Med. 2020 Apr;15(3):479-489. doi: 10.1007/s11739-019-02231-z. Epub 2019 Nov 15. PMID: 31728759.

Cela signifie que chaque transport ambulancier « non urgent » d'un usager sur une civière d'urgence implique l'augmentation de la consommation de soins. La possibilité de prendre soin des usagers dans leur communauté et d'éviter la salle d'urgence n'est plus à démontrer. La transformation du système préhospitalier d'urgence est une partie importante de la solution.

Le manque de ressources et de formation en secourisme

Il est impératif que tout citoyen se sente partie prenante du système préhospitalier d'urgence et contribue davantage pour sauver la vie de son prochain. Des études scientifiques portant sur la réanimation cardiorespiratoire (RCR) ont démontré que la survie avec un retour à la normale d'un citoyen en arrêt cardiaque⁸ augmentait de façon significative grâce à l'intervention du premier intervenant sur les lieux. En effet, la littérature scientifique démontre que seules « une prise en charge immédiate avec RCR et une défibrillation externe peuvent empêcher la mort par arrêt cardiorespiratoire. Après une mort subite, chaque minute sans traitement réduit les chances de survie de 7 à 10% ».⁹

Le Québec est, avec l'Ontario, l'une des provinces disposant du moins de défibrillateurs automatisés pour la population générale au Canada.¹⁰ Les formations en secourisme et en RCR ne sont ni encadrées ni obligatoires, ce qui rend quasi impossible d'en connaître le taux réel au Québec. Ces deux éléments sont la pierre angulaire de la survie d'une victime d'un arrêt cardiaque. Le Québec doit donc se doter d'outils, de programmes et de mesures pour améliorer ces statistiques.

La saine gestion des ressources

Dans le rapport cité précédemment, la VGQ notait une augmentation de 12 % du nombre de transports ambulanciers accompagnée d'une hausse de coûts de 44 %. Ce constat interpelle le gouvernement sur deux aspects. D'abord, il est primordial de réserver les ressources ambulancières aux usagers en situation de détresse imminente pouvant entraîner la mortalité et la morbidité et en innovant pour le transport ou les soins dans la communauté des usagers dont le degré de détresse est moins urgent. Ensuite, une meilleure reddition de comptes des titulaires de permis ambulanciers et d'Urgences-santé doit être mise en place pour s'assurer de la saine gestion des fonds publics.

L'absence d'intégration du système préhospitalier d'urgence au système hospitalier et communautaire

En raison du changement des besoins populationnels, l'expertise actuelle des TAP en « médecine d'urgence de rue » doit évoluer et tendre davantage vers une approche globale offrant un soutien communautaire unique et un pont de communication vers les ressources appropriées du RSSS. Cette transition ne pourra s'effectuer sans la création d'un ordre professionnel, qui facilitera la collaboration avec les autres professionnels de la santé ainsi que l'encadrement de l'élargissement de leur pratique, dans une perspective d'autonomisation et de responsabilisation.

⁸Ong MEH, Perkins GD, Cariou A. Out-of-hospital cardiac arrest: prehospital management. *Lancet*. 2018 Mar 10;391(10124):980-988. doi: 10.1016/S0140-6736(18)30316-7. PMID: 29536862.

⁹ <https://www.jacquesdechamplain.com/mission/soins-de-reanimation/> (Guidelines 2000 for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation* Aug. 22, 2000)

¹⁰ d'Amours L, Negreanu D, Neves Briard J, de Champlain F, Homier V. Assessment of Canadian Public Automated External Defibrillator Registries. *CJC Open*. 2020 Dec 26;3(4):504-509. doi: 10.1016/j.cjco.2020.12.013. PMID: 34027354; PMCID: PMC8129479.

Le cadre légal et réglementaire actuel ne permet pas l'intégration des TAP dans les équipes de soins, même s'ils détiennent une expertise et une expérience uniques avec la clientèle desservie. En effet, ils entrent dans le milieu de vie des usagers et constatent ainsi leurs enjeux sociaux. Ces observations des TAP ne sont malheureusement pas partagées avec les équipes du réseau hospitalier ou des services de soutien à domicile.

D'ailleurs, comme celui des TAP, les cadres légaux et réglementaires des premiers répondants (pompiers, policiers, organisations de bénévoles, etc.), des répartiteurs médicaux d'urgence rendent impossible le partage de l'information, car ils ne sont pas des employés du RSSS. Ces silos doivent être brisés pour permettre une qualité de soins exemplaire sur tout le continuum.

3- Objectifs poursuivis

La Politique vise à mettre en place des éléments structurants pour permettre l'atteinte de trois cibles :

Cible 1 : améliorer le service à la population par l'évolution du système préhospitalier d'urgence en y intégrant un volet parahospitalier;

Cible 2 : développer l'offre de service du système préhospitalier d'urgence et s'assurer de son intégration au sein du RSSS;

Cible 3 : mieux utiliser les ressources disponibles dans le système préhospitalier d'urgence afin de contrôler les coûts.

Pour ce faire, les actions proposées s'articulent autour de cinq orientations :

Orientation 1 : l'éducation et la prévention;

Orientation 2 : des soins sécuritaires de qualité et intégrés dans un continuum d'intervention fluide;

Orientation 3 : l'accessibilité et la disponibilité des ressources;

Orientation 4 : la gestion contemporaine des ressources;

Orientation 5 : une gouvernance habilitante.

Par ces orientations, il est souhaité notamment :

- Améliorer la disponibilité d'équipements de secours et l'implication citoyenne, afin de diminuer la mortalité et la morbidité. Cela aurait un impact significatif sur la qualité de vie des citoyens, sur les coûts de leur santé et sur leur contribution économique;
- Optimiser l'accès aux services dans les milieux ruraux modulés en fonction des besoins de la clientèle. En zone urbaine, la capacité de moduler le nombre des ressources ambulancières déployées selon l'achalandage réel;
- Assurer le développement de services avec une vision systémique dans un continuum de soins;
- Redéfinir les territoires ambulanciers en fonction de paramètres contemporains et non sur des bases historiques désuètes : la géomatique, le modèle prédictif, les données sociodémographiques et autres facteurs géographiques, dont les corridors de services;

- Diversifier les possibilités de destinations (ailleurs qu'à l'urgence), ainsi que les alternatives de transports (autres que l'ambulance);
- Adapter l'évolution des compétences cliniques des TAP ou du personnel des CCS;
- Assurer une saine gestion des fonds publics, par l'établissement d'ententes de performance et de redditions de comptes conformes aux meilleures pratiques de gouvernance;
- Mettre en place des mécanismes de gestion systémique des ressources matérielles;
- Uniformiser les ententes de partenariats entre les organisations de services;
- Coordonner les services plus efficacement en arrimant promptement les pratiques de gestion préhospitalière aux différentes stratégies, aux politiques et aux plans d'action gouvernementaux;
- Développer un système global de gestion de l'information permettant de quantifier et de comparer tout autant les lacunes de services que les processus les plus performants. Les décisions stratégiques qui en découlent gagneront ainsi en efficacité;
- Utiliser les technologies de l'information de manière efficace, particulièrement en uniformisant la répartition assistée par ordinateur, notamment pour favoriser une interopérabilité des services;
- Responsabiliser les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) vis-à-vis des SPU, en conformité avec leurs obligations de l'article 7 de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

4- Proposition

La Politique répond à la nécessité d'implanter un système préhospitalier d'urgence intégré au RSSS, soit un système dont la culture, la structure et la gouvernance placent la personne en détresse au centre des préoccupations, des décisions et des actions. La Politique propose des solutions qui viseront à :

- **Répondre à la mobilisation et à la responsabilisation sociale** : par son leadership, le gouvernement veut favoriser l'implication citoyenne. Il permet d'étendre au maximum le réseau des interventions de proximité sur tout le territoire québécois. Il intègre la population en tant qu'acteur responsable et engagé dans une utilisation judicieuse des services. Cet engagement se prolonge jusque dans la gouvernance, pour en faire un partenaire qui contribue à la gestion stratégique du système préhospitalier d'urgence ;
- **Répondre à la cohérence des soins à tous les niveaux d'intervention du système préhospitalier d'urgence et en fonction de l'évolution de la science médicale** : pour offrir aux citoyens un réseau d'intervenants de première ligne robuste, partout au Québec et en toutes circonstances. Une offre de service plus adéquate et la diversification des soins favorisent l'enrichissement de la pratique, la mobilité de la main-d'œuvre et le développement professionnel pour les intervenantes et les intervenants ;

- **Répondre à l'amélioration de l'interopérabilité des différents services disponibles** : les solutions apportées par la Politique abordent le problème le plus apparent, soit l'organisation des services. Les gains visés résident dans l'efficacité cumulée de l'interopérabilité des services, laquelle peut se traduire par une répartition de la tâche de travail avec d'autres acteurs du RSSS, sous forme d'innovation avec des solutions non traditionnelles à être évaluées lors des travaux à venir ;
- **Développer un système intégré de gestion de l'information** : cela s'avère essentiel pour atteindre cet objectif. Une gestion incomplète de l'orientation d'une gouvernance habilitante déplacera les problèmes plutôt que les régler ;
- **Moderniser les pratiques de gestion** : l'orientation de la gestion contemporaine des ressources touche directement les méthodes de travail, la culture organisationnelle et les modes d'interactions entre les acteurs. Par conséquent, une planification et une gestion adéquate du changement doivent être mises en place pour cet élément névralgique de la transformation envisagée ;
- **Mobiliser des organisations et des intervenants pour assurer la transformation vers l'objectif d'un système préhospitalier plus efficace, voire optimal pour le bien de la population et des ressources** : les principes de fonctionnement ciblés par la Politique doivent influencer la culture de collaboration entre les acteurs. Une telle approche apporte des repères communs et favorise la réalisation des différents chantiers prévus. Elle prépare également au changement de culture qui doit subsister au-delà de la période de transformation.

5- Autres options

Aucune autre option n'a été évaluée.

6- Évaluation intégrée des incidences

Pour les citoyens

Les mesures de la Politique visent d'abord à améliorer les services aux citoyens :

- Une population davantage mobilisée, c'est-à-dire plus impliquée dans les interventions de proximité qui peuvent sauver des vies et diminuer la morbidité ;
- Une desserte de services répondant mieux aux besoins des situations d'urgence propres à chaque région/territoire ;
- Une concertation autour des meilleures initiatives au bénéfice d'une plus grande partie de la population ;
- Une priorisation des pistes d'amélioration réalisée par le gouvernement de manière à servir, en premier lieu, les citoyens ;
- Une participation active des communautés ou des clientèles ayant des besoins spécifiques aux processus d'optimisation des services et de la gouvernance.

Au niveau social

La société réclame davantage de disponibilité de services, de transparence et d'équité envers tous ses citoyens. La Politique se veut une démarche bilatérale de prise en charge responsable et efficiente, pour le mieux-être des citoyens. Cet aspect mis de l'avant constitue un argument de choix dans la réussite de la mobilisation.

Pour les régions et les territoires

Transformer les façons de faire requiert un changement de culture et l'adhésion des régions et des territoires est primordiale pour que cela puisse fonctionner. La perspective des organisations doit se porter sur leur rôle à l'intérieur d'un système plus large. Une collaboration et une contribution transparentes constituent les facteurs clés pour la réussite de ce processus d'amélioration. La mobilisation doit encourager l'intérêt pour la performance et la collaboration entre les organisations sur leurs territoires respectifs dans l'intérêt des patients dans une logique de continuum de soins.

Pour les intervenants

Outre les gains en amélioration des services, la diversité des compétences et des services proposée vise à favoriser l'épanouissement professionnel des intervenants. Ceux-ci revendiquent davantage de reconnaissance et souhaitent s'impliquer de façon plus pertinente. Les mesures prévues dans la présente politique contribueront, à terme, au recrutement et à la rétention des effectifs. Les travaux du CNTSPU ont démontré que des opportunités intéressantes peuvent être envisagées, tant du côté des transports spécialisés que des soins d'accompagnement ou de co-évaluation avec les autres professionnels de la santé et des services sociaux. Ainsi, il devient possible pour les intervenants de faire évoluer leur carrière en modulant leurs compétences en fonction de leurs intérêts professionnels.

Sur le plan économique

Il a été démontré que le système préhospitalier d'urgence représente des dépenses annuelles de plus d'un milliard de dollars de fonds publics pour le Québec. Il est impératif que cet investissement majeur soit justifié, tant auprès de la population que du gouvernement, par le rendement obtenu.

Pour soutenir la gouvernance

Toutes les organisations qui ont une mission de gouvernance, au sein de l'écosystème préhospitalier, ont la possibilité de participer à la mise en œuvre de la Politique. La démarche proposée sollicite la participation de tous les niveaux de service. Un plan de communication efficace en termes de performance et d'évolution favorisera la mobilisation des acteurs. La transformation des SPU doit permettre aux citoyens, aux ressources de première ligne, aux organisations et au gouvernement de bénéficier d'un service optimal de soins intégrés à l'ensemble du RSSS. L'impact se doit d'être global.

7- Consultation entre les ministères et avec d'autres parties prenantes

Le CNTSPU a mené de nombreuses consultations dans le cadre de ses travaux. Aussi, les réactions et les commentaires ont été pris en considération au fur et à mesure du processus.

Près de 150 rencontres auprès d'une centaine d'organisations ont été tenues, cumulant plus de 3 000 heures/personne en temps, aux différents partenaires concernés. D'ailleurs,

la participation assidue de toutes les organisations rencontrées, et ce, dans le contexte de la pandémie de COVID-19 est révélateur de l'intérêt pour la bonification du système préhospitalier.

Groupes rencontrés :

Représentants des citoyens et des usagers

- Audition Québec ;
- Conseil pour la protection des malades ;
- Office des personnes handicapées du Québec ;
- Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador.

Partenaires et organisation du RSSS

- Réseau préhospitalier (coordonnateurs administratifs et directeurs médicaux régionaux) ;
- Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) ;
- Info-santé 811 ;
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux du Québec ;
- Collège des médecins du Québec ;
- Dirigeants des établissements du RSSS ;

Organisations partenaires du secteur préhospitalier

- Associations d'entreprises ambulancières (4) ;
- Centres de communication santé (CCS) ;
- Urgences-santé ;
- Syndicats des paramédics (5) ;
- Corporation des paramédics du Québec ;
- Association des centres d'urgence 9-1-1 du Québec ;
- Représentants des maisons d'enseignement collégial – Programme national d'intégration clinique.

Partenaires externes

- Union des municipalités du Québec ;
- Fédération québécoise des municipalités ;
- Association des chefs en sécurité incendie du Québec ;
- Syndicat des pompières et des pompiers du Québec ;
- Organismes nationaux de formation en secourisme (Ambulance Saint-Jean, Croix-Rouge, Société de Sauvetage, Patrouille canadienne de Ski, Fondation des maladies du cœur et de l'AVC) ;
- Association des directeurs de police du Québec ;
- Association des taxis des régions du Québec.

Ministères et organismes

- Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation ;
- Ministère du Conseil exécutif ;
- Ministère de l'Éducation,
- Ministère de l'Enseignement supérieur
- Ministère de la Sécurité publique ;
- Ministère des Transports (incluant le Service aérien gouvernemental) ;
- Office des professions du Québec ;
- Secrétariat des affaires autochtones ;
- Secrétariat du Conseil du trésor du Québec.

Consultations auprès des intervenants

Des activités de consultation et d'information ont été présentées sous forme de bulletins d'information ou de webinaires à l'intention de partenaires du milieu, incluant les intervenants sur le terrain. Le nombre de participants ou de visionnements des webinaires a varié entre 300 et 1 200 participants. La liste d'envoi des infolettres comptait 884 abonnés à la fin du mandat du CNTSPU.

Réactions, commentaires et réserves

L'ensemble des rétroactions abordait essentiellement les thèmes ici présentés, mais sous des perspectives organisationnelles diverses et des allégeances respectives à chacun des groupes sollicités. La majorité des commentaires se retrouve dans la politique, et plusieurs idées recueillies pourront aussi se réaliser à travers le plan de mise en œuvre, ainsi que les plans d'action qui suivront.

Des questions concernant les orientations à l'égard des horaires de faction ont également été posées régulièrement. Les pistes de solution à ce problème se trouvent dans le volet de l'optimisation de la desserte et dans celui de la modulation des compétences. Ces deux modifications pourront permettre de reconfigurer les services, et conséquemment, les besoins en matière d'horaire de travail.

8- Mise en œuvre, suivi et évaluation

Plan d'action gouvernemental

Sous réserve de l'approbation de la Politique par le gouvernement, un plan d'action gouvernemental précisera les contributions des différents ministères, des organismes gouvernementaux ainsi que des acteurs issus du milieu communautaire ou privé contribuant à l'écosystème préhospitalier. Il présentera les initiatives stratégiques à entreprendre, les indicateurs, les cibles, les échéanciers ainsi que les ressources de soutien nécessaires pour la mise en œuvre de la politique, laquelle sera divisée en phases de réalisation pour faciliter sa mise en œuvre. Ce plan d'action sur cinq ans sera mis en place d'ici décembre 2022.

Afin de susciter la mobilisation collective, le plan d'action prévoira la conclusion d'ententes entre les ministères concernés et les partenaires nationaux, régionaux et

locaux de même que des mécanismes de coordination et de suivi périodiques des actions réalisées dans le cadre de ces ententes.

Les cibles à atteindre pour réaliser les différents objectifs de la politique seront évaluées après 5 et 10 ans. Une évaluation de mi-parcours permettra notamment la mise à jour du plan d'action pour atteindre les objectifs à l'échéance prévue.

Calendrier de mise en œuvre

Phase 1 : de l'adoption de la politique jusqu'à septembre 2022

Phase mobilisatrice, afin de créer un « *momentum* » positif auprès des citoyens, des intervenants des SPU et du RSSS.

Phase 2 : octobre 2022 à mars 2024

Réalisation d'initiatives stratégiques visant principalement à revoir des modalités administratives.

Phase 3 : avril 2024 à mars 2026

Réalisation d'initiatives stratégiques structurelles qui nécessiteront des modifications législatives importantes, notamment la création d'un ordre professionnel pour les TAP.

Phase 4 : avril 2026 à décembre 2030

Opérationnalisation de l'ensemble des mesures dans un tout cohérent et systémique en rendant imputable l'ensemble des parties prenantes de l'écosystème préhospitalier.

9- Implications financières

Pour les mesures en 2022-2023, elles seront autofinancées à même l'enveloppe du MSSS.

Plusieurs initiatives stratégiques à réaliser dans le cadre de la Politique seront à coût nul et pourront être réalisées à même les enveloppes budgétaires déjà autorisées pour les ministères et les organismes concernés. Chacune des phases de réalisation du plan d'action gouvernemental comportera une évaluation des investissements requis, lesquels seront soumis à l'approbation des organismes centraux avant leur déploiement.

Le plan d'action identifiera également, pour chacune des phases, les ressources supplémentaires (ETC) requises sur une base temporaire pour mener à bien sa mise en œuvre. Cet investissement se constituera principalement de ressources humaines spécialisées en préhospitaliers, en gestion de projet et en technologies de l'information.

Les initiatives stratégiques proposées permettront de bonifier la qualité et la quantité des services à la population en plus de mettre en place des mécanismes de contrôle et de reddition de comptes qui permettront d'avoir un meilleur contrôle sur les SPU. Cela permettra à terme de contrôler l'augmentation des coûts du système.

Par ailleurs, un budget de 54 millions de dollars sur cinq ans a été autorisé en 2021-2022 pour la mise en œuvre de la régulation préhospitalière, une des pierres angulaires de la transformation. On estime que celle-ci permettra d'éviter environ 60 000 transports ambulanciers vers une salle d'urgence à chaque année, et ce, à partir de 2022-2023.

10- Analyse comparative

Les organisations canadiennes ou internationales rencontrées par le CNTSPU ont été confrontées à des défis qui les ont menées à revoir leur système en profondeur. Les approches privilégiées comprennent deux volets : un premier qui inclut et implique les citoyens et un deuxième qui aborde spécifiquement la révision des façons de faire avec l'ensemble des partenaires. Ceci implique notamment, une meilleure définition des rôles et des responsabilités de chacun.

Organisations préhospitalières hors Québec (Colombie-Britannique, Royaume-Uni, Australie, Norvège)

Bien qu'il existe une grande diversité entre ces juridictions dans l'organisation et la livraison de services préhospitaliers d'urgence (agence dédiée au SPU ou intégrée aux autres services d'urgence, gestion municipale ou régionale, prestataires étatiques, privés ou sans but lucratif, etc.) les constats sont à l'effet qu'un système préhospitalier performant doit s'appuyer sur les conditions de succès suivantes :

- Le suivi de la performance avec des indicateurs définis et une planification des services à partir de données probantes ;
- L'accès adapté aux soins en première ligne et l'arrimage avec les autres services de santé et de services sociaux;
- L'optimisation des trajectoires de soins avec la régulation des demandes préhospitalières;
- L'adéquation de la formation du personnel paramédical avec le niveau de soins requis par la population et l'organisation des services sur le territoire ;
- L'implication de la communauté et la formation systématique des citoyens aux manœuvres de RCR, ainsi qu'à l'utilisation des défibrillateurs externes automatisés.

Le ministre de la Santé
et des Services sociaux,

CHRISTIAN DUBÉ