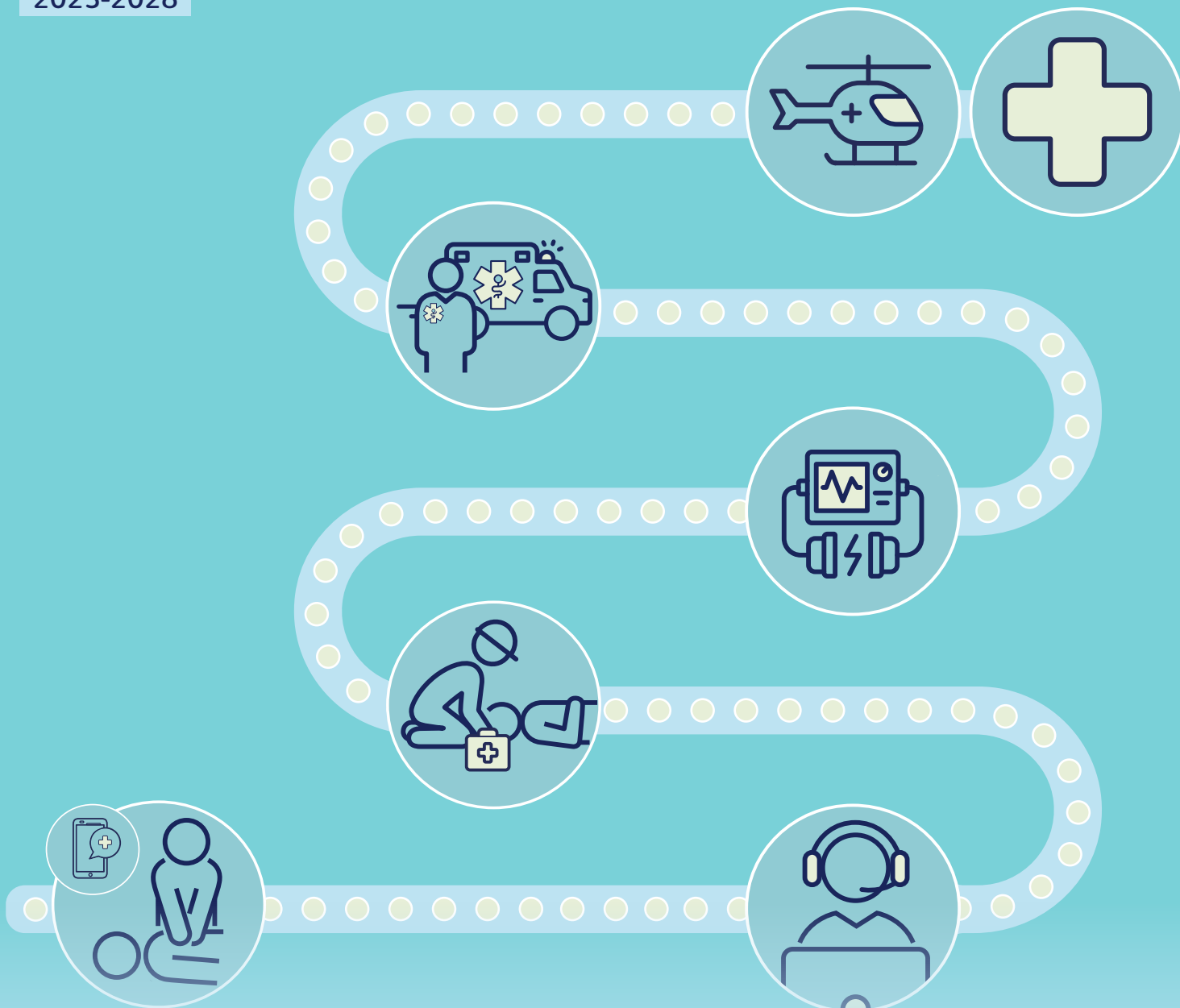


POUR DES SERVICES ET DES SOINS ADAPTÉS À TRAVERS UNE GOUVERNANCE RENOUVELÉE

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL

DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

2023-2028



COORDINATION ET RÉDACTION

Direction générale des affaires universitaires, médicales,
infirmières et pharmaceutiques (DGAUMIP)

Direction des services préhospitaliers d'urgence (DSPU)

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

ÉDITION

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

Le présent document est disponible uniquement en version électronique à l'adresse :
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 : 978-2-550-96597-8 (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

L'élaboration d'un plan d'action gouvernemental est un travail collaboratif important. Nous remercions sincèrement l'ensemble des personnes et des organisations qui ont contribué à la réalisation de ce plan d'action.

DIRECTION DES TRAVAUX

Paul Levesque, Directeur des services préhospitaliers d'urgence

COORDINATION

Émile Pichette-Lefebvre

ANALYSE, RÉALISATION ET RÉDACTION

Sophie Chateauvert

Charles Montamat

Jean-François Pellerin

Pierre-Rodrigue Lanteigne

Sophie Boucher

Steve Legault

Vincent Harbec

Gaétan Bourque

COLLABORATION

Dr. Alexandre Messier, Directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence

Dr. Louis-Philippe Pelletier

Membres des équipes préhospitalières du ministère de la Santé et des Services sociaux

Médecins de l'exécutif de la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence

ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN

David Chamberland

Marie-Chantal Robert

Nadia Drolet

Phanie L. Charest

POUR DES SOINS ET DES SERVICES ADAPTÉS

PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL

DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

2023-2028



MOT DU PREMIER MINISTRE

Comme premier ministre du Québec, j'accorde une grande priorité à l'efficacité de nos services publics. Les dernières années nous ont montré l'importance de notre service de santé pour le bien-être de notre nation, et des réformes à entreprendre pour qu'il réponde encore mieux aux besoins des citoyens et citoyennes.

Avec le Plan santé du ministre Christian Dubé, notre gouvernement apporte des changements à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux, pour les Québécoises et les Québécois. On veut d'abord s'assurer qu'ils aient un meilleur accès aux soins, puis que le réseau de la santé s'occupe des patients et patientes d'une manière plus humaine et efficace.

Notre gouvernement a investi des sommes importantes dans les dernières années dans le secteur des services préhospitaliers et celui de la première ligne. C'était le choix responsable à faire. Avec ce plan d'action, nous continuons dans cette direction pour soutenir les importants changements en cours.

Nous continuerons de déployer tous les efforts pour accélérer la collaboration entre les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédics, les répartitrices et répartiteurs médicaux d'urgence, les entreprises ambulancières, les centres de communication santé et les établissements. Cela permettra aussi d'améliorer les services offerts à tous ceux et celles ayant besoin de soins d'urgence.

Je veux remercier toutes les personnes qui jouent un rôle crucial dans l'amélioration de notre chaîne d'intervention préhospitalière. Vous êtes indispensables pour offrir aux Québécoises et aux Québécois les soins qu'ils méritent.

François Legault

Premier ministre du Québec



MOT DU MINISTRE DE LA SANTÉ

Pour des milliers de Québécoises et de Québécois, les services préhospitaliers constituent le premier point de contact avec le réseau de la santé et des services sociaux lorsque des enjeux de santé surviennent. La rapidité d'intervention ainsi que la qualité des soins procurés peuvent faire toute la différence. Dans un contexte de besoins croissants, la transformation du système préhospitalier d'urgence est un chantier prioritaire pour le gouvernement, tel qu'indiqué au Plan santé.

Ces derniers mois, plusieurs actions ont été mises en place et visent à améliorer la coordination des services afin d'offrir à chaque patiente et patient le bon soin au bon moment. Entre autres, la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, adoptée en juin 2022, a été élaborée en réponse aux différents groupes de travail et aux rapports ayant proposé des modifications importantes au système préhospitalier.

Ce premier plan d'action gouvernemental du système préhospitalier d'urgence nous permettra d'aller encore plus loin dans la mise en œuvre des orientations de la Politique. Il illustre la volonté du gouvernement d'optimiser, de mobiliser et de renforcer chacun des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière, et ce, du premier intervenant jusqu'au centre hospitalier. Une telle approche témoigne de notre engagement à inscrire les services préhospitaliers dans un changement de culture en harmonie avec la mise en place de Santé Québec, pour effectuer les transformations nécessaires dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Ensemble, poursuivons nos efforts pour une modernisation du système préhospitalier.

Christian Dubé
Ministre de la Santé

LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ADS	Analyse différenciée selon les sexes
BDSPU	Base de données des services préhospitaliers d'urgence
BNQ	Bureau de normalisation du Québec
CCPPQ	Centre de coordination en périnatalogie et pédiatrie du Québec
CCPTA	Centre de coordination provinciale des transferts aéromédicaux
CCS	Centre de communication santé
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CIQ	Conseil interprofessionnel du Québec
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
CMQ	Collège des médecins du Québec
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
CNTSPU	Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence
COOLSI	Centre d'optimisation – Occupation des lits de soins intensifs
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DMÉ	Dossier médical électronique
DMÉ-PSPU	Dossier médical électronique du patient des services préhospitaliers d'urgence
DRILL	Direction des ressources informationnelles Lanaudière-Laurentides-Laval
DSQ	Dossier santé Québec
DSN	Dossier santé numérique
EVAQ	Évacuations aéromédicales du Québec
GAP	Guichet d'accès à la première ligne
IAED	International Academies of Emergency Dispatch
IAMEST	Infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST
INESSS	Institut national d'excellence en santé et en services sociaux
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IUAR	Identifiant unique anonyme randomisé
LGGRI	Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement
LSPU	Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
MAMH	Ministère des Affaires municipales et de l'Habitation
MCN	Ministère de la Cybersécurité et du Numérique
MEQ	Ministère de l'Éducation
MES	Ministère de l'Enseignement supérieur
MPDS^{MD}	Medical Priority Dispatch System ^{MD}
MSP	Ministère de la Sécurité publique
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
MTMD	Ministère des Transports et de la Mobilité durable

OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OPIQ	Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec
OPQ	Office des professions du Québec
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
PICPSP	Protocoles d'intervention clinique à l'usage des paramédics en soins primaires
PMO	Planification de la main-d'œuvre
PSA	Technicien ambulancier paramédic en soins avancés
RAO	Répartition assistée par ordinateur
RCED	Rédaction et conservation électronique des données de soins
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RENIR	Réseau national intégré de radiocommunication
RMU	Répartiteur médical d'urgence
RSSS	Réseau de la santé et des services sociaux
SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
SAG	Service aérien gouvernemental
SISPUQ	Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec
SRPNI	Secrétariat aux relations avec les Premières Nations et les Inuit
TAP	Technicien ambulancier paramédic
TMH	Transport médical hélicoptéré

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
UN PLAN D'ACTION QUI RESPECTE LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE	5
UN PLAN D'ACTION QUI INTÈGRE L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES	7
LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL	9
AXE 1 – FAVORISER L'INTERVENTION CITOYENNE	10
1.1 Implication citoyenne	11
1.2 Déploiement des défibrillateurs externes automatisés (DEA)	13
AXE 2 – DÉVELOPPER ET OPTIMISER LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE	15
2.1 Premiers répondants	15
2.2 Desserte préhospitalière	16
2.3 Transport aérien et hélicoptère	21
2.4 Communautés des Premières Nations et Inuit	25
2.5 Paramédecine de régulation	27
2.6 Soutien médical à distance	29
2.7 Paramédecine communautaire	30
2.8 Interétablissement	32
AXE 3 – SOUTENIR LA MODERNISATION DES ACTIVITÉS PRÉHOSPITALIÈRES	35
3.1 Professionnalisation	36
3.2 Évolution des activités préhospitalières	37
3.3 Transformation numérique	40
AXE 4 – AMÉLIORER LA GESTION ET L'EFFICIENCE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS	45
4.1 Capital humain et culture mobilisatrice	46
4.2 Gouvernance et transparence	48
MESURES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION	53
CONCLUSION	55
BIBLIOGRAPHIE	57
ANNEXE A – TABLEAU SYNTHÈSE	61

INTRODUCTION

Adoptée en 2002, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (RLRQ, chapitre S-6.2) (LSPU) 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.

Cette réponse efficace repose, entre autres, sur la mobilisation d'un grand nombre d'intervenants formant la chaîne d'intervention préhospitalière dont la mission commune est de servir adéquatement l'utilisateur en lui assurant des soins et des services de qualité. Les premiers intervenants, les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU), les premiers répondants, les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et les établissements de santé assument tous un rôle primordial lors du traitement d'un appel d'urgence.

Chaque année, au Québec, les TAP transportent plus de 710 000 usagers vers des établissements de santé. Les coûts des services préhospitaliers d'urgence représentent plus d'un milliard de dollars annuellement et connaissent une hausse de 143 % de 2011 à 2023. L'évolution des services préhospitaliers d'urgence pose aujourd'hui des défis connus et soulevés dans des travaux menés depuis l'adoption de la LSPU en 2002.

Alors que les besoins de la population québécoise ne cessent d'augmenter, et qu'elle se situe dans un contexte d'accroissement et de vieillissement, il est fondamental de moderniser les services préhospitaliers et d'opérer un changement de culture en profondeur afin d'offrir une approche systémique efficace permettant de mieux répondre aux attentes des citoyens. Les Québécois doivent pouvoir recevoir les bons soins au bon endroit en comptant sur des services préhospitaliers d'urgence efficaces et de qualité offerts par les bons intervenants.

La Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence : « Une transformation au bénéfice de tous »¹, publiée le 14 juin 2022, a été élaborée en réponse aux différents groupes de travail et aux rapports ayant proposé des modifications au système préhospitalier d'urgence au cours des dernières années. Par cette politique, le gouvernement traduit sa volonté de mettre en place des éléments structurants dans le secteur préhospitalier afin d'atteindre trois cibles :

1. Améliorer le service à la population par l'évolution du système préhospitalier d'urgence en y intégrant un volet parahospitalier.
2. Développer l'offre de services du système préhospitalier d'urgence et voir à son intégration au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).
3. Améliorer l'utilisation des ressources disponibles dans le système préhospitalier d'urgence afin de contrôler les coûts.

1 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Une transformation au bénéfice de tous – Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410/?&txt=politique%20gouvernementale&msss_valpub&date=DESC

Le présent plan d'action gouvernemental énonce les chantiers et les initiatives mettant concrètement en œuvre cette politique. Il précise les initiatives à entreprendre, les objectifs à atteindre, les échéanciers à établir ainsi que les ressources nécessaires à la mise en œuvre des orientations gouvernementales.

En complémentarité des consultations menées par le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU), qui ont permis l'adoption de la Politique, la Direction des services préhospitaliers d'urgence a tenu de nombreuses consultations avec les parties prenantes de l'écosystème afin de leur présenter les orientations de la Politique et d'échanger au sujet des propositions de mesures destinées à transformer le système préhospitalier d'urgence. Ces consultations ont pris la forme d'ateliers de discussion et d'un sondage à remplir. Dans ce cadre, plus de 40 rencontres ont été organisées, rassemblant près de 350 acteurs du milieu en vue d'échanger sur les objectifs des travaux en cours.

La mission, la vision, les valeurs et les principes du système préhospitalier d'urgence québécois présentés dans la Politique sont à la base de l'élaboration et de la mise en œuvre des initiatives contenues dans ce plan d'action.

Ces améliorations accroîtront l'efficacité du système préhospitalier d'urgence, ce qui mènera, par conséquent, à de meilleurs soins préhospitaliers d'urgence prodigués à l'ensemble des usagers.

Santé Québec : Projet de loi visant à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace (PL15)

Le présent plan d'action est élaboré dans un contexte de transition majeure des rôles et responsabilités entre le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et Santé Québec. Cette évolution découle du projet de loi n° 15, qui, une fois adopté, entraînera un transfert substantiel de nombreuses responsabilités assumées par le ministère vers Santé Québec. Un exemple notable de ce changement est le déplacement de l'autorité du directeur médical national, qui ne sera plus du ressort du ministre, mais de celui de Santé Québec. De même, les pouvoirs de surveillance et de contrôle (art. 8, 32, 33, 34 et 35) actuellement exercés par le ministre et le gouvernement sur les centres de communication santé (CCS) seront désormais exercés par Santé Québec.

Il est donc essentiel de concevoir ce plan d'action en gardant à l'esprit que certaines des initiatives initialement portées par le MSSS pourraient finalement être transférées à Santé Québec. Ce changement de responsabilités impactera potentiellement la mise en œuvre et la gestion des travaux, nécessitant ainsi une coordination et une collaboration accrues entre les différents acteurs concernés.

Par conséquent, la planification, la coordination et l'exécution de ces initiatives doivent être envisagées dans un contexte de transition institutionnelle et de reconfiguration des rôles et des pouvoirs décisionnels. Cela appelle à une flexibilité et à une adaptabilité dans la mise en œuvre du plan d'action, en reconnaissant que des changements pourraient être nécessaires pour tenir compte de cette nouvelle répartition des responsabilités. Une communication transparente et une étroite collaboration entre le MSSS, Santé Québec et les acteurs du milieu préhospitalier seront essentielles pour garantir une transition en douceur et une réalisation efficace des objectifs stratégiques énoncés dans ce plan d'action.

Sources de financement

Le financement du présent plan d'action gouvernemental provient des sources suivantes, incluant des mesures annoncées aux trois derniers discours sur le budget :

- **Budget des services préhospitaliers d'urgence** du ministère de la Santé et des Services sociaux (autofinancement);
- **Plan budgétaire 2023-2024** (section D, Rendre le réseau de la santé plus performant et plus humain, Améliorer les soins et services de santé par des changements structurels et durables). Sur la durée du plan d'action gouvernemental l'investissement total sera de 125 M\$ sur cinq ans pour instaurer un service de transport médical par hélicoptère.
 - À l'année 6, la récurrence annuelle sera de 40 M\$.
- **Plan budgétaire 2022-2023** (section C, Effectuer des changements importants au sein des établissements de santé, Améliorer les services préhospitaliers d'urgence). Sur la durée du plan d'action gouvernemental l'investissement total sera de 446,5 M\$ sur cinq ans pour améliorer les services préhospitaliers d'urgence.
 - À l'année 6, la récurrence annuelle sera de 108 M\$.
- **Plan budgétaire 2021-2022** (section B, Rehausser les soins et les services en santé, Améliorer l'accès aux services de première ligne, Faciliter l'accès aux services médicaux de première ligne qui inclut le projet de régulation des transports). Sur la durée du plan d'action gouvernemental l'investissement total sera de 55,2 M\$ sur cinq ans pour la régulation ambulancière.
 - À l'année 6, la récurrence annuelle sera de 11,1 M\$.

UN PLAN D'ACTION QUI RESPECTE LES PRINCIPES DU DÉVELOPPEMENT DURABLE

Conformément à l'article 6 de la *Loi sur le développement durable* (RLRQ, c. D-8.1.1)², les chantiers entamés dans le cadre de la transformation des services préhospitaliers d'urgence prendront en compte les principes du développement durable dans l'élaboration et la mise en œuvre de leurs initiatives. Ainsi, plusieurs orientations traduisant ces principes seront mises de l'avant, notamment :

- Améliorer la santé et la qualité des milieux de vie et assurer un renforcement de la chaîne d'intervention préhospitalière par l'implication citoyenne ainsi que par l'optimisation de la couverture préhospitalière.
- Exercer une responsabilité administrative et éthique prônant la transparence, la collaboration et la reddition de comptes des différentes organisations du système préhospitalier d'urgence.
- Assurer une transition technologique responsable en favorisant l'accès à cette dernière tout en appuyant l'innovation et le développement technologiques.
- Miser sur l'acceptabilité sociale et la subsidiarité et déléguer les pouvoirs et la prise de décision aux régions sociosanitaires.

La considération de ces principes amène le ministère et ses collaborateurs à considérer davantage les enjeux environnementaux, sociaux et économiques de leurs actions, et ce, avant, pendant et après leur mise en œuvre.

2 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur le développement durable*. RLRQ, c. D-8.1.1. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/d-8.1.1>

UN PLAN D'ACTION QUI INTÈGRE L'ANALYSE DIFFÉRENCIÉE SELON LES SEXES

En usage au gouvernement du Québec depuis 1997, l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) fait partie des approches adoptées par le Québec pour favoriser l'atteinte de l'égalité de fait entre les femmes et les hommes. Plus précisément, l'ADS consiste à prévenir la création ou la reproduction d'inégalités entre les femmes et les hommes.

Il est important de souligner que l'égalité entre les femmes et les hommes est une valeur fondamentale au Québec. Il s'agit d'un principe inscrit dans la *Charte des droits et libertés de la personne* (RLRQ, c. C-12)³ ainsi que dans les objectifs de développement durable de l'Organisation des Nations Unies⁴. L'analyse différenciée selon les sexes, en fonction des réalités et des besoins différenciés des acteurs du secteur, permet de discerner, de façon préventive, les impacts des actions sur la vie des femmes et des hommes. L'ADS contribue à l'atteinte d'un des trois grands objectifs gouvernementaux de développement durable, soit : assurer l'équité sociale pour permettre le plein épanouissement de toutes les femmes et de tous les hommes, l'essor des communautés et le respect de la diversité. La *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes (2022-2027)*⁵, à laquelle le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) est partie prenante, annonce le renforcement de l'application de l'ADS à l'échelle gouvernementale.

L'association du logo ADS à un projet représente un engagement des ministères et organismes envers la population, pour une action concrète en faveur de l'égalité entre les femmes et les hommes.

En ce sens, il apparaît essentiel d'intégrer l'ADS dans ce plan d'action afin de s'assurer que l'égalité de fait entre les femmes et les hommes soit partie prenante des actions qui seront posées.

3 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Charte des droits et libertés de la personne*. RLRQ, c. C-12. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-12>

4 Programme des Nations Unies pour le développement. (2023). *En route pour 2030 – Accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable*. <https://www.undp.org/fr/en-route-pour-2030-acceler-les-progres-vers-latteinte-des-objectifs-de-developpement-durable>

5 Secrétariat de la condition féminine. (2022). *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/secretariat-condition-feminine/publications#c85512>

LE PLAN D'ACTION GOUVERNEMENTAL

Les quatre axes du plan d'action ont été élaborés en prenant en compte les dernières années de constats, les résultats des consultations ainsi que les orientations et objectifs de la Politique⁶. Ceux-ci visent à bien illustrer la volonté du gouvernement d'optimiser, de mobiliser et de renforcer chacun des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière, et ce, du premier intervenant jusqu'au centre hospitalier. Ces axes sont les suivants :

1. Favoriser l'intervention citoyenne.
2. Développer et optimiser la chaîne d'intervention préhospitalière.
3. Soutenir la modernisation des activités préhospitalières.
4. Améliorer la gestion et l'efficacité des services préhospitaliers.

Afin de mobiliser les parties prenantes et de favoriser l'appropriation des initiatives par les acteurs touchés, celles-ci ont été rassemblées en 15 chantiers porteurs et attendus, qui impacteront de manière importante la performance, la transparence et l'optimisation des services préhospitaliers d'urgence.

6 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Une transformation au bénéfice de tous – Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410/?&txt=22-929-02&msss_valpub&date=DESC

AXE 1 – FAVORISER L'INTERVENTION CITOYENNE

S'il est rassurant pour la population de voir arriver le plus rapidement possible les premiers répondants et les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) lors d'une situation d'urgence chronodépendante, la littérature scientifique atteste de l'importance cruciale de la défibrillation et le recours précoce à des manœuvres de réanimation cardiorespiratoire (RCR) pour la survie de l'utilisateur en arrêt cardiorespiratoire, avant l'arrivée des premiers répondants et des services ambulanciers⁷.

Force est de constater que le Québec présente un retard sur cette question lorsque comparé à d'autres nations comme la Norvège, où le taux de formation des citoyens en premiers secours, ainsi que celui des interventions lors de situation d'urgence, sont plus élevés⁸. Il est donc fondamental de mobiliser la population et de l'outiller, tant dans son rôle d'utilisateur des services préhospitaliers que dans celui de premier intervenant.

Lorsqu'un arrêt cardiaque survient, chaque minute sans intervention diminue les chances de survie de 7 % à 10 %. Ainsi, l'accès à un défibrillateur externe automatisé (DEA) en quelques minutes pourrait augmenter annuellement près de 50 % le nombre de survivants au Québec. Les données démontrent qu'un DEA pourrait améliorer les chances de survie dans 80 % des cas d'arrêt cardiorespiratoire. D'ailleurs, malgré certaines croyances, les DEA peuvent être utilisés de façon sécuritaire et avec une grande efficacité, sans aucune formation préalable, et ce, entre autres, par des enfants âgés d'aussi peu que 11 ans⁹. Ce qui démontre toute l'importance d'une meilleure connaissance des premiers secours par tous les citoyens.

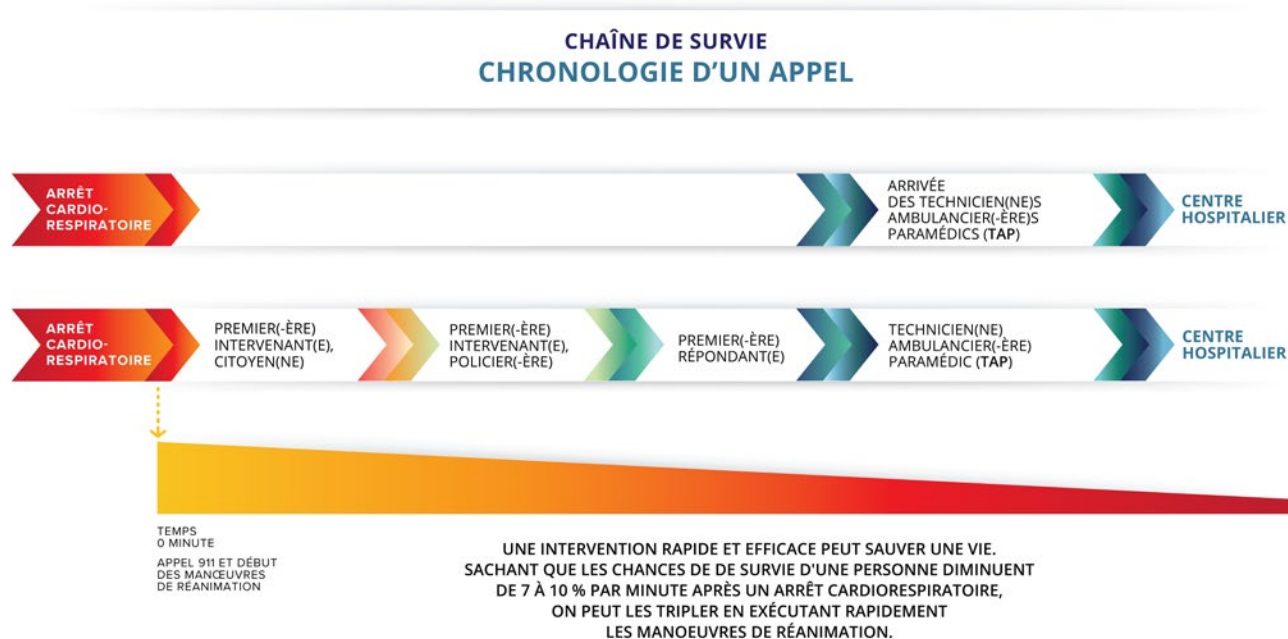
À cet égard, il faut renforcer la confiance des premiers intervenants quant à leurs compétences et à leurs habiletés à intervenir. C'est pourquoi il est nécessaire de mieux les outiller en misant sur des formations adéquates et sur l'accès à des équipements de premiers secours. De plus, le gouvernement incitera les citoyens à acquérir une meilleure connaissance des premiers secours et à utiliser les services préhospitaliers de façon adéquate. Cette façon de faire vise à mobiliser les efforts de tous afin de développer une culture d'assistance aux personnes en détresse.

7 Gundry, J. W., Comess, K. A., DeRook, F. A., Jorgenson, D. et Bardy, G. H. (1999). Comparison of Naïve Sixth-Grade Children With Trained Professionals in the Use of an Automated External Defibrillator. *Circulation*, 100(16), 1703-1707 (disponible en anglais seulement). <https://doi.org/10.1161/01.CIR.100.16.1703>

8 Bakke, H. K., Steinvik, T., Angell, J. et Wisborg, T. (2016). A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emergency Medicine*, 17(6) (disponible en anglais seulement). <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0116-7>

9 *Ibid.*

Illustration de la chaîne d'intervention préhospitalière et de l'importance de chaque maillon



Chantiers :

- Implication citoyenne ;
- Déploiement des DEA.

1.1 IMPLICATION CITOYENNE

ADS➤ 1.1.1 Soutenir et stimuler l'implication citoyenne

Les citoyens jouent un rôle primordial dans la chaîne d'intervention préhospitalière. En effet, les études démontrent que l'intervention citoyenne augmente de trois fois la survie d'une victime d'arrêt cardiorespiratoire¹⁰. Les premiers intervenants doivent être en mesure d'identifier les situations d'urgence et de connaître les gestes à poser rapidement. Ainsi, la connaissance des soins de premiers secours par les citoyens est essentielle afin d'augmenter le taux de survie des personnes en détresse.

Cette initiative vise donc à mettre en place des actions pour sensibiliser la population sur l'importance de l'intervention citoyenne dans la chaîne d'intervention préhospitalière. Il est notamment prévu de développer et de déployer une stratégie de sensibilisation et des outils d'information visant le grand public afin d'accroître l'implication des premiers intervenants.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : municipalités

Investissement total sur 5 ans : 1,215 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2027

10 Pollack, R. A., Brown, S. P., Rea, T., Aufderheide, T., Barbic, D., Buick, J. E., Christenson, J., Idris, A. M., Jasti, J., Kampp, M., Kudenchuck, P., May, S., Muhr, M., Nichol, G., Ornato, J. P., Sopko, G., Vaillancourt, C., Morrison, L. et Weisfeldt, M. (2018). Impact of Bystander Automated External Defibrillator Use on Survival and Functional Outcomes in Shockable Observed Public Cardiac Arrests. *Circulation*, 137(20), 2104-2113 (disponible en anglais seulement). <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030700>

1.1.2 Former les citoyens en premiers secours

Afin d'accroître le nombre de citoyens ayant la capacité d'intervenir lors d'une situation d'urgence, il est prévu de mettre en place des mesures favorisant le développement des connaissances et des compétences lors de situations chronodépendantes. De façon à rendre plus accessibles et disponibles les formations, l'offre et les mesures incitatives de formation en secourisme seront revues. La formation en secourisme ne devra pas couvrir uniquement la RCR, mais aussi l'administration de naloxone pour secourir une personne en possible surdose d'opioïdes.

Considérant le manque de données disponibles, la première étape vise à déterminer le pourcentage de la population qui a une formation en premiers secours. En fonction des résultats, une cible réaliste, mais ambitieuse, pourra être établie afin de rapprocher le contexte québécois de celui d'un pays comme la Norvège, dont 80 % de la population a déjà suivi une formation en premiers secours. De plus, une cible très ambitieuse de 100 % a été fixée afin que l'ensemble du personnel du réseau de la santé et des services sociaux soit formé en premiers secours d'ici 2030.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, CNESST, INSPQ, MEQ, MES, SAAQ

Investissement total sur 5 ans : 2,375 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2028

ADS 1.1.3 Déployer un programme de reconnaissance de l'action citoyenne

Afin de renforcer la culture d'assistance aux personnes en détresse, il apparaît primordial de faire preuve de reconnaissance envers les personnes qui agissent à titre de premier intervenant.

Ainsi, pour soutenir et souligner l'engagement des citoyens, l'initiative consiste à développer et à mettre sur pied un programme de reconnaissance de l'action citoyenne visant à reconnaître la contribution de personnes ou d'organisations dans la chaîne d'intervention préhospitalière. Cette initiative permettra d'accroître à la fois les connaissances des premiers intervenants et la responsabilisation des citoyens à travers ce rôle. En pratique, cette initiative s'intégrera aux programmes existants.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : 240 000 \$

Échéancier de réalisation : 2024-2026

1.1.4 Renforcer l'engagement et la communication entre les citoyens et les services préhospitaliers d'urgence

En s'engageant conjointement avec les citoyens dans une mission sociétale d'assistance aux personnes en détresse, le gouvernement souhaite développer une meilleure collaboration entre les acteurs du secteur préhospitalier d'urgence et les citoyens, afin que chacun se mobilise en fonction de son rôle et de l'importance de son apport dans la chaîne d'intervention préhospitalière.

Il est prévu de mettre en place une déclaration d'engagement mutuelle entre le MSSS et les citoyens afin de traduire cette volonté réciproque.

En cohérence avec le Plan santé, cette initiative vise également à offrir aux citoyens un accès transparent aux données du système préhospitalier, car cet aspect est essentiel pour que ceux-ci puissent en dégager une vision globale et être informés de la situation réelle, en particulier en ce qui concerne les délais de réponse des services de premiers répondants et des services ambulanciers dans leur municipalité. En partageant des informations pertinentes sur les temps de réponse et les ressources disponibles, les citoyens peuvent mieux comprendre les réalités opérationnelles et logistiques des services préhospitaliers, mais aussi l'importance d'utiliser les ressources ambulancières disponibles adéquatement. Cette transparence permet également d'établir des attentes réalistes tout en favorisant une confiance mutuelle entre les acteurs des services d'urgence et la population.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2025-2028

1.2 DÉPLOIEMENT DES DÉFIBRILLATEURS EXTERNES AUTOMATISÉS (DEA)

Projet de loi encadrant l'accès public aux défibrillateurs externes automatisés et leur enregistrement

Un DEA est un petit appareil portatif qui permet d'analyser le rythme cardiaque d'une personne et de donner une décharge électrique au cœur afin de corriger certaines activités électriques anormales du cœur.

Environ 9 000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque chaque année au Québec. Chaque minute suivant l'arrêt cardiaque diminue les chances de survie de 10 % par minute écoulée¹¹.

À l'heure actuelle, rien n'oblige un propriétaire d'immeuble à bureau, ou à vocation commerciale, ou offrant des services à la communauté, à acheter, à installer et à enregistrer son appareil, ce qui nuit à l'accessibilité à des DEA pour les secouristes et les citoyens. Une étude examinant les registres des provinces canadiennes, place le Québec en avant-dernière position avec 27 DEA par 100 000 habitants, soit douze fois moins que le Manitoba avec ses 324 DEA par 100 000 habitants¹².

Une loi à ce sujet augmenterait l'accès public à la défibrillation et mettrait en avant le principe stipulant que la santé n'est pas uniquement la responsabilité des professionnels de la santé, mais aussi celle de chacun des citoyens et de toute la communauté.

11 *Ibid.*

12 D'Amours, L., Negreanu, D., Neves Briard, J., de Champlain, F. et Homier V. (2021). Assessment of Canadian Public Automated External Defibrillator Registries. *CJC Open*, 3(4), 504-509 (disponible en anglais seulement). <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.12.013>

1.2.1 Mettre en œuvre la stratégie globale de déploiement des défibrillateurs externes automatisés (DEA)

La présente initiative consiste à mettre sur pied un projet pilote de déploiement de 1 000 DEA sur le territoire québécois, et ce, en deux phases. La première phase a été mise en œuvre en partenariat avec les institutions Banque Nationale et Desjardins. En effet, la facilité d'accès des guichets automatiques, leur disponibilité et leur répartition régionale sont des facteurs de succès d'un tel déploiement. Cette première phase permettra d'observer les difficultés et enjeux rencontrés en vue de faciliter les prochaines étapes de déploiement.

De plus, un registre national des DEA a été mis en place, en partenariat avec la Fondation Jacques-de Champlain. Cet outil permet de géolocaliser les appareils à proximité et d'y diriger les citoyens lors de situations d'urgence. Il est aussi prévu d'arrimer ce registre aux centres de communication santé (CCS) afin de pouvoir diriger les premiers intervenants vers le DEA le plus près.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CCS, Desjardins, Banque Nationale, Fondation Jacques-de Champlain

Investissement total sur 5 ans : 3,5 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2025

1.2.2 Proposer une loi encadrant l'accès public aux défibrillateurs externes automatisés et leur enregistrement

Au Québec, l'accès aux DEA demeure difficile et se traduit par une utilisation restreinte de ceux-ci. Afin de garantir un accès à toute la population québécoise, il est prévu de proposer un projet de loi sur l'accès public à la défibrillation.

Cette loi préciserait notamment les lieux qui devraient disposer d'un DEA, le rôle et les responsabilités des propriétaires de ces lieux, ainsi que l'enregistrement des DEA au registre national. Partenaire du MSSS en ce qui concerne la stratégie de déploiement des DEA au Québec, la Fondation Jacques-de Champlain estime que la mise en place d'une loi sur les DEA avec une stratégie optimisée d'accès et de sensibilisation de la population permettrait de sauver 200 personnes supplémentaires par année.

Porteur : MSSS

Collaborateur : Fondation Jacques-de Champlain

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2026

AXE 2 – DÉVELOPPER ET OPTIMISER LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

Le développement et l'optimisation de la chaîne d'intervention préhospitalière sont essentiels afin d'améliorer la réponse des services préhospitaliers d'urgence et les délais de prise en charge des demandes nécessitant une intervention rapide. Cette chaîne d'intervention est composée d'un grand nombre d'acteurs.

Pour la rendre plus efficiente, il faudra accroître la diversification et la complémentarité des ressources qui la composent. Entre autres, les mesures visant l'implantation de la paramédecine de régulation et de la paramédecine communautaire permettront de mobiliser l'ensemble de ces ressources et contribueront à l'efficacité du secteur en évitant des transports vers les centres hospitaliers, tout en répondant mieux aux besoins des usagers. Le déploiement de ces mesures devra être adapté aux besoins et aux particularités régionales afin d'assurer une réelle amélioration des services en fonction des ressources déjà présentes sur le territoire.

De plus, le MSSS mettra en place une carte interactive permettant d'effectuer une analyse complète et systémique de la couverture préhospitalière, afin de faciliter la tâche des autorités, qui pourront prendre des décisions s'appuyant sur des données probantes, lesquelles seront mises en œuvre au réel bénéfice de la population.

Chantiers :

- Premiers répondants ;
- Desserte préhospitalière ;
- Transport aérien et hélicopté ;
- Communautés des Premières Nations et Inuit ;
- Paramédecine de régulation ;
- Soutien médical à distance ;
- Paramédecine communautaire ;
- Interétablissement.

2.1 PREMIERS RÉPONDANTS

2.1.1 Revoir le cadre contractuel du programme « Premiers répondants »

Les premiers répondants représentent un maillon de la chaîne d'intervention préhospitalière d'urgence, qui est sous la responsabilité des municipalités et dont la vocation est de fournir rapidement, à partir d'une affectation d'un CCS, les premiers soins de stabilisation nécessaires à une personne dont l'état le requiert en attendant l'arrivée des TAP.

Ainsi, cette initiative consiste à revoir le programme « Premiers répondants » afin d'améliorer la couverture préhospitalière de la population. Pour ce faire, la méthode de financement et les mécanismes de mise en place pour moduler les services en fonction des besoins et des ressources préhospitalières présentes sur le territoire seront revus. Les municipalités devront donc être mobilisées pour s'assurer qu'elles assument leur rôle dans la chaîne d'intervention préhospitalière et qu'elles mesurent l'impact majeur de ce service sur la qualité des soins offerts à leurs citoyens.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, municipalités, Urgences-santé, MSP

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2025

2.1.2 Augmenter le nombre de services de premiers répondants

Lors d'appels chronodépendants, chaque minute compte. L'agilité des services de premiers répondants et leur implantation stratégique au sein des municipalités permettent à ces derniers d'intervenir rapidement dans ce type de situation, réduisant ainsi les risques de mortalité et de morbidité. Ces acteurs de la chaîne d'intervention préhospitalière complètent l'intervention citoyenne et celle des TAP.

La revue du programme « Premiers répondants », notamment par un financement plus adéquat, doit encourager les municipalités à mettre en place des services de premiers répondants afin de favoriser la croissance du nombre de services au Québec. Cette initiative visera à mettre en place un processus d'analyse des besoins de premiers répondants et de leur niveau requis dans toutes les régions, incluant les secteurs hors du réseau routier, de façon à assurer une réponse systémique sur l'ensemble du territoire. Actuellement, 50 % de la population québécoise est couverte par un service de premiers répondants et l'objectif est d'atteindre 80 % d'ici 2028.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, municipalités, Urgences-santé, MSP

Investissement total sur 5 ans : 92,7 M\$

Échéancier de réalisation : en continu

2.2 DESSERTE PRÉHOSPITALIÈRE

2.2.1 Utiliser des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés lors des transferts interétablissements en remplacement du personnel hospitalier

Les techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés (PSA) sont des intervenants préhospitaliers hautement qualifiés en soins critiques, qui peuvent, dans certaines situations, compléter l'équipe soignante lors de transferts interétablissements.

Cette initiative consiste donc à déployer des PSA plutôt que du personnel en soins infirmiers et en soins cardiorespiratoires durant les transports interétablissements lorsque les actes professionnels sont partagés, ce qui assure ainsi une utilisation plus efficiente des ressources humaines.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.2.2 Mettre en place des mécanismes pour baliser la couverture ambulancière incluant la conversion des horaires de faction

Cette initiative propose une réforme de l'évaluation de la couverture ambulancière, notamment la conversion des horaires de faction en horaires à l'heure. Elle met en œuvre le *Cadre de référence – Orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière*¹³, qui guide les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) dans leur processus d'évaluation de leur desserte ambulancière et leur analyse associée à toute demande de conversion d'horaire ou d'ajout d'heures de service ambulancier. Ce cadre de référence vise une adéquation et une équité entre les demandes de transformation d'horaires ou d'ajout de ressources ambulancières et les besoins populationnels.

En s'appuyant sur les balises du cadre de référence, le gouvernement souhaite poursuivre la bonification de la couverture ambulancière selon les besoins de la population.

Les transformations d'horaires et les ajouts de ressources ambulancières devront être autorisés par le Conseil du trésor et être réalisés en cohérence avec la disponibilité des ressources humaines et de la pertinence opérationnelle. Ainsi, ces conversions représenteront un réel bénéfice pour la population tout en favorisant l'optimisation des ressources ambulancières et l'intégration des services préhospitaliers d'urgence à l'offre de services de première ligne.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 238 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2024

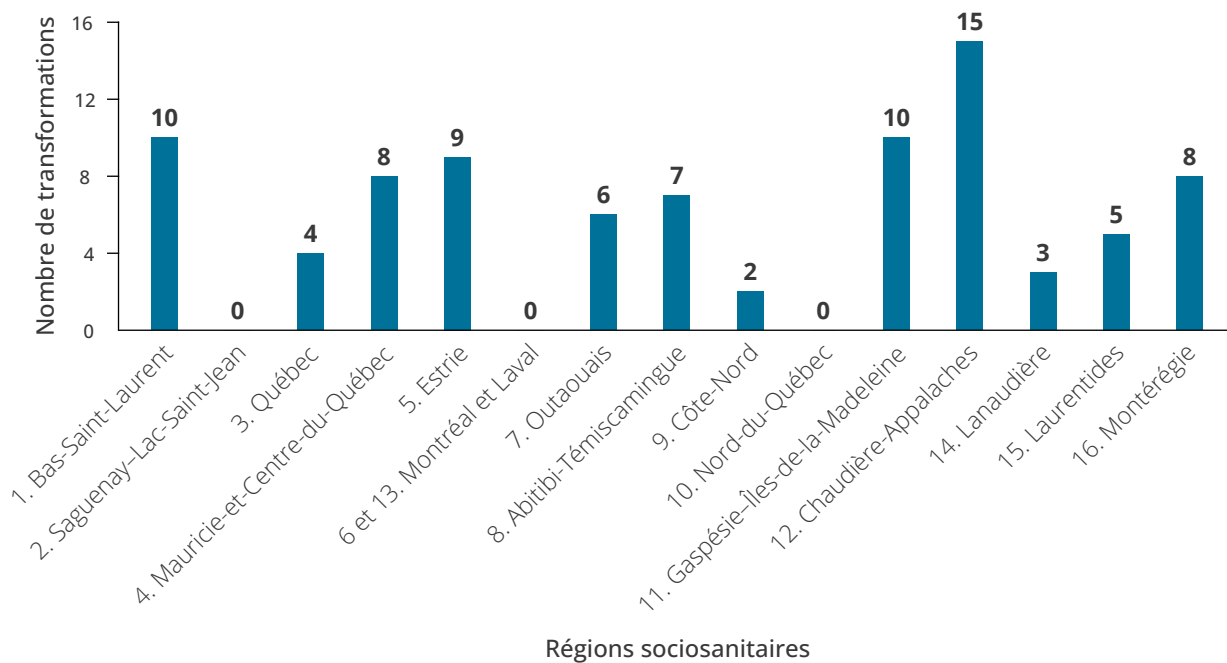
Amélioration de la couverture ambulancière régionale

Dans l'intention d'offrir une qualité de service accrue à la population en réduisant les délais d'intervention pour une couverture territoriale optimale, le ministre s'est engagé à accroître la conversion ou la bonification des horaires de faction.

Depuis 2012, un investissement récurrent de plus de 98 M\$ a été réalisé pour optimiser la couverture ambulancière, dont près de 64 M\$, qui ont servi à convertir des horaires de faction. À ce jour, environ 87 horaires de faction ont été remplacés par des horaires à l'heure. Uniquement au cours de l'exercice 2022-2023, pas moins de 49 horaires de faction ont été transformés, contribuant ainsi de manière significative à l'amélioration de la couverture ambulancière. Il convient de souligner que ces investissements conduisent à des améliorations concrètes reflétant le progrès du système préhospitalier.

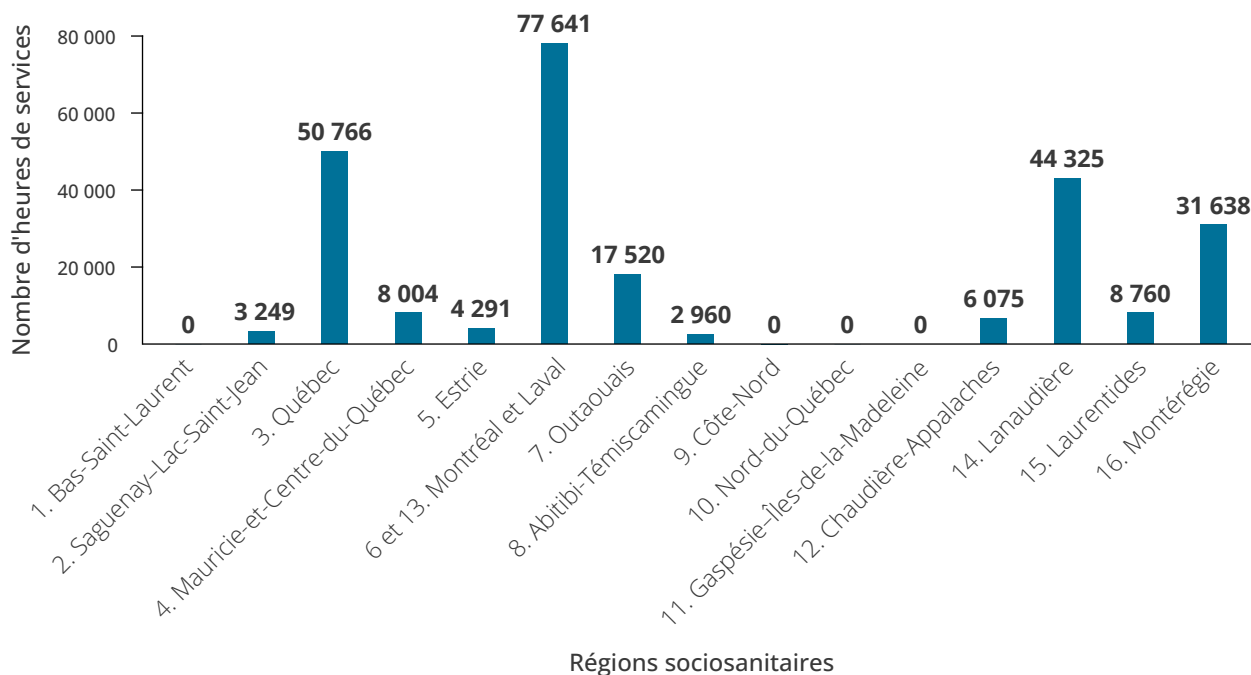
13 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Cadre de référence – Orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003405/>

Transformation d'horaires de faction En horaires à l'heure



Ce graphique fait état des données représentant le nombre d'horaires de faction qui ont été transformés en horaires à l'heure dans chaque région du Québec entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2023.

Heures de services ambulanciers ajoutées



Ce graphique illustre le nombre d'heures permanentes de services ambulanciers ajoutées par région entre le 1^{er} avril 2012 et le 31 mars 2023.

2.2.3 Uniformiser les protocoles opérationnels pour l'ensemble des centres de communication santé (CCS)

Alors qu'il incombe au ministre de la Santé et des Services sociaux de produire des protocoles opérationnels en vertu de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (LSPU)¹⁴, chacun des CCS a, au fil du temps, élaboré ses propres protocoles opérationnels relativement au déploiement des ressources ambulancières au Québec, ce qui a engendré des différences régionales. Celles-ci occasionnent des disparités sur le plan des règles d'affectation, ce qui peut se traduire par une iniquité dans l'attribution des ressources ambulancières. Ce constat peut, dans certaines situations, influencer la fluidité et l'efficacité de l'ensemble des opérations préhospitalières dans les régions et ainsi affecter la qualité du service offert à la population.

L'uniformisation des protocoles opérationnels pour l'ensemble des CCS est un volet essentiel afin d'assurer une coordination plus efficace et un niveau de prestation de services harmonisé entre les différentes régions.

En collaboration avec les CISSS/CIUSSS et les CCS, cette initiative permettra d'encadrer l'élaboration des procédures d'affectations des ressources ambulancières de façon à atteindre une meilleure cohésion provinciale et une uniformité des normes d'accessibilité aux services ambulanciers d'une région à l'autre.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CCS, établissements du RSSS, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.2.4 Assurer une gestion contemporaine des ruptures de services ambulanciers

Plusieurs milliers d'heures de services ambulanciers sont non livrées chaque année au Québec. Ces situations engendrent des ruptures de services, interrompant ainsi la chaîne d'intervention préhospitalière. Ces ruptures de services peuvent notamment occasionner des retards dans les soins et donc causer une aggravation des risques pour le patient et une augmentation de la charge de travail pour les TAP. Les causes de ces ruptures sont multiples, par exemple des bris d'équipement, des véhicules inutilisables, des systèmes de télécommunications non fonctionnels, ou un manque de personnel.

Afin de s'assurer que les services préhospitaliers d'urgence soient maintenus en tout temps, des objectifs ambitieux ont été fixés aux entreprises ambulancières, dans le cadre du contrat de service 2023-2026, ainsi qu'à Urgences-santé afin que celles-ci soient imputables au sujet des services qu'elles se sont engagées à livrer pour desservir la population. Cette initiative est complémentaire à plusieurs autres initiatives, car elle consiste à baliser les actions, les rôles et les responsabilités des acteurs du milieu préhospitalier quant à la gestion et à la prévention des risques de rupture des services ambulanciers. Des mesures d'exception en cas de défaut de services ambulanciers seront définies afin d'assurer un service à la population. Ces mesures seront incluses dans le plan triennal d'organisation des services des établissements¹⁵.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

14 Un centre de communication santé doit, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, respecter les protocoles approuvés par le ministre.

15 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Cadre normatif sur l'organisation des services*. Gouvernement du Québec. Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et la Corporation d'urgences-santé – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. (gouv.qc.ca)

2.2.5 Réduire le temps passé par les ressources ambulancières dans les centres hospitaliers

Actuellement, la durée moyenne d'une intervention préhospitalière au Québec entre le départ vers le lieu de prise en charge et le départ de l'urgence du centre hospitalier est d'une heure quarante minutes (100 minutes), dont 50 minutes passées à l'hôpital¹⁶. À Montréal, Québec, Laval ou Gatineau, le temps passé au centre hospitalier lors de chaque transport dépasse les 55 minutes.

Cette initiative vise à réduire le délai entre l'arrivée de l'utilisateur transporté en ambulance et la remise en disponibilité de la ressource ambulancière, afin d'augmenter la disponibilité ambulancière. Il est prévu de recenser les mesures ayant un impact positif important sur les délais et de les partager à travers le RSSS, notamment en mettant en place un système de communication permettant aux TAP de communiquer avec le personnel de l'urgence en tout temps. De plus, l'initiative a comme objectif de responsabiliser les différents intervenants au sujet de l'impact du temps passé en centre hospitalier, notamment en intégrant des indicateurs de performance au contrat de services ambulanciers conclu avec les entreprises ambulancières. La possibilité d'intégrer cet élément dans les ententes de gestion et d'imputabilités des présidents-directeurs généraux des CISSS/CIUSSS sera également explorée. La cible fixée est de 45 minutes passées en centre hospitalier en moyenne au Québec d'ici 2026, et ce, afin de récupérer l'équivalent de 50 000 heures de disponibilité ambulancière.

Porteurs : MSSS, établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 7,65 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2026

2.2.6 Instaurer un cadre de planification du soutien clinique lors de grands événements

Un événement ponctuel d'envergure, tel qu'un concert, un festival ou un événement sportif, peut avoir un impact important sur les services d'urgences d'une localité, particulièrement sur les services préhospitaliers d'urgence. Ces rassemblements attirent souvent un grand nombre de personnes, créant ainsi une concentration inhabituelle de la population dans un même lieu, et ce, pour une période restreinte. Cette situation peut entraîner une série de défis pour les services préhospitaliers d'urgence qui doivent être prêts à répondre à un afflux soudain de demandes d'interventions médicales.

Cette initiative vise à garantir une gestion efficace des risques, une coordination optimale entre les organisateurs de l'événement, les autorités locales et les services préhospitaliers, et une utilisation judicieuse des ressources préhospitalières disponibles lors d'événements. Cette initiative permettra de déterminer les menaces liées aux événements et de prendre les mesures préventives appropriées pour les atténuer, tout en responsabilisant les différents acteurs comme les promoteurs d'événements, les entreprises de premiers soins et les centres intégrés. Une modification législative pourrait être apportée à la LSPU pour permettre la mise en place d'un règlement ministériel venant encadrer plus précisément les obligations des promoteurs d'événements.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : MAMH, MSP

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

16 Gouvernement du Québec. (2023). *Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrIjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00TE5LWE4YjQtZTlzMjZjOTc5NDZjNmZlliwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGltN-DA3NS1iZjZjLWFIMjRlZTFhNzk5Mij9>

2.2.7 Déployer une carte interactive de la couverture préhospitalière

Actuellement, les services préhospitaliers d'urgences sont assurés par plusieurs acteurs, qui forment la chaîne d'intervention préhospitalière. Du citoyen formé en premiers secours, en passant par les premiers répondants et les TAP, l'efficacité de cette chaîne repose, entre autres, sur l'interconnexion entre ses maillons.

Afin de soutenir les établissements du RSSS dans l'organisation des services préhospitaliers sur leur territoire, une carte interactive représentant l'emplacement des différents maillons de la chaîne préhospitalière et leur performance sera élaborée. Combinée au tableau de bord du système préhospitalier d'urgence, cette carte interactive de la couverture préhospitalière représentera un outil d'analyse important favorisant ainsi l'optimisation des ressources préhospitalière sur le territoire du Québec.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

2.3 TRANSPORT AÉRIEN ET HÉLIPORTÉ

2.3.1 Revoir l'entente de services entre le Service aérien gouvernemental (SAG) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

Actuellement, il existe une entente entre le SAG et le MSSS, mais cette dernière doit être renouvelée afin de maintenir, mais aussi d'améliorer l'efficacité, la coordination, la planification et la qualité au sujet du transport aérien. De plus, le renouvellement de l'entente permettra de clarifier le rôle et les responsabilités des parties prenantes et leur permettra d'exercer pleinement leur potentiel tout en étant autonomes.

Pour ce faire, des consultations avec les acteurs impliqués seront tenues. Ces rencontres se voudront collaboratives et auront comme objectif de définir le fonctionnement idéal pour maintenir et améliorer le service entre le SAG et le MSSS.

Porteur : MSSS

Collaborateur : MTMD

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2025

2.3.2 Créer une centrale d'appels destinée au transport aérien

Le MSSS a fait appel à l'expertise du programme de transport sanitaire Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ) du Centre hospitalier universitaire (CHU) de Québec pour élaborer une nouvelle approche de régulation médicale des transferts aéromédicaux, soutenue par un médecin régulateur. Cette démarche vise à prioriser les besoins cliniques des usagers tout en optimisant l'utilisation de la flotte aérienne disponible. Inspiré de pratiques existantes ailleurs au Canada, notamment en Ontario, ce modèle vise à centraliser la majorité, voire la totalité, des demandes de transferts aéromédicaux pour la province.

Des consultations initiales permettront de cerner les besoins et de définir le champ d'action de la centrale de régulation. À cette fin, le CHU de Québec a mis en place une équipe tactique multidisciplinaire affectée au Centre de coordination provinciale des transferts aéromédicaux (CCPTA) pour soutenir ce projet de coordination structurante. Partenaire d'expérience, EVAQ appuiera également le développement futur de la régulation panquébécoise des transferts médicaux héliportés.

Par conséquent, cette initiative vise à améliorer la régulation clinique standardisée de toutes les demandes de transferts médicaux aériens, tout en développant le volet hélicoptère du projet. L'harmonisation coordonnée du déploiement des missions en fonction des besoins cliniques et des ressources disponibles sur l'ensemble du territoire demeure au cœur de ces efforts.

Cette approche intègre également la notion de médecin régulateur et examine les pratiques des autres provinces canadiennes, contribuant ainsi à une gestion plus efficace et efficiente des transferts médicaux aériens.

Porteurs : EVAQ et MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, MTMD (SAG)

Investissement total sur 5 ans : 7,42 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2025

2.3.3 Optimiser l'offre de services en transport aéromédical

Actuellement, le Québec rencontre des défis importants lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins croissants de la population en transports aéromédicaux, en raison de contraintes telles que le vieillissement de la flotte d'avions médicalisés et la pénurie de pilotes. La flotte existante est limitée, ce qui entraîne parfois le report de missions en raison de l'indisponibilité des avions. La pénurie de pilotes affecte d'ailleurs l'ensemble du secteur de l'aviation.

De plus, plusieurs facteurs contribuent aussi à l'augmentation probable des besoins en transports aéromédicaux à venir comme le vieillissement de la population, le manque de ressources dans les régions éloignées, la croissance démographique de certaines régions, l'impact de la sédentarité sur la santé et l'augmentation notoire des transports aéromédicaux des dernières années.

Des actions sont en cours pour optimiser ces transports, notamment par le biais d'une centrale d'appels provinciale et de discussions avec les fournisseurs privés québécois.

Cette initiative a pour objectif de mettre en place plusieurs éléments qui optimiseront l'offre de services aérienne en s'assurant qu'elle couvre adéquatement toutes les régions du Québec, tout en prenant en compte leurs besoins spécifiques et réels. Ainsi, l'initiative sera mise en œuvre par le biais de collectes de données, par la centralisation des demandes, le renforcement de la flotte aérienne, l'exploration de solutions de rechange au transport aérien en fonction des volumes d'appels et par une gestion contractuelle efficace. L'ajout du service d'avion-ambulance pour les transferts urgents sans médecin ainsi que le développement de l'offre de services hélicoptères font d'ailleurs partie intégrante de cette initiative.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : EVAQ, MTMD

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

2.3.4 Développer un service de transport médical hélicoptéré

En dépit des discussions entamées depuis 20 ans, le Québec demeure la seule province canadienne sans transport médical hélicoptéré (TMH) public.

La Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence a ouvert la voie à une première phase de développement en cohérence avec les transferts interétablissements et les besoins des communautés autochtones. Dans le plan budgétaire 2023-2024, le gouvernement a d'ailleurs annoncé un investissement sur 5 ans de 125 M\$ pour soutenir cette initiative.

En soi, l'essence du projet vise à mieux desservir les zones situées entre 75 et 275 km des centres tertiaires. Les TMH ne remplacent pas les ambulances ou les avions-hôpitaux, mais sont pensés pour être une composante intégrée de ce système.

Le projet de TMH vise d'abord les transports interétablissements, au sens large, afin de rendre accessible plus rapidement des soins spécialisés à une clientèle bien précise aux prises avec des pathologies chronodépendantes relevant de la cardiologie, de la neurologie, de la traumatologie, de la néonatalogie et de la pédiatrie.

Comme l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) le décrit dans son rapport¹⁷, chaque TMH engendre des coûts importants pour les contribuables. Il est donc important de développer ce projet d'envergure de manière structurée afin d'assurer que la pertinence clinique et la sécurité des patients soient au cœur des préoccupations.

Le développement du projet de TMH comprend quatre grands jalons :

- la régulation des demandes (projet CCPTA) ;
- la construction d'héliports sécuritaires dans les centres receveurs ;
- les aspects cliniques liés à la mise en service des appareils et à la formation des équipes médicales ;
- les hélicoptères.

Cette initiative contribuera également à répondre à l'appel à l'action n° 77 de la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*¹⁸, en augmentant l'offre et la disponibilité de services de transport d'urgence par TMH directement dans les communautés accessibles¹⁹.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : EVAQ, MTMD

Investissement total sur 5 ans : 125 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2028

17 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *État des connaissances – Le transport médical hélicoptéré (TMH) : analyse des besoins et identification des clientèles*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/le-transport-medical-heliporte-tmh-analyse-des-besoins-et-identification-des-clienteles.html>

18 Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès – Rapport final*. Gouvernement du Québec. <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=2>

19 Transport primaire adapté.

Transport médical hélicoptéré

Le Québec est la seule province canadienne à ne pas avoir une offre de services hélicoptéré sur son territoire. En raison de l'étendue de ce dernier, cela peut entraîner des iniquités en ce qui a trait à l'accès aux soins d'urgence spécialisés.

L'instauration d'un service de TMH, en complément au programme EVAQ, permettra de transporter des usagers situés dans une zone située entre 75 à 275 km d'un centre tertiaire. Ce faisant, ce service aura un impact important sur la rapidité avec laquelle les usagers recevront des soins de santé spécialisés et libérera, au bénéfice de la population, des ressources ambulancières terrestres.

Un premier rapport de l'INESSS, publié en juin 2022, émet des recommandations sur le type d'usagers et décrit les situations pour lesquelles le transport par hélicoptère serait bénéfique²⁰. C'est à partir de ces travaux que les critères de pertinence clinique seront développés, en collaboration avec l'INESSS.

2.3.5 Établir des normes de soins et de gestion du transport médical aérien

Au Québec, l'absence de normes unifiées en ce qui concerne la gestion du transport médical aérien et les soins qui y sont prodigués engendre des situations problématiques réelles qui, dans certains cas, peuvent compromettre la sécurité des usagers en raison d'une offre de soins variable, voire sous optimale, et de retards dans les soins. En effet, des disparités dans la formation et les qualifications du personnel peuvent survenir, nuisant ainsi à la qualité des prestations médicales puisque plusieurs entreprises privées offrent un service de transport médical aérien, en établissant leurs propres normes de soins.

Ainsi, cette initiative consiste à développer des normes claires et adaptées aux besoins spécifiques du transport médical aérien. Ces directives établiront un cadre qui assurera que l'équipement utilisé et les soins prodigués en transport aérien, partout en province et peu importe le fournisseur de service, respectent les plus hauts standards au bénéfice des usagers.

Porteur : MSSS

Collaborateur : MTMD

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2028

20 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *État des connaissances – Le transport médical hélicoptéré (TMH) : analyse des besoins et identification des clientèles*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/le-transport-medical-heliporte-tmh-analyse-des-besoins-et-identification-des-clienteles.html>

2.4 COMMUNAUTÉS DES PREMIÈRES NATIONS ET INUIT

Mieux desservir les communautés autochtones

Mieux desservir les communautés autochtones en matière de services préhospitaliers d'urgence est un objectif répondant à plusieurs enjeux importants. Les communautés autochtones rencontrent des défis uniques en matière d'accès aux soins de santé, y compris aux services préhospitaliers d'urgence.

Ce plan d'action gouvernemental adopte une approche culturellement sécurisante en investissant dans des ressources adaptées, dans le but d'améliorer la desserte préhospitalière dans les communautés autochtones. Plusieurs enjeux dans la mise en place de solutions ont été considérés :

- 1. Éloignement géographique** – De nombreuses communautés autochtones vivent dans des régions éloignées, isolées et difficiles d'accès, ce qui complexifie l'intervention rapide des services préhospitaliers en cas d'urgence et d'évacuation médicale. Les infrastructures routières limitées ou inexistantes et les conditions météorologiques défavorables peuvent également entraver l'accès aux soins.
- 2. Réalité socioculturelle** – Une barrière de langue liée à l'utilisation des langues autochtones peut nuire à la communication avec les intervenants. Une méconnaissance de la culture autochtone peut également entraîner des difficultés lors de la formation ou de la sensibilisation de la population aux premiers secours.
- 3. Manque de ressources humaines et de formation** – Les services préhospitaliers dans les communautés autochtones ne sont pas optimisés et souffrent d'un manque de main-d'œuvre. Il est crucial de s'assurer que le personnel qui offre des services préhospitaliers d'urgence reçoive une formation appropriée afin d'offrir des soins et des services culturellement sécurisants à la population.

Dans son rapport final, la *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*, faisait état des problèmes d'accès aux services de santé dans les communautés autochtones. Les recommandations de la Commission ont donc été prises en compte dans l'élaboration de ce plan d'action²¹.

Pour relever ces défis et améliorer la desserte des communautés autochtones en matière de services préhospitaliers d'urgence, il est essentiel de mettre en œuvre certaines mesures comme :

- Impliquer les communautés autochtones dans la planification et la prestation des services de santé afin de mieux répondre à leurs besoins.
- Adapter la formation et les programmes aux réalités socioculturelles afin de favoriser une meilleure cohabitation entre les communautés autochtones et les services préhospitaliers d'urgence.
- Établir des partenariats entre les organismes de santé, les acteurs locaux et les communautés autochtones pour rendre l'accès plus facile et plus rapide aux services d'urgence.
- Développer des programmes de sensibilisation pour encourager les membres des communautés autochtones à demander de l'aide en cas d'urgence et à faire confiance aux services médicaux disponibles.

21 Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics, *op. cit.*, p. 389 à 432.

2.4.1 Adapter le programme « Premiers répondants » aux communautés des Premières Nations et Inuit

L'adaptation du programme « Premiers répondants » aux communautés des Premières Nations et Inuit est une initiative essentielle pour fournir des services d'urgence et de soins de santé socialement et culturellement appropriés à ces dernières. Cela nécessite une collaboration étroite avec les membres issus de ces communautés et une volonté d'adapter les champs de compétence de ses premiers répondants aux besoins précis de leurs communautés, tout en ajustant les modules de formation à la langue et à la culture autochtone locale, en plus de gérer les défis logistiques rattachés à l'isolement géographique. Enfin, il est important de collaborer avec les organisations régionales des services préhospitaliers afin de les soutenir dans la mise en place de mesures de rétention et d'attractivité pour les services de premiers répondants.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : communautés autochtones, les établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.4.2 Adapter les interventions préhospitalières aux diverses réalités des communautés des Premières Nations et Inuit

Cette initiative vise à adapter à la langue et à la culture des communautés ciblées, les outils de formation en secourisme destinés autant aux intervenants du préhospitalier qu'à la population locale, afin de soutenir et de promouvoir les services préhospitaliers d'urgences dans les communautés des Premières Nations et Inuit.

L'initiative contribue donc à répondre aux préoccupations soulevées par la *Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès*²². D'autres réponses à l'appel à l'action n° 77²³ ont déjà été déployées, comme la bonification des politiques d'accompagnement lors des transferts interhospitaliers vers les grands centres.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : communautés des Premières Nations et Inuit, établissements du RSSS, MES, SRPNI

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2026

2.4.3 Rendre accessible un centre de communication santé (CCS) pour le Nunavik et la Baie-James à partir d'un centre d'appels primaires

Grâce aux investissements gouvernementaux et aux efforts de la Société du Plan Nord et de l'administration régionale Kativik visant à mettre en place un réseau de télécommunications par fibre optique, il est désormais possible d'offrir aux régions du Nunavik et de la Baie-James l'accès à un CCS par l'entremise d'un centre d'appels primaires partenaire.

Ce service préhospitalier d'urgence permettra à ces régions de bénéficier des mêmes services d'évaluation de la demande et de répartition des ressources que les autres régions, optimisant ainsi la couverture préhospitalière de ces régions.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : MSP, établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 1,75 M\$

Échéancier de réalisation : 2024-2028

22 *Ibid.*

23 *Ibid.*, p. 398

2.5 PARAMÉDECINE DE RÉGULATION

La paramédecine de régulation, une innovation pour le système préhospitalier d'urgence

La paramédecine de régulation a vu le jour en pleine pandémie de COVID-19. Ce service constitue une avancée majeure puisque pour la première fois, un usager qui compose le 911 pour des raisons médicales a d'autres options qu'un transport systématique vers la salle d'urgence. Au départ, seules les régions des Laurentides, de l'Estrie et de la Capitale-Nationale offraient ce service. Dès 2021, celui-ci a été étendu aux régions de Montréal et de Laval, puis en Montérégie. L'année 2022 a permis une réorientation du projet afin de l'intégrer au Guichet d'accès à la première ligne (GAP). Dès le début de 2023, les régions de Lanaudière, du Saguenay–Lac-Saint-Jean et du Bas-Saint-Laurent ont également commencé à offrir ce service.

Aujourd'hui, le projet, qui porte ses fruits dans huit régions sociosanitaires, a pour objectif de s'étendre à l'ensemble de la province d'ici 2024. Le succès de ces nouvelles façons de faire est évident. Les données colligées par le MSSS²⁴ sur 14 semaines démontrent que les procédures de triage secondaire ont permis, dans 25,6 % des cas, d'éviter un transport par ambulance. La co-évaluation a dirigé les usagers vers l'urgence par un autre moyen que l'ambulance, dans 18,5 % des cas, et a permis d'éviter une visite à l'urgence, dans 72,7 % des cas. C'est donc plus de 3 800 transports par ambulance sur cette période qui ont ainsi été évités, rendant ces ressources disponibles pour des situations plus critiques. La cible, d'ici 2028, consiste à réduire de 15 000 le nombre de transports par ambulance par année grâce à la paramédecine de régulation (triage secondaire et co-évaluation).

2.5.1 Implanter le triage secondaire

Le triage secondaire implique une évaluation complémentaire à distance des appels populationnels afin de statuer sur le besoin de services de l'utilisateur, une fois que le triage initial a établi que la situation n'est pas urgente ni chronodépendante. Ce service permet d'assurer l'adéquation entre le besoin des usagers et le service offert.

Ainsi, l'objectif poursuivi par cette initiative est de réduire le nombre de transports vers l'urgence tout en offrant une destination, un transport alternatif ou des conseils téléphoniques pour les usagers qui cherchent à obtenir des soins de santé de première ligne.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CMQ, établissements du RSSS, OIIQ, OTSTCFQ

Investissement total sur 5 ans : 55,2 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2024

24 Tableau de bord ministériel et rapports exécutifs ministériels produits par la Direction générale de la planification stratégique et de la performance du MSSS.

2.5.2 Implanter la co-évaluation

La co-évaluation, comme le triage secondaire, est une pierre angulaire de la paramédecine de régulation. En soi, elle est initiée par un TAP lorsqu'il est au chevet d'un usager. Les manœuvres effectuées par le TAP lors de la co-évaluation sont encadrées par un protocole d'intervention clinique, qui lui permet de contacter une ressource infirmière qui l'accompagnera dans une évaluation de l'utilisateur et qui pourra demander aux intervenants sur place d'effectuer certains examens compris dans leur champ de compétences. À la suite de cette évaluation, l'infirmière procédera, le cas échéant, à une réorientation de l'utilisateur.

L'implantation de cette nouvelle pratique se fera progressivement en fonction des besoins et des capacités régionales. Ainsi, la co-évaluation s'inscrit dans l'objectif du MSSS qui vise à ce que la bonne ressource agisse au bon moment, en donnant les bons soins au bon endroit.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CMQ, établissements du RSSS, OIIQ, OTSTCFQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.5.3 Mettre en place des mécanismes pour diversifier l'offre de soins, les destinations et les types de transports alternatifs proposés à la régulation

Pour la mise en place de la paramédecine de régulation, il est essentiel que les établissements régionaux soient en mesure d'adapter et de faire évoluer leurs politiques selon leurs besoins et particularités. Ainsi, les orientations et les mécanismes mis en œuvre par le MSSS serviront de guide afin d'optimiser l'offre régionale.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, OIIQ, OTSTFQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2025-2027

2.5.4 Arrimer la paramédecine de régulation avec les Académies Internationales de répartition des urgences

Pour permettre une standardisation des mécanismes de traitement des appels d'urgence, cette initiative vise à ce que les Académies internationales de répartition des urgences (International Academies of Emergency Dispatch [IAED]) intègrent les protocoles de paramédecine de régulation aux déterminants utilisés par les répartiteurs médicaux d'urgence dans les CCS (Medical Priority Dispatch System^{MD} [MPDS^{MD}]) afin d'automatiser la redirection des appels concernés vers des composantes de la paramédecine de régulation.

Porteur : MSSS

Collaborateur : IAED

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2026-2028

2.6 SOUTIEN MÉDICAL À DISTANCE

2.6.1 Consolider et développer les hôpitaux de base

L'hôpital de base occupe une place importante dans plusieurs états d'Amérique du Nord. Les hôpitaux de base sont dotés d'un mandat suprarégional et contribuent au soutien clinique des intervenants lors de situations complexes en plus d'accroître les possibilités de traitements présentant un gain potentiel en ce qui a trait à la mortalité et à la morbidité.

De plus, le service de constat de décès à distance, encadré par les hôpitaux de base, diminue l'achalandage dans les urgences et optimise l'utilisation des ressources ambulancières. À ceci s'ajoute le développement de la télémédecine et l'accroissement du champ de pratique des TAP, qui rendent nécessaire la mise en place de ce type de services.

Cette initiative consiste à rehausser les services déjà offerts et à développer un nouvel hôpital de base dans la région de Montréal, en complément à celui déjà en service à l'Hôtel-Dieu de Lévis.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis, Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal

Investissement total sur 5 ans : 7,5 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.6.2 Encadrer l'implantation d'un processus provincial d'orientation primaire des usagers souffrant d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)

En mars 2022, l'INESSS publiait, dans sa trousse d'outils pour soutenir l'implantation des normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec, que de nombreuses régions au Canada avaient développé des programmes IAMEST mettant l'accent sur le diagnostic préhospitalier et la réorientation, lorsque possible, des usagers vers les centres d'hémodynamie²⁵. La mise en place d'un système de détection des infarctus du myocarde et de transfert d'électrocardiogramme vers les centres hospitaliers permet de déceler l'infarctus du myocarde de façon précoce et de diriger, le cas échéant, l'utilisateur directement vers un centre d'hémodynamie, diminuant ainsi la mortalité et la morbidité associées à cette pathologie.

Cette initiative consiste à mettre en place le service de télémétrie d'électrocardiogramme en situation préhospitalière et les infrastructures requises pour ce service dans chaque région du Québec.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2026

25 Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *Trousse d'outils pour soutenir l'implantation des normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/la-prise-en-charge-de-linfarctus-aigu-du-myocarde-avec-elevation-du-segment-st-iamest-au-quebec.html>

2.6.3 Élargir le soutien médical à distance

Cette initiative consiste à déterminer, à modifier et à adapter les protocoles pour lesquels un soutien médical à distance par un médecin, une infirmière, un TAP ou un PSA travaillant dans un hôpital de base pourrait être offert, et ce, dans le cadre des interventions préhospitalières effectuées par les TAP.

Cette approche fera une différence positive dans les services et les soins prodigués aux usagers. Pour ce faire, il importe d'élaborer des procédures, des protocoles et des algorithmes permettant au personnel de l'hôpital de base de remplir ce rôle sécuritairement.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2026-2028

2.7 PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

2.7.1 Implanter des projets pilotes régionaux de paramédecine communautaire

La paramédecine communautaire est une spécialité préhospitalière répandue au Canada et ailleurs dans le monde²⁶. Ce service n'étant pas encore déployé au Québec, il importe d'entamer et d'encadrer la mise en place de celui-ci au bénéfice des usagers.

Cette initiative consiste à mettre en œuvre des projets pilotes dans certaines régions afin de bien mesurer la portée du projet, ainsi que les besoins cliniques, opérationnels et législatifs nécessaires au déploiement de ce champ de pratique.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 19 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2026

Paramédecine communautaire

La paramédecine communautaire permet de dépister, de mesurer et de soutenir, dans sa communauté, les populations vulnérables et grandes utilisatrices de soins aigus de santé dans un contexte « urgent » ou « non urgent », selon les besoins de l'utilisateur. Il s'agit d'offrir un spectre de soins offerts par des TAP, en toute multidisciplinarité, afin d'optimiser le déploiement des ressources. En effet, ce sont généralement des TAP en service, mais en attente d'un appel, qui œuvrent en paramédecine communautaire.

La paramédecine communautaire contribuera à améliorer la pertinence des transports ambulanciers, à diminuer l'engorgement des salles d'urgence, à diminuer le temps de séjour à l'urgence, mais aussi à l'hôpital, tout en assurant un suivi sécuritaire et adapté aux besoins de l'utilisateur dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre en santé.

26 Paramedic County of Renfrew. (s. d.). *Community Paramedics Program* (disponible uniquement en anglais). <https://renfrewparamedics.ca/mod/page/view.php?id=1996>

Le champ d'exercice des TAP en paramédecine communautaire varie grandement selon les régions. Il va de la prévention dans les résidences pour aînés, avec dépistage du diabète, jusqu'aux soins aigus à domicile. Au Québec, l'organisation des services, le champ d'exercice et le type de déploiement optimal des ressources sont en développement et requièrent la réalisation de travaux en collaboration avec certains ordres professionnels afin d'assurer une évolution en complémentarité.

La paramédecine communautaire permettrait donc aux TAP d'intervenir à domicile auprès des usagers, évitant donc parfois à ces derniers des visites à l'urgence. Parmi les services que pourraient fournir les TAP, mentionnons entre autres les suivants :

- vérification des signes vitaux et de la tension artérielle ;
- suivi de traitement et de la prise de médication ;
- appréciation des besoins matériels ou autres ;
- appréciation de l'état psychologique ;
- appréciation du domicile et des risques de chute (ex. : programme PIED) ;
- appréciation du soutien social ;
- prévention et détection de maladies chroniques chez les usagers non connus (en ressources intermédiaires et résidences pour aînés) ;
- soutien à la prise en charge de sa santé par l'individu ;
- collaboration avec les intervenants des CISSS ;
- sensibilisation et le renforcement de l'enseignement.

Il sera essentiel d'ajuster le déploiement opérationnel de la paramédecine communautaire aux particularités régionales et par conséquent de faire preuve de modulation entre les zones urbaines avec une forte volumétrie d'appels existants versus les zones plus rurales.

2.7.2 Mettre en place la paramédecine communautaire intégrée dans le continuum de soins

Afin de mettre en place un service de paramédecine communautaire efficace et efficient, il est primordial de travailler en collaboration avec les experts, les ordres professionnels, l'Office des professions du Québec (OPQ) et les établissements du RSSS afin de définir le champ de pratique et d'intégrer la paramédecine communautaire dans le continuum des soins, répondant ainsi aux besoins des usagers et en optimisant les ressources préhospitalières.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CMQ, établissements du RSSS, OIIQ, OPIQ, OTSTFQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

2.7.3 Optimiser les ressources préhospitalières en zone rurale

Cette initiative a comme objectif d'améliorer l'offre de services de proximité à la population en optimisant l'utilisation des ressources préhospitalières dans les régions présentant un faible volume d'appels prioritaires, notamment en permettant aux TAP d'augmenter leur exposition clinique en diversifiant leurs tâches au sein de la communauté.

Une analyse préalable permettra de cibler des projets communautaires afin d'optimiser l'utilisation des ressources en fonction des besoins plus particuliers des secteurs. La transformation d'horaire de faction en contexte d'optimisation des services sera directement liée aux besoins populationnels régionaux.

Cette initiative est complémentaire au Cadre de référence – Orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière²⁷.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2026-2028

2.8 INTERÉTABLISSEMENT

2.8.1 Compléter la mise en œuvre d'un transport terrestre interétablissement pédiatrique spécialisé en soins intensifs

Cette initiative consiste à déployer des équipes spécialisées en transport pédiatrique dans chacun des réseaux universitaires intégrés de santé du Québec. Ces équipes peuvent se rendre directement aux centres hospitaliers de référence afin d'y offrir l'expertise des Centres hospitaliers universitaires (CHU) pédiatriques et y poursuivre les soins lors du transfert vers le centre universitaire, évitant ainsi le déplacement des professionnels des centres périphériques.

Cette initiative permet de soutenir les équipes des centres de référence, évite la découverte de ceux-ci par le départ des équipes locales en transfert, et rehausse les soins lors de transferts d'enfants gravement malades vers les CHU pédiatriques.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissement du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 20 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2024

2.8.2 Adopter un règlement permettant d'élargir les alternatives de transport

Actuellement, le transport sur civière est limité au transport ambulancier en vertu de l'article 199 du *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes et des tissus*²⁸. En effet, les véhicules ambulanciers sont parfois utilisés pour des transports sur civière sans que les soins des TAP soient nécessaires. Lorsque cette situation survient, ceci signifie qu'un véhicule ambulancier et deux TAP ne sont pas sur le terrain pour répondre à d'autres appels parfois plus urgents.

27 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Cadre de référence – Orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003405/>

28 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus*. RLRQ, c. L-0.2, r. 1. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-0.2,%20r.%201>

Cette initiative permettra d'accroître l'offre de services populationnelle et de l'adapter à la condition clinique de l'utilisateur. Il est prévu de proposer un règlement encadrant les conditions et circonstances dans lesquelles un véhicule autre qu'une ambulance pourrait être utilisé pour transporter un usager couché sur civière. Les TAP demeurent ainsi disponibles pour intervenir dans des situations nécessitant vraiment leurs compétences.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : MTMD, MSP

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2025

Transport interétablissement

Le transport interétablissement est un concept large qui déborde des services préhospitaliers d'urgence. Il concerne le déplacement des usagers entre les établissements, parfois pour des raisons plus administratives (retour à la région d'origine de l'utilisateur), parfois en raison d'une situation chronodépendante nécessitant l'accès à des soins spécialisés. Les types de transports utilisés varient en fonction des besoins et des ressources disponibles dans les régions (ex. : transport ambulancier conventionnel, transport par avion, transport par taxi ou transport adapté).

Actuellement, une majorité de ces déplacements sont effectués par des ressources autres que des ambulances sans une coordination intégrée. L'implication du personnel du réseau y est importante.

2.8.3 Favoriser les alternatives de transport particulièrement pour l'interétablissement

Les déplacements interétablissements des usagers occupent une grande partie, de 12 % à 30 % en moyenne²⁹, des activités du secteur préhospitalier d'urgence au Québec, selon les régions, en plus de monopoliser des ressources dans les établissements de santé.

Les transferts interétablissements représentent annuellement plus de 86 000 transports en ambulance et plus de 185 000 déplacements impliquant un autre moyen de transport comme le transport adapté, médicalisé ou le taxi, par exemple. De plus, il arrive fréquemment que les professionnels de la santé se trouvant dans les établissements demandent un véhicule ambulancier lorsqu'un transport interétablissement doit être fait. Ce qui constitue une mauvaise utilisation des ressources ambulancières.

D'une part, les transferts interétablissements réalisés par ambulances mobilisent les ressources des services préhospitaliers d'urgence, parfois pour de très longues périodes. D'autre part, ils imposent une lourdeur logistique aux établissements, puisqu'ils sollicitent leurs ressources médicales, dont les escortes, qui sont parfois trop spécialisées pour les types d'accompagnements requis.

Ainsi, cette initiative vise à élaborer les grandes orientations quant à l'utilisation du transport alternatif en fonction des besoins de l'utilisateur, et ce, de façon à limiter la demande de transport par ambulance dans des situations qui ne le nécessitent pas. Le transport alternatif pourrait aussi contribuer à la réponse populationnelle, particulièrement dans le contexte de la paramédecine de régulation.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : MTMD, SAAQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2024-2026

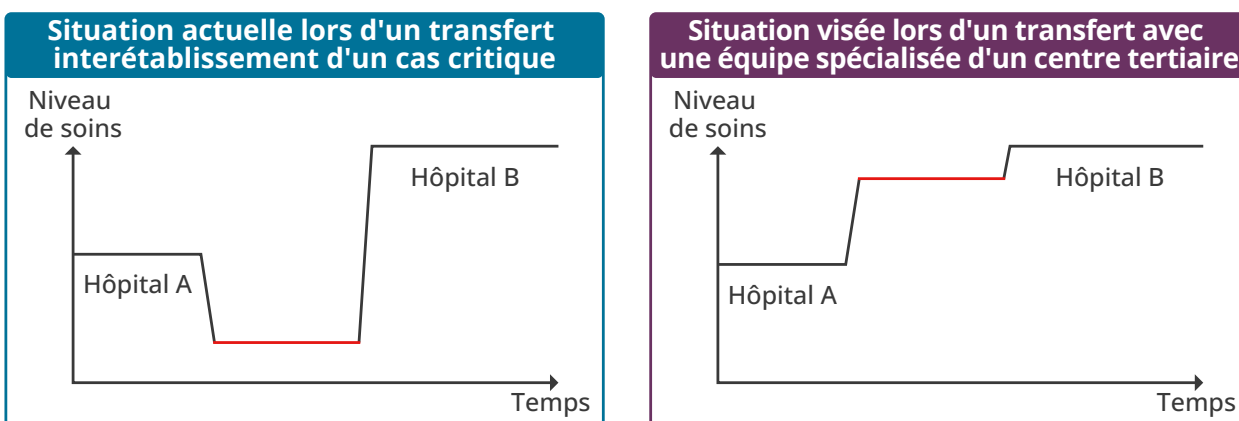
29 Pelletier, L.-P. (2020). *Réflexion sur le transport interétablissement* (rapport). Gouvernement du Québec.

2.8.4 Mettre en place une structure nationale destinée à l'interétablissement

Le concept de transfert interétablissement est très large et couvre une grande variété de patients, allant du retour en centre d'hébergement de soins longue durée (CHSLD), aux transferts complexes en soins intensifs. De multiples intervenants sont impliqués dans ces transferts, alors que ces activités ne font pourtant pas partie de leur mission première, pour la majorité d'entre eux. L'interétablissement est en effet souvent relégués à l'arrière-plan, après les appels populationnels, mais ils représentent pourtant un maillon crucial dans la chaîne d'intervention préhospitalière.

Lors du transport du patient entre les différents établissements en santé, il est primordial de maintenir une qualité de prise en charge médicale constante et optimale. Actuellement, une majorité de transferts se fait sans la présence d'équipes formées ou spécialisées en transferts.

Plus particulièrement pour les soins critiques, une dégradation est observable sur le plan des soins offerts, ce qui peut causer une potentielle détérioration de l'état du patient lors du transport entre les deux hôpitaux, comme le présente la figure ci-dessous (la ligne rouge représentant la portion en transferts).



Pour le moment plusieurs initiatives ont été lancées relativement à la coordination de l'interétablissement en lien avec la destination des patients, plus particulièrement pour les soins critiques, notamment avec le Centre d'optimisation – Occupation des lits de soins intensifs (COOLSI) et le Centre de coordination en périnatalogie et pédiatrie du Québec.

Outre la coordination du CCPTA, il y a peu de coordination en ce qui concerne le volet transport urgent ou électif. Un patient dont la situation clinique est jugée non-critique, qui ne nécessite pas d'encadrement médical durant son transfert, pourrait utiliser un transport alternatif comme le taxi, le transport adapté, voire le véhicule d'un membre de sa famille. Toutefois, actuellement, en raison de l'absence de paramètres normés et centralisés, il est difficile d'évaluer lesquels parmi les transports réalisés par le réseau auraient pu être effectués à l'aide d'un transport alternatif.

Cette initiative vise la mise en place d'une structure nationale destinée à l'interétablissement dans le cadre de la mise en œuvre de Santé Québec et afin d'améliorer la continuité et la qualité des soins préhospitaliers d'urgence.

À l’instar d’Ornge en Ontario, cette initiative vise, sans se substituer aux initiatives existantes, à mettre en place, dans le cadre de Santé Québec, une structure nationale de coordination ayant pour mission l’interétablissement qui coordonnera les différentes initiatives. Le développement d’un volet de coordination opérationnel du transport interétablissement sera nécessaire ainsi qu’un travail de réflexion sur une gouvernance large favorisant l’accès, pour chaque patient, aux bons soins, au bon endroit, au bon moment et surtout, au transport sécuritaire, dans une approche de continuité des soins prodigués par le personnel approprié, permettant ainsi d’améliorer l’accès aux services spécialisés à l’ensemble de la population de manière efficiente et sécuritaire.

Porteur : MSSS

Collaborateur : CCPTA, CCPPQ, CCS, COOLSI, établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2025-2028

AXE 3 – SOUTENIR LA MODERNISATION DES ACTIVITÉS PRÉHOSPITALIÈRES

L’évolution des pratiques et les enjeux contemporains comme l’augmentation et le vieillissement de la population exigent que les TAP interviennent dans des situations de plus en plus complexes et traumatiques, ce qui impose une modernisation de l’encadrement professionnel des TAP. En soutenant la recherche dans le domaine, ce nouvel encadrement favorisera aussi le développement du volet clinique et opérationnel. L’efficacité et la qualité des services préhospitaliers d’urgence sont aussi intimement liées aux outils technologiques qui les soutiennent. C’est donc par le développement d’un système moderne et cohérent permettant de colliger, d’extraire et de partager les données pertinentes que la transformation du secteur sera structurante. C’est pourquoi il est fondamental d’intégrer la transformation des services préhospitaliers d’urgence à la stratégie de transformation numérique gouvernementale ainsi qu’à l’instauration du Dossier de santé numérique (DSN), afin d’améliorer les services aux citoyens et la fluidité des opérations.

Chantiers :

- Professionnalisation ;
- Évolution des activités préhospitalières ;
- Transformation numérique.

3.1 PROFESSIONNALISATION

3.1.1 Actualiser l'examen certificatif conduisant à l'obtention du permis de pratique des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)

Depuis l'entrée en vigueur du règlement sur les conditions d'inscription d'un TAP au registre national de la main-d'œuvre, les nouveaux diplômés en Soins préhospitaliers d'urgence qui désirent obtenir une carte de statut actif doivent remplir les conditions d'inscription prévues au règlement. L'inscription est assujettie à la réussite du Programme national d'intégration clinique (PNIC).

Souhaitant s'inspirer des meilleures pratiques en évaluation certificative, le programme d'évaluation pour les nouveaux diplômés est en cours d'actualisation, notamment, la formule d'évaluation pratique sera repensée afin d'y inclure une intégration en milieu de travail.

Porteur : MSSS

Collaborateur : établissements du RSSS, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

3.1.2 Actualiser les protocoles d'intervention des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)

Les nouveaux protocoles d'intervention clinique pour les paramédics en soins primaires (PICPSP) sont le résultat de trois ans de travaux du MSSS qui ont été réalisés avec le soutien d'un comité consultatif composé d'intervenants œuvrant partout au Québec. Les changements effectués permettront de refléter la réalité québécoise actuelle. De plus, cette initiative visera également la mise à jour des protocoles opérationnels.

En soi, les PICPSP proposent un important changement de paradigme dans l'application des protocoles en utilisant une approche fondée sur la reconnaissance du portrait clinique, mettant davantage à profit le jugement clinique du TAP, et favorisant ainsi une transition vers la professionnalisation.

À l'heure actuelle, une réorganisation complète a été effectuée afin d'assurer une meilleure cohérence entre les protocoles et d'accroître leur compréhension. De plus, des objectifs de soins y ont été insérés, guidant le TAP vers les actions importantes selon le contexte clinique. Finalement, une nouvelle section de protocoles auxiliaires présente l'ensemble des projets pilotes et des protocoles à implantation facultative autorisés par la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence du MSSS.

Porteur : MSSS

Collaborateur : CMQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

3.1.3 Soutenir la mise en place d'un encadrement ou d'un ordre professionnel

La responsabilité des TAP auprès du public est grande, car ils interviennent dans des situations complexes d'urgence et traumatiques, et ce, en recevant un faible soutien de la part des autres professionnels du RSSS.

Conformément au Code des professions, cette initiative vise à ce que l'Office des professions du Québec (OPQ) entame les démarches nécessaires à la mise en place d'un encadrement professionnel pour les TAP, et ce, afin de protéger le public, soit toutes les personnes qui utilisent les services professionnels des TAP. Un tel encadrement permettrait aussi de favoriser l'évolution et le développement des pratiques. C'est pourquoi le MSSS soutiendra l'OPQ dans les étapes menant à la rédaction d'un avis d'opportunité sur l'encadrement professionnel des TAP. Ce sera l'OPQ qui sera chargé d'analyser la demande d'encadrement professionnel et de recommander la meilleure voie d'encadrement professionnel, le cas échéant, incluant notamment la constitution d'un ordre professionnel. Le champ d'exercice et les activités réservées devront aussi faire l'objet d'analyse et de consultations auprès d'autres ordres professionnels et parties prenantes.

Finalement, l'évolution de cette initiative est corolaire aux futures orientations gouvernementales découlant du vaste chantier de modernisation du système professionnel annoncé par la ministre responsable de l'Administration gouvernementale et présidente du Conseil du trésor en mai 2023. L'orientation relative à l'encadrement professionnel des techniciens paramédics sera en cohérence avec les résultats de ce chantier.

Porteur : OPQ

Collaborateurs : TAP, Associations de TAP, MES, SCT, CMQ, MSSS, OIIQ

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2026

3.2 ÉVOLUTION DES ACTIVITÉS PRÉHOSPITALIÈRES

3.2.1 Élargir les champs de pratique des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)

L'élargissement des champs de pratique des TAP permet à ces derniers de prodiguer des soins plus adaptés aux usagers et de soulager leur douleur lors de transport.

Par exemple, les TAP qui œuvrent dans les régions disposant de coffrets à narcotiques avec une pharmacothérapie, et qui sont formés pour les utiliser, peuvent appliquer des protocoles permettant le traitement des convulsions ou le soulagement de la douleur pendant le transport. Cette initiative se doit d'être développée dans l'ensemble du Québec, et ce, dans les meilleurs délais.

De plus, de nouveaux actes autorisés comme le dégagement des voies respiratoires lors d'obstruction avec la pince de Magill auront un impact direct et certain sur la survie des usagers.

Cette initiative vise donc à assurer le suivi constant des données scientifiques probantes afin de favoriser l'élargissement du champ de pratique des TAP, et ce, dans l'objectif de toujours offrir un service sécuritaire et de qualité aux usagers.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

3.2.2 Encadrer le développement clinique préhospitalier et parahospitalier

De manière à soutenir la réussite du déploiement du plan d'action et à baliser certains projets régionaux, il était nécessaire de déployer un nouveau *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale – 2022-2026*³⁰. Celui-ci oriente les activités cliniques qui permettent la mise en œuvre des priorités gouvernementales comme la paramédecine de régulation, le soutien médical à distance et la paramédecine communautaire, favorisant ainsi un changement de culture au sein des services préhospitaliers.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

3.2.3 Créer une équipe affectée au secteur préhospitalier à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)

Cette initiative consiste à créer une équipe affectée à l'évaluation et au soutien à l'amélioration de la qualité des soins et services préhospitaliers au sein de la Direction de l'évaluation et de la pertinence des modes d'intervention en santé de l'INESSS. La pertinence clinique est essentielle dans une offre de soins de qualité et dans la création de valeur dans le système préhospitalier d'urgence. L'évaluation des soins et des services préhospitaliers ainsi que le développement de repères organisationnels et cliniques, qui s'appuient sur des données probantes, faciliteront la mise en œuvre du plan d'action, notamment grâce à une comparaison avec les autres régions.

Porteur : MSSS

Collaborateur : INESSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2026

3.2.4 Promouvoir la recherche dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence

Afin de favoriser l'évolution du domaine préhospitalier, cette initiative vise à encourager et à structurer la recherche et le développement multidisciplinaires de façon à accroître les connaissances cliniques et opérationnelles de ce secteur. Il est notamment prévu de proposer un agenda de recherche préhospitalière aux équipes de recherche collégiales et universitaires, tout en implantant un système de veille stratégique.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : en continu

30 Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale 2022-2026*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530/>

3.2.5 Actualiser les programmes d'assurance qualité de l'ensemble des acteurs des services préhospitaliers d'urgence

Comme les interventions préhospitalières auxquelles participent activement les premiers maillons de la chaîne préhospitalière se sont multipliées et complexifiées, les systèmes d'assurance qualité des TAP, des premiers répondants et des répartiteurs médicaux d'urgence doivent également être actualisés afin d'assurer la protection des usagers. Cette actualisation permettra de poursuivre l'évaluation de la performance individuelle et d'évaluer la pertinence des soins offerts.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

3.2.6 Mesurer la performance et la pertinence clinique et opérationnelle des services préhospitaliers d'urgence

L'évaluation de la performance et de la pertinence clinique est essentielle à une offre de soins de qualité. Cette initiative permettra donc d'obtenir et de rendre disponibles des données sur la performance des services préhospitaliers d'urgence, d'établir des indicateurs, des cibles et de concevoir des outils soutenant les priorités gouvernementales en matière d'amélioration continue.

Pour y arriver, le MSSS devra se doter d'un mécanisme de type « identifiant unique anonyme randomisé » (IUAR) en vigueur, pour la gestion de plusieurs bases de données sous la responsabilité de la Régie de l'assurance maladie du Québec, afin d'établir des liens notamment entre le Système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ), la Base de données des services préhospitaliers d'urgence (BDSPU), le Dossier médical électronique du patient du système préhospitalier d'urgence (DMÉ-PSPU) et avec d'autres bases de données, tout en garantissant la protection des renseignements personnels des patients. L'accès aux données cliniques et opérationnelles dans un continuum d'information favorisera la mise en place d'un système préhospitalier « apprenant », en soutenant des activités d'assurance de la qualité, de pratique réflexive et de recherche.

Pour ce faire, des indicateurs seront établis, notamment grâce à la comparaison avec d'autres provinces canadiennes et d'autres pays, à des éléments chronométriques ajoutés aux suivis effectués et à des mécanismes de transfert d'information qui seront mis en place. Par exemple, une meilleure utilisation des critères d'Utstein permettra d'uniformiser la collecte de données sur les arrêts cardiorespiratoires, les manœuvres effectuées et le taux de survie des patients³¹.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

31 Katz, E., Metzger, J.-T., Jaussi, A., Schläpfer, J., Fromer, M., Kappenberger, L. et Fishman, D. (2005). Arrêt cardiaque extrahospitalier : la situation actuelle. *Revue médicale suisse* (9). <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-9/arret-cardiaque-extrahospitalier-la-situation-actuelle>

Encourager la transition énergétique des véhicules ambulanciers

Encourager la transition énergétique des véhicules ambulanciers vers des solutions plus durables et respectueuses de l'environnement est une démarche importante pour réduire l'empreinte carbone du secteur des soins de santé et contribuer à la lutte contre les changements climatiques.

Grâce à cette évolution, les entreprises ambulancières pourront réduire l'impact environnemental des véhicules utilisés dans le secteur préhospitalier en remplaçant leurs véhicules à moteur à combustion par des ambulances à propulsion électrique.

Dans un premier temps, la normalisation des spécifications techniques des véhicules ambulanciers électriques, réalisée en partenariat avec le Bureau de normalisation du Québec (BNQ), précise notamment aux fabricants d'ambulances les exigences en matière d'autonomie et de conditions de recharge.

Dans un deuxième temps, une collaboration entre le MSSS et le ministère des Transports et de la Mobilité durable (MTMD) favorisera la mise en place d'incitatifs visant à soutenir autant Urgences-santé, que d'autres entreprises ambulancières dans l'acquisition d'ambulances électriques.

3.3 TRANSFORMATION NUMÉRIQUE

3.3.1 Concevoir l'architecture numérique des besoins du secteur des services préhospitaliers d'urgence

Plusieurs outils technologiques sont actuellement utilisés par les acteurs du système préhospitalier d'urgence, toutefois la communication entre ces outils demeure un enjeu important, ce qui nuit à l'efficacité des services.

Ainsi, cette initiative consiste à définir et à organiser les besoins et les services des acteurs du secteur en matière technologique afin d'assurer une cohérence et une vision à long terme des améliorations numériques qui seront apportées à l'écosystème des services préhospitaliers d'urgence. Ainsi, elle permettra une meilleure utilisation des outils numériques par tous les acteurs des services préhospitaliers d'urgence, et ce, dans le but d'optimiser les services et les soins offerts aux usagers. Finalement, il est fondamental que tous les outils utilisés puissent communiquer entre eux afin d'assurer une couverture optimale des services sur le territoire.

Porteur : MSSS

Collaborateur : Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2025

3.3.2 S'assurer de la présence de matériel informatique pouvant intégrer un logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO) véhiculaire et un dossier médical électronique (DMÉ)

Un « terminal véhiculaire » est un ordinateur (ou une tablette) installé dans une ambulance qui est relié aux équipements de télécommunications. Ce système permet l'échange d'informations en temps réel entre le CCS et les TAP se trouvant dans l'ambulance. Certaines régions ont d'ailleurs installé, depuis plusieurs années, des solutions véhiculaires offertes par leur fournisseur de logiciel de RAO.

À titre d'information, ces installations comprennent, hormis l'ordinateur portable ou la tablette, de la réseautique filaire, des ancrages avec test d'arrachement et une demande énergétique importante. Or, le déploiement à l'échelle provinciale est encore incomplet (30 % des régions n'en sont pas équipées pour le moment) et les solutions diffèrent d'une région à l'autre.

Ainsi, cette initiative vise à ce que les acteurs du secteur préhospitalier puissent avoir accès à des outils de travail plus performants, plus modernes, plus conviviaux et mieux adaptés à leur réalité. Il est prévu de migrer vers une technologie portative qui est plus adaptée à la pratique des acteurs de l'écosystème préhospitalier. Cette initiative sera implantée progressivement afin d'assurer que tous les projets de déploiement et de soutien soient maintenus, permettant ainsi de limiter les enjeux en lien avec le renouvellement des actifs.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2025

3.3.3 Implanter une répartition assistée par ordinateur (RAO) nationale (Phase 1)

Chaque CCS dispose actuellement d'une RAO, mais à la différence du système de traitement et de priorisation des appels, qui doit être approuvé par le ministre de la Santé et des Services sociaux, il n'existe aucune uniformisation des systèmes de RAO au niveau provincial. Ceux-ci, même lorsqu'ils sont développés par le même fournisseur, sont hermétiques et il est impossible d'en extraire une vision globale de la situation en direct des ressources ambulancières pour l'ensemble de la province. En plus de ne pouvoir garantir une uniformité du fonctionnement de la répartition des ambulances, les logiciels de RAO utilisés au Québec n'offrent actuellement aucune interopérabilité entre eux.

Ainsi, cette initiative consiste à mettre en place un outil national permettant d'optimiser la desserte préhospitalière au Québec en favorisant une collaboration entre les CCS. Ces derniers seront en mesure d'affecter les bonnes ressources au bon moment, et ce, même si l'intervenant se trouve dans une autre région, optimisant de cette manière les déplacements et ultimement, diminuant considérablement les transports à vide. L'implantation d'une RAO nationale favorisera également la standardisation des données relatives aux affectations d'ambulances dans l'ensemble de la province. Ceci sera d'une grande utilité lors de l'évaluation globale des services rendus à la population.

Puisque ce dossier présente une grande complexité, l'initiative sera mise en œuvre par phases, en commençant par l'implantation d'une nouvelle RAO à Urgences-santé. En fonction des résultats de cette implantation, le MSSS procédera selon les règles découlant de la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*³² (RLRQ, chap. G-1.03) à la mise en œuvre d'un tel projet avec un dossier d'opportunité, un dossier d'affaires, etc. Le financement, pour sa part, sera traité séparément du présent plan d'action. La somme allouée concernera exclusivement les travaux préparatoires, notamment l'analyse d'impact.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CCS, Urgences-santé, MSP

Investissement total sur 5 ans : 2 M\$ pour les travaux préliminaires

Échéancier de réalisation : 2023-2027

32 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*. RLRQ, c. G-1.03. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.03>

3.3.4 Implanter un système de collecte de données opérationnelles préhospitalières

Actuellement, le MSSS et les CISSS/CIUSSS ne disposent pas d'un système qui permet d'avoir une vision opérationnelle du système préhospitalier au quotidien, puisque le seul outil disponible fournit un portrait dans un délai minimum de 90 jours, ce qui ne permet pas une prise de décision optimale.

C'est pourquoi cette initiative vise à consolider une base de données regroupant les données chronométriques, les données géographiques, les données sur le plan des ressources humaines (statut des ressources), ainsi que des données complémentaires pour l'ensemble des interventions préhospitalières au Québec provenant directement des 10 CCS de la province à partir de leur RAO. La collecte de ces différentes données permettra de faire un suivi quotidien, quasi en direct, de la performance des services préhospitaliers d'urgence, mais également de mener des analyses plus approfondies sur la qualité des services rendus.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

3.3.5 Créer un dossier médical électronique du patient du système préhospitalier arrimé avec le Dossier de santé numérique

Le MSSS travaille depuis plusieurs années à rassembler l'ensemble des données d'un patient pour être en mesure d'évaluer son continuum de soins. Pour ce faire, plusieurs projets ont vu le jour à travers les années, dont le Dossier de santé Québec (DSQ) et plus récemment, le Dossier médical électronique (DMÉ)³³. Or, bien que la volonté d'intégration ait été énoncée, les données préhospitalières ne sont pas incluses dans ces démarches, alors que leur contribution au continuum de soins est toutefois essentielle.

En ce qui a trait aux données préhospitalières provinciales, ce ne sont pas toutes les régions qui disposent d'une plateforme technologique numérique pour les conserver. En effet, dans plusieurs régions, les formulaires utilisés sont encore en version papier. De plus, il n'y a aucune base de données centralisée pour favoriser une exploitation à grande échelle.

Cette initiative permettra aux TAP de documenter électroniquement les informations des soins préhospitaliers prodigués aux patients lors de leurs interventions, et d'accéder aux informations pertinentes dans un seul dossier. Ainsi, la transmission de données cruciales au continuum de soins vers les centres hospitaliers et autres professionnels traitants sera grandement optimisée. De plus, cette solution réduira le nombre de tâches administratives, telles que le transport et la manutention des documents papier, la numérisation et le classement des documents selon une priorisation des cas.

33 Note explicative : DMÉ correspond à « PSPU » correspond à un « Electronic Patient Care Reporting (ePCR) »/rédaction et conservation électronique des données de soins (RCED).

Puisque ce dossier présente une grande complexité, l'initiative sera mise en œuvre par phases, en commençant par l'implantation à Urgences-santé. En fonction des résultats de cette implantation, le MSSS procédera selon les règles découlant de la *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement (LGGR)* (RLRQ, c. G-1.03)³⁴ à la mise en œuvre d'un tel projet avec un dossier d'opportunité, un dossier d'affaires, etc.

Enfin, l'ensemble de ces données permettra aux acteurs concernés d'analyser les tendances à l'aide d'indicateurs de performance clinique et d'y appliquer les mesures correctives afin d'améliorer de façon continue la qualité des soins (assurance qualité).

Porteur : MSSS

Collaborateur : Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : 16,6 M\$

Échéancier de réalisation : 2024-2026

3.3.6 Déployer une équipe spécialisée dans le soutien et l'évolution technologique des centres de communication santé (CCS)

La création d'une équipe spécialisée dans le soutien et l'évolution technologique des CCS est une initiative cruciale pour faire face aux enjeux liés à l'évolution rapide de la technologie et pour assurer la sécurité informatique. Dans un contexte où les CCS dépendent de plus en plus des technologies avancées pour gérer efficacement les demandes d'intervention médicale, il est essentiel d'investir dans une expertise affectée à l'optimisation et à la protection de ces systèmes.

Avec la multiplication des cyberattaques et la nature délicate des informations médicales, la gestion sécurisée des données personnelles devient un enjeu critique. Les CCS doivent s'assurer d'appliquer les modalités de la LGGR ainsi que les mesures de cybersécurité dictées par le ministère de la Cybersécurité et du Numérique. À l'heure actuelle, ces aspects ne sont pas tous respectés par l'ensemble des CCS de la province.

C'est donc pour ces raisons que cette initiative vise à mettre sur pied une équipe qui aura pour mission d'offrir l'aide nécessaire aux CCS pour prendre le virage technologique qui s'imposera dans les prochaines années. Ces ressources spécialisées accompagneront et encadreront l'application des orientations technologiques gouvernementales et des obligations légales, et s'assureront de la cohérence du fonctionnement de l'ensemble des CCS.

Porteur : MSSS

Collaborateur : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 5,25 M\$

Échéancier de réalisation : 2024-2027

34 Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*. RLRQ, c. G-1.03. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.03>

3.3.7 Mettre en place une passerelle Web au RENIR

Le Réseau national intégré de radiocommunication (RENIR) a été développé afin de fournir un réseau de radiocommunication robuste, partagé et interopérable aux organisations de sécurité publique et civile, au bénéfice des citoyens du Québec. Dans le cadre de cette initiative, l'objectif est de fournir le meilleur outil de communication aux ressources ambulancières et le plus possible intégré à leurs pratiques. Non seulement de rendre le service via le réseau actuel, mais d'élargir l'accessibilité via différents réseaux. Une demande a été adressée au MCN pour proposer une solution technologique permettant l'accès au RENIR à partir de divers appareils de télécommunication portatifs. Cette innovation vise non seulement à favoriser une plus grande adhésion au système, mais surtout à offrir une convivialité opérationnelle accrue pour les TAP.

Porteur : MSSS

Collaborateur : MCN

Investissement total sur 5 ans : Autofinancé par le MCN via une tarification

Échéancier de réalisation : 2024-2027

3.3.8 Actualiser l'actif informationnel de reddition de comptes du système préhospitalier

En complément à l'initiative 3.3.4, qui vise à doter le système préhospitalier d'un actif sur les données opérationnelles, le MSSS s'est doté d'un actif informationnel de reddition de comptes du système préhospitalier intégré au SISPUQ. Cet actif vise à rationaliser les processus de reddition de comptes en éliminant la dépendance aux courriels et aux échanges de fichiers désorganisés. Il permet d'assurer un suivi clair et transparent des informations, de réduire le risque d'erreur et de faciliter la collaboration entre les parties prenantes. Cet actif vise, à terme, à inclure les modules suivants :

- Renseignement sur les interventions ambulancières ;
- Charge de travail du personnel ambulancier pour chaque zone de desserte ;
- Facturation des entreprises ambulancières ;
- Gestion de projets spécifiques.

Porteur : MSSS

Collaborateur : DRILLL

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : en continu

AXE 4 – AMÉLIORER LA GESTION ET L’EFFICIENCE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Rendre le RSSS plus performant est une priorité gouvernementale prévue dans le Plan santé du gouvernement.

Ainsi, l’optimisation des performances, ainsi que l’efficacité et l’efficience du système préhospitalier d’urgence constituent un pilier essentiel pour améliorer les services rendus aux citoyens. Des lacunes en matière de gouvernance, de gestion financière et d’imputabilité des entreprises et des organisations partenaires du réseau ont été soulevées maintes fois dans différents rapports, incluant ceux du Vérificateur général du Québec. Avec un budget qui dépasse maintenant le milliard de dollars annuellement, il est primordial d’accroître la transparence, la performance, la reddition de comptes et l’imputabilité pour l’ensemble des acteurs du système préhospitalier d’urgence. Il est fondamental au bon fonctionnement des services et à la saine gestion des fonds publics d’instaurer une culture de suivi et de contrôle financier axés sur la performance dans toutes les organisations impliquées dans le système préhospitalier.

Le MSSS doit être en mesure d’encadrer les organisations en mettant en place des orientations et des objectifs clairs, des indicateurs de performance rigoureux et une reddition de comptes transparente, et ce, à l’aide de systèmes d’information modernisés. La performance du système préhospitalier doit être évaluée de façon systématique par des tableaux de bord et des indicateurs pertinents qui assurent un suivi régulier et qui permettent d’apporter les correctifs appropriés lorsque nécessaire. Les données pertinentes pour la population seront également rendues disponibles sur le tableau de bord du MSSS afin de permettre au public de suivre l’état du système préhospitalier.

De plus, comme l’engagement de tous est primordial, des initiatives particulières visant la valorisation des acteurs du système préhospitalier, la proactivité dans la planification de la main-d’œuvre et le bien-être du personnel seront lancées.

Les mécanismes dont se dotera le MSSS mèneront à une plus grande transparence des organisations privées et répondront aux inquiétudes soulevées au sujet de l’opacité du secteur préhospitalier, notamment par la vérificatrice générale du Québec.

Chantiers :

- Capital humain et culture mobilisatrice ;
- Gouvernance et transparence financière.

4.1 CAPITAL HUMAIN ET CULTURE MOBILISATRICE

4.1.1 Solliciter l'expertise d'Urgences-santé pour des dossiers nationaux

L'expertise d'Urgences-santé est unique au Québec et il est important de la valoriser au bénéfice de l'ensemble du territoire québécois. Comme le prévoit la LSPU, une entente avec Urgences-santé a été signée par le MSSS afin de mettre à profit son expertise-conseil pour atteindre les objectifs de la transformation du secteur. Cette entente balise les activités et les responsabilités d'Urgences-santé dans le cadre des mandats qui lui sont octroyés. Ceux-ci visent notamment la transformation numérique des services et la planification de la main-d'œuvre des TAP et des répartiteurs médicaux d'urgence (RMU).

Porteur : MSSS

Collaborateur : Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024

4.1.2 Effectuer une planification de la main-d'œuvre

Le Québec connaît une pénurie de main-d'œuvre sans précédent et le milieu préhospitalier n'est pas épargné, autant en ce qui concerne les RMU que les TAP. Cependant, considérant la multitude d'acteurs et d'employeurs qui y œuvre, il n'existe actuellement aucune information fiable, complète et évolutive sur la situation.

La mise en œuvre d'une planification de la main-d'œuvre (PMO) doit permettre d'anticiper, de prévoir et de gérer avec précision les besoins en personnel, garantissant une disponibilité adéquate des ressources humaines pour répondre aux situations d'urgence à tout moment. Ainsi, l'agilité et la proactivité dans l'anticipation des besoins seront accrues. Enfin, cette PMO sera reconduite tous les sept ans.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CCS, entreprises ambulancières, MEQ, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2024



4.1.3 Promouvoir la reconnaissance de la main-d'œuvre préhospitalière

Cette initiative consiste à bonifier et à uniformiser la reconnaissance de la main-d'œuvre préhospitalière dans le RSSS et auprès de la population en général. L'importance de la reconnaissance et de la valorisation des compétences des premiers répondants, des RMU et des TAP ne peut être sous-estimée.

La reconnaissance publique de leur travail a un impact important sur leur motivation et leur mobilisation. En valorisant leur engagement, leur dévouement et leur courage auprès du grand public, leur sentiment d'appartenance à la communauté et leur fierté d'effectuer un métier noble et essentiel sont renforcés. Cette valorisation contribue également à renforcer leur détermination à fournir des soins de qualité, et ce, même dans des conditions difficiles et stressantes. De plus, la reconnaissance du grand public contribue à attirer et à retenir les meilleurs talents dans le domaine des services préhospitaliers. Lorsque ces professionnels sont reconnus et respectés pour leur travail, cela crée un environnement positif qui favorise l'attraction et la rétention du personnel, favorisant ainsi la stabilité et la continuité des services préhospitaliers. Cette valorisation passera notamment par la professionnalisation (initiative 3.1.3) ainsi que par la tenue d'activités et d'événements de reconnaissance provinciale.

Porteur : MSSS

Collaborateur : établissement du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 400 000 \$

Échéancier de réalisation : 2024-2027

ADS 4.1.4 Encourager les actions favorisant la santé mentale des intervenants d'urgence

Les intervenants d'urgence, sont exposés quotidiennement à des événements traumatisants et de nature délicate. Cet aspect de leur travail augmente considérablement le risque de vivre différents problèmes de santé mentale, dont le trouble de stress post-traumatique.

Il est donc crucial de reconnaître les risques et les défis liés à la santé mentale des intervenants d'urgence. Des mesures de soutien psychologique et de gestion du stress doivent être mises en place par les employeurs pour prévenir et gérer les problèmes de santé mentale tels que le trouble de stress post-traumatique, l'anxiété et la dépression.

Même s'il n'est habituellement pas leur employeur, le gouvernement veut mettre en œuvre une démarche centrée sur l'importance de la santé mentale des intervenants d'urgence. Celle-ci doit faire l'objet d'une analyse afin d'évaluer l'ensemble du contexte où ces mesures pourraient s'appliquer particulièrement sur le plan de la santé et sécurité au travail.

L'initiative consiste donc à entreprendre une réflexion gouvernementale sur la santé globale des intervenants d'urgence afin de s'assurer que les intervenants œuvrent dans un environnement favorisant leur santé psychologique.

Porteur : MSSS

Collaborateur : CNESST, MSP, ministère du Travail

Investissement total sur 5 ans : 5,5 M\$

Échéancier de réalisation : 2024-2026

4.1.5 Accroître les démarches d'évaluation de la satisfaction et des besoins des usagers

La mission des services préhospitaliers d'urgence est d'assurer une réponse appropriée aux usagers. Il est donc primordial de placer ces derniers au cœur du système, notamment en s'assurant de leur satisfaction en ce qui a trait aux soins et aux services qu'ils reçoivent.

Il est prévu d'accroître la représentation des citoyens et des usagers dans les structures des soins préhospitaliers afin de répondre pleinement à leurs attentes. Une bonification du processus de rétroaction des usagers est également souhaitée, assurant ainsi une meilleure évaluation de leurs besoins et de leur satisfaction.

Cette initiative découle de la volonté plus large de faire de l'utilisateur un partenaire de soins, étant donné que celui-ci apporte une perspective unique et précieuse sur sa propre expérience de santé, ainsi que sur ses attentes et ses objectifs.

Porteur : MSSS

Collaborateur : établissement du RSSS, Urgences-santé

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : en continu

4.2 GOUVERNANCE ET TRANSPARENCE

4.2.1 S'assurer d'une interaction efficiente entre les acteurs du système préhospitalier, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi qu'avec les acteurs de la sécurité publique

La collaboration entre les services préhospitaliers d'urgences, qui sont rattachés au milieu, et les services d'urgence, qui sont, pour leur part, liés à la sécurité publique, comme la police et les pompiers, revêt une importance cruciale dans des situations exceptionnelles, notamment lors de catastrophes naturelles. Ces événements imprévisibles peuvent engendrer un nombre élevé de blessés et de victimes, exigeant une réponse rapide, coordonnée et efficace pour sauver des vies. En mettant en commun les compétences et les ressources de ces secteurs essentiels, la collaboration favorise une synergie d'action qui permet une meilleure gestion des urgences complexes. En cas de situation exceptionnelle ou de catastrophe naturelle, les besoins dépassent souvent la capacité d'action d'un seul service. La coordination entre les services de santé et de sécurité publique permet une répartition efficace des tâches, une meilleure communication et une prise de décision éclairée. La collaboration doit permettre d'améliorer l'efficacité des interventions, réduit les délais d'intervention et sauve des vies en unifiant les efforts et les compétences complémentaires de ces deux domaines essentiels.

Afin de renforcer les liens entre les acteurs du système préhospitalier d'urgence, du RSSS, des municipalités, des services de sécurité incendie et de sécurité publique à l'aide de canaux de communication efficaces, il est prévu d'analyser les différentes situations régionales et de recueillir les meilleures pratiques selon les ressources disponibles. En soi, les établissements devront s'assurer de mettre en œuvre ces outils et ces processus afin de favoriser la coordination en amont, par exemple à l'aide de simulations et d'exercices communs, et lors d'interventions d'urgence.

Pour mesurer concrètement cette initiative, des cibles de participation aux différents exercices, aux tables de sécurité civile, à l'intégration de la mission santé dans les plans de sécurité civile, etc., seront fixées.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : CCS, entreprises ambulancières, établissements du RSSS, MSP, municipalités, services de police, services de sécurité incendie.

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : en continu

4.2.2 Effectuer les révisions législatives nécessaires à la transformation des services préhospitaliers d'urgence

Le projet de loi 15 (PL15), qui vise à rendre le système de santé et de services sociaux plus efficace, constitue une étape importante dans la reconfiguration du cadre législatif de la LSPU, et apporte des changements importants qui visent à renforcer et à moderniser le secteur des services préhospitaliers, plus particulièrement sur le plan de sa gouvernance. Parmi les changements majeurs introduits par le PL15, divers éléments clés méritent d'être soulignés.

En premier lieu, le PL15 implique une transformation importante de la composition des conseils d'administration des CCS. L'augmentation du nombre de membres nommés par Santé Québec et l'ajout de membres externes renforcera l'expertise et la gouvernance au sein des CCS, tout en assurant une plus grande transparence et une meilleure reddition de comptes dans la prise de décisions stratégiques.

En deuxième lieu, le PL15 introduit également une dimension d'innovation et de flexibilité en permettant la mise en place de projets pilotes dérogeant à la LSPU. Cette mesure a pour but d'encourager l'expérimentation de nouvelles approches et de méthodes pour améliorer la qualité des services et des soins préhospitaliers d'urgence afin de répondre de manière optimale aux besoins changeants de la population.

En troisième lieu, le PL15 implique aussi des changements majeurs quant à la responsabilité de la gestion d'Urgences-santé, qui passera des mains du ministre de la Santé et des Services sociaux à celles de Santé Québec. Ce transfert de responsabilité renforce le rôle central de Santé Québec dans la gouvernance et la supervision des services préhospitaliers, contribuant ainsi à une coordination plus efficace et à une meilleure intégration des interventions d'urgence dans le système de santé global.

En quatrième lieu, le PL15 fera passer la durée du contrat de services ambulanciers de trois à cinq ans, offrant ainsi une stabilité accrue et une meilleure planification pour les parties prenantes engagées dans la prestation des services ambulanciers.

Enfin, le PL15 prévoit également une prolongation de la durée des plans d'organisation des services préhospitaliers, qui passe aussi de trois à cinq ans. Cette modification vise à assurer une perspective à plus long terme dans la planification et l'optimisation des ressources préhospitalières et des processus au sein des CCS et des autres acteurs du secteur.

En complément aux modifications apportées dans le projet de loi 15 à la LSPU, il est prévu de proposer un chantier de révision réglementaire et législative afin d'actualiser l'encadrement du secteur. Ces propositions permettront de mettre pleinement en œuvre les initiatives contenues dans ce plan d'action. Elles viseront notamment à assurer une meilleure gouvernance, à soutenir l'évolution des pratiques et à favoriser certains types de transports de façon à rendre les services plus efficaces.

Porteur : MSSS

Collaborateur : MSP

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2028

4.2.3 Procéder à un audit des centres de communication santé (CCS)

Considérant que Santé Québec se verra confier la mission de coordonner les opérations du réseau, et donc des 10 CCS du Québec, lesquels jouent un rôle essentiel dans la gestion des services préhospitaliers d'urgence, Santé Québec devra mener un audit qui permettra de déterminer les forces et les lacunes du fonctionnement actuel des CCS. Ainsi, il sera possible de mettre en évidence les bonnes pratiques et de déterminer les pistes d'amélioration à entreprendre. Des audits opérationnels examineront les structures des organisations, leur gestion des données, notamment les données personnelles des usagers, leur sécurité informatique, ainsi que leurs politiques de gestion, de recrutement et de ressources humaines, leurs procédures d'administration financière et matérielle ainsi que leur application des orientations ministérielles et gouvernementales. Une attention particulière sera accordée à l'application des orientations de transformation numérique gouvernementale (initiative 3.3.6), à l'implantation du 911 « prochaine génération », au programme de consolidation des centres de traitement informatique et aux mesures de sécurité nécessaires. De plus, le système de répartition des appels utilisé par les CCS sera également évalué pour s'assurer de sa pertinence, de son exhaustivité et de sa fiabilité dans le suivi des services rendus lors d'une demande d'intervention.

Porteur : MSSS

Collaborateur : MSP

Investissement total sur 5 ans : 4 M\$

Échéancier de réalisation : 2025-2027

Un tableau de bord sur la performance du système préhospitalier d'urgence

Afin de développer une culture de suivi de la performance dans le système, la première étape a consisté à publier le tableau de bord concernant les services préhospitaliers d'urgence, lequel contient une série de données pertinentes sur la performance des services. Les indicateurs qui apparaissent au tableau illustrent l'évolution dans le temps de la demande et de l'offre de services préhospitaliers d'urgence ainsi qu'un aperçu de leur performance, notamment :

- Le nombre d'ambulances affectées à la suite des appels de la population ;
- La durée moyenne du temps de réponse interne (de l'appel à l'affectation de l'ambulance) ;
- La durée moyenne du temps de mise en route ;
- La durée moyenne de l'arrivée auprès de l'utilisateur ;
- La durée moyenne de présence de l'ambulance au centre hospitalier.

Ces données demeurent toutefois parcellaires et souffrent d'un délai de production, de transmission et de validation, ce qui ne les rend pas disponibles en temps opportun. L'objectif est donc d'augmenter la fiabilité et la disponibilité de ces données.

4.2.4 Assurer un suivi du secteur des services préhospitaliers basé sur des indicateurs de performance administratifs et financiers

Afin de créer une culture de performance et d'amélioration continue dans la gestion des services préhospitaliers d'urgence, il est prévu de mettre en place des processus de suivi efficaces et uniformisés pour l'ensemble des activités préhospitalières permettant ainsi d'optimiser continuellement les soins et les services rendus aux usagers.

Cette initiative consiste à recueillir toute l'information pertinente à l'analyse de la performance et d'établir des normes qui permettront au MSSS et à Santé Québec de prendre des décisions de gestion adaptées aux réalités de terrain qui s'appuient sur des données probantes.

Les indicateurs de performance permettront d'évaluer l'efficacité des services préhospitaliers en mesurant des éléments tels que le temps de réponse aux appels d'urgence, la coordination entre les services de santé et de sécurité publique, la planification et l'utilisation des ressources humaines et bien d'autres aspects essentiels. Grâce à ces données, il sera possible de réellement identifier les points forts et les zones de faiblesse du système, tout en mettant en œuvre des stratégies ciblées pour optimiser les ressources et les processus.

Par ailleurs, l'utilisation d'indicateurs disponibles ailleurs dans le monde est également très pertinente. En comparant le système québécois avec d'autres provinces du Canada et d'autres pays, il est possible de le situer par rapport aux standards internationaux et de déterminer les meilleures pratiques à adopter. Une telle approche favorise l'échange de connaissances et d'expertise entre les différentes provinces et les différents pays, stimulant ainsi l'innovation et l'amélioration continue des services préhospitaliers.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : en continu

Un nouveau contrat de service avec les entreprises ambulancières

Le récent contrat de service conclu entre le MSSS et les entreprises ambulancières desservant les différentes régions du Québec est une pierre d'assise de la transformation de la gestion des organisations partenaires.

Ce contrat précise, entre autres, que les entreprises ambulancières devront dorénavant faire preuve d'une transparence accrue en présentant leurs états financiers audités au MSSS chaque année. Une part de la rémunération sera liée à leur performance, dans une logique d'amélioration de l'efficacité. De plus, les entreprises ambulancières auront une plus grande imputabilité au sujet des services qu'elles s'étaient engagées à offrir, et se verront imposer les pénalités prévues en cas d'heures de service non livrées. La structure de financement afin d'améliorer la gestion de la main-d'œuvre a aussi été revue dans le contrat de service.

4.2.5 Planter un processus de reddition de comptes du secteur des services préhospitaliers d'urgence

Afin d'optimiser les services et de rendre plus efficace la gestion de ceux-ci, il est primordial d'accroître la transparence du secteur. Pour ce faire, des processus uniformes et obligatoires seront mis en place. Ceux-ci seront mis en œuvre en cohérence avec les nouvelles dispositions du contrat de service conclu avec les entreprises ambulancières, les ententes de gestion avec les CCS et Urgences-santé, et faciliteront la transmission des informations nécessaires à la reddition de comptes. Évidemment, l'implantation d'un processus de reddition de comptes rigoureux est essentielle pour assurer une gestion responsable des ressources financées par l'État. La transparence renforce la confiance du public et la performance stimule l'amélioration continue des services, tout en encourageant l'instauration d'une culture d'excellence et de responsabilité basée sur le concept d'imputabilité.

Porteur : MSSS

Investissement total sur 5 ans : autofinancé

Échéancier de réalisation : 2023-2026

4.2.6 Renforcer les équipes préhospitalières dans les établissements du RSSS

Les rôles et responsabilités des établissements du RSSS en ce qui concerne les activités préhospitalières sont particulièrement importants, notamment les suivants :

- Structurer l'offre de services préhospitaliers d'urgence (couverture ambulancière, déploiement des services de premiers répondants, etc.);
- Assurer une interaction opérationnelle et une gestion contractuelle avec les entreprises ambulancières, les CCS et la sécurité publique ;
- Organiser, administrer, et veiller à l'assurance qualité et à la formation des TAP et des premiers répondants ;
- Favoriser l'intégration du système préhospitalier dans le RSSS (Guichet accès première ligne, paramédecine communautaire, fluidité hospitalière, rétention des civières, etc.);
- Former la population en premiers secours.

Au cours des prochaines années, les équipes préhospitalières vont devoir mettre en œuvre plusieurs initiatives du plan d'action gouvernemental, notamment le nouveau contrat de service conclu avec les entreprises ambulancières, la valorisation et le déploiement des programmes s'adressant à la population et au réseau scolaire en lien avec les premiers secours ou encore établir une collaboration beaucoup plus étroite avec les transports adaptés pour éviter l'utilisation non pertinente des véhicules ambulanciers. Toutefois, force est de constater que la structure des équipes préhospitalière dans le RSSS est fragile.

Cette initiative consiste donc à accroître la présence et l'intégration du secteur préhospitalier dans les équipes de coordination des établissements du RSSS. Cette initiative vise aussi à intégrer directement les équipes responsables du transport alternatif aux établissements du RSSS. Celles-ci seront alors sous la responsabilité des équipes préhospitalières de ces établissements. À cet effet, une analyse de la cohérence des structures régionales en place sera effectuée et permettra de revoir et de bonifier le financement des établissements du RSSS afin qu'ils augmentent la taille des équipes préhospitalières et les intègrent à leurs équipes de coordination et de gestion.

Porteur : MSSS

Collaborateurs : établissements du RSSS

Investissement total sur 5 ans : 11,4 M\$

Échéancier de réalisation : 2023-2026

MESURES DE SUIVI ET D'ÉVALUATION

Le MSSS est responsable de la coordination et de la mise en œuvre du Plan d'action gouvernemental. Un comité de suivi des mesures aura le mandat de suivre les travaux du plan, de réaliser un état de l'avancement des initiatives, et d'apporter les ajustements requis pour optimiser les résultats et orienter les travaux en prévision d'un nouveau plan d'action adapté au contexte québécois.

Conformément aux directives émises par le Secrétariat du Conseil du trésor, un cadre de suivi sera élaboré au cours des mois suivant l'adoption de ce plan d'action. Ce cadre présentera les indicateurs significatifs qui alimenteront le suivi des 65 initiatives ainsi que les évaluations envisagées.

CONCLUSION

La modernisation du système préhospitalier d'urgence, en plaçant l'utilisateur au centre de ce dernier, permettra d'optimiser les services et de mieux répondre aux besoins de la population, en temps opportun. Elle permettra également au système de bénéficier pleinement des compétences des intervenants, d'orienter l'utilisateur vers les bons soins et de réduire les découvertures et diminutions de service. En revisitant la gouvernance, les responsabilités et les obligations des parties prenantes, le MSSS s'assurera d'accroître la transparence des opérations et d'exiger un niveau de performance accru de la part de ses partenaires. Le MSSS s'assurera également de se doter d'outils d'analyse s'appuyant sur des données probantes, communiquées au grand public, et d'adopter les meilleures pratiques du domaine, ce qui contribuera à la performance des services.

En mettant en œuvre ce plan d'action, le gouvernement améliorera de manière considérable les services préhospitaliers d'urgence, assurant ainsi une meilleure prise en charge des usagers et une réponse plus efficace aux besoins des citoyens en situation critique.

BIBLIOGRAPHIE

- d'Amours, L. et al. (2021). Assessment of Canadian Public Automated External Defibrillator Registries. *CJC Open*, 3(4), 504-509. <https://doi.org/10.1016/j.cjco.2020.12.013>
- Bakke, H. K. et al. (2016). A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway. *BMC Emergency Medicine*, 17(6). <https://doi.org/10.1186/s12873-017-0116-7>
- Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. (2019). *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès – Rapport final*. Gouvernement du Québec. <https://www.cerp.gouv.qc.ca/index.php?id=2>
- Gouvernement du Québec. (2023). *Tableau de bord – Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. <https://app.powerbi.com/view?r=eyJrjoiOTFmZjc4NzAtMTBkMS00OTE5LWE4YjQtZTlzOTc5NDZjNmZlIiwidCI6IjA2ZTFmZTI4LTVmOGItNDA3NS1iZjZjLWFIMjRiZTFhNzk5Mj9>
- Gundry, J. W. et al. (1999). Comparison of Naïve Sixth-Grade Children With Trained Professionals in the Use of an Automated External Defibrillator. *Circulation*, 100(16), 1703-1707. <https://doi.org/10.1161/01.CIR.100.16.1703>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *État des connaissances – Le transport médical hélicoptéré (TMH) : analyse des besoins et identification des clientèles*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/le-transport-medical-heliporte-tmh-analyse-des-besoins-et-identification-des-clienteles.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *État des connaissances – Le transport médical hélicoptéré (TMH) : analyse des besoins et identification des clientèles*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/le-transport-medical-heliporte-tmh-analyse-des-besoins-et-identification-des-clienteles.html>
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2022). *Trousse d'outils pour soutenir l'implantation des normes de qualité relatives aux traitements de reperfusion de l'infarctus aigu du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST) au Québec*. Gouvernement du Québec. <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/la-prise-en-charge-de-linfarctus-aigu-du-myocarde-avec-elevation-du-segment-st-iamest-au-quebec.html>
- Katz, E. et al. (2005). Arrêt cardiaque extrahospitalier : la situation actuelle. *Revue médicale suisse*, (9). <https://www.revmed.ch/revue-medicale-suisse/2005/revue-medicale-suisse-9/arret-cardiaque-extrahospitalier-la-situation-actuelle>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Cadre normatif sur l'organisation des services*. Gouvernement du Québec. [Cadre normatif sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence administrée par les centres intégrés de santé et de services sociaux et les centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux et la Corporation d'urgences-santé – Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux \(gouv.qc.ca\)](https://www.mss.gouv.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/cadre-normatif-sur-lorganisation-des-services)
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale – 2022-2026*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Une transformation au bénéfice de tous – Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence*. Gouvernement du Québec. https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410/?&txt=22-929-02&msss_valpub&date=DESC

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2023). *Cadre de référence – Orientations ministérielles sur la desserte préhospitalière*. Gouvernement du Québec. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003405/>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur le développement durable*. RLRQ, c. D-8.1.1. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/d-8.1.1>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Charte des droits et libertés de la personne*. RLRQ, c. C-12. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/c-12>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Loi sur la gouvernance et la gestion des ressources informationnelles des organismes publics et des entreprises du gouvernement*. RLRQ, c. G-1.03. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/G-1.03>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2023). *Règlement d'application de la Loi sur les laboratoires médicaux et sur la conservation des organes et des tissus*. RLRQ, c. L-0.2, r. 1. Publications Québec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/l-0.2,%20r.%201>
- Paramedic County of Renfrew. (s. d.). *Community Paramedics Program*. <https://renfrewparamedics.ca/mod/page/view.php?id=1996>
- Pelletier, L.-P. (2020). *Réflexion sur le transport interétablissement* (rapport). Gouvernement du Québec.
- Programme des Nations Unies pour le développement. (2023). *En route pour 2030 – Accélérer les progrès vers l'atteinte des Objectifs de Développement Durable*. <https://www.undp.org/fr/en-route-pour-2030-acceler-les-progres-vers-latteinte-des-objectifs-de-developpement-durable>
- Pollack, R. A. et al. (2018). Impact of Bystander Automated External Defibrillator Use on Survival and Functional Outcomes in Shockable Observed Public Cardiac Arrests. *Circulation*, 137(20), 2104-2113. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.117.030700>
- Secrétariat de la condition féminine. (2022). *Stratégie gouvernementale pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2022-2027*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/gouvernement/ministeres-et-organismes/secretariat-condition-feminine/publications#c85512>

ANNEXE A – TABLEAU SYNTHÈSE

AXE 1 – FAVORISER L'INTERVENTION CITOYENNE

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
Chantier 1.1 – Implication citoyenne			
1.1.1 Soutenir et stimuler l'implication citoyenne	MSSS <i>Municipalités</i>	1,215 M\$	2023-2027
1.1.2 Former les citoyens en premiers secours	MSSS CNESST INSPQ MEQ MES SAAQ	2,375 M\$	2023-2028
1.1.3 Déployer un programme de reconnaissance de l'action citoyenne	MSSS	240 000 \$	2024-2026
1.1.4 Renforcer l'engagement et la communication entre les citoyens et les services préhospitaliers d'urgence	MSSS	Autofinancé	2025-2028
Chantier 1.2 – Déploiement des défibrillateurs externes automatisés (DEA)			
1.2.1 Mettre en œuvre la stratégie globale de déploiement des défibrillateurs externes automatisés (DEA)	MSSS CCS <i>Desjardins</i> <i>Banque Nationale</i> <i>Fondation Jacques-de Champlain</i>	3,5 M\$	2023-2025
1.2.2 Proposer une loi encadrant l'accès public aux défibrillateurs externes automatisés et leur enregistrement	MSSS <i>Fondation Jacques-de Champlain</i>	Autofinancé	2024-2026

AXE 2 – DÉVELOPPER ET OPTIMISER LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
Chantier 2.1 – Premiers répondants			
2.1.1 Revoir le cadre contractuel du programme « Premiers répondants »	MSSS Établissements du RSSS Municipalités Urgences-santé MSP	Autofinancé	2023-2025
2.1.2 Augmenter le nombre de services de premiers répondants	MSSS Établissements du RSSS Municipalités Urgences-santé MSP	92,7 M\$	En continu
Chantier 2.2 – Desserte préhospitalière			
2.2.1 Utiliser des techniciens ambulanciers paramédics en soins avancés lors des transferts interétablissements en remplacement du personnel hospitalier	MSSS Établissements du RSSS	Autofinancé	2023-2024
2.2.2 Mettre en place des mécanismes pour baliser la couverture ambulancière incluant la conversion des horaires de faction	MSSS Établissements du RSSS	238 M\$	2023-2024
2.2.3 Uniformiser les protocoles opérationnels pour l'ensemble des centres de communication santé (CCS)	MSSS Établissements du RSSS CCS Urgences-santé	Autofinancé	2023-2024
2.2.4 Assurer une gestion contemporaine des ruptures de services ambulanciers	MSSS Établissements du RSSS	Autofinancé	2023-2024
2.2.5 Réduire le temps passé par les ressources ambulancières dans les centres hospitaliers	Établissements du RSSS	7,65 M\$	2023-2026
2.2.6 Instaurer un cadre de planification du soutien clinique lors de grands événements	MSSS MAMH MSP	Autofinancé	2023-2028
2.2.7 Déployer une carte interactive de la couverture préhospitalière	MSSS Établissements du RSSS	Autofinancé	2023-2028
Chantier 2.3 – Transport aérien et hélicopté			
2.3.1 Revoir l'entente de services entre le Service aérien gouvernemental (SAG) et le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	MSSS MTMD	Autofinancé	2024-2025
2.3.2 Créer une centrale d'appels destinée au transport aérien	EVAQ, MSSS Établissements du RSSS MTMD (SAG)	7,42 M\$	2023-2025
2.3.3 Optimiser l'offre de services en transport aéromédical	MSSS EVAQ, MTMD	Autofinancé	2023-2028

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
2.3.4 Développer un service de transport médical hélicoptéré	MSSS MTMD ÉVAQ	125 M\$	2023-2028
2.3.5 Établir des normes de soins et de gestion du transport médical aérien	MSSS MTMD	Autofinancé	2024-2028
Chantier 2.4 – Communautés des Premières Nations et Inuit			
2.4.1 Adapter le programme « Premiers répondants » aux communautés des Premières Nations et Inuit	MSSS Établissements du RSSS	Autofinancé	2023-2024
2.4.2 Adapter les interventions préhospitalières aux diverses réalités des communautés des Premières Nations et Inuit	MSSS Établissements du RSSS MES SRPNI	Autofinancé	2024-2026
2.4.3 Rendre accessible un centre de communication santé (CCS) pour le Nunavik et la Baie-James à partir d'un centre d'appels primaire	MSSS MSP Établissements du RSSS	1,75 M\$	2024-2028
Chantier 2.5 – Paramédecine de régulation			
2.5.1 Implanter le triage secondaire	MSSS CMQ Établissements du RSSS OIIQ OTSTFQ	55,2 M\$	2023-2024
2.5.2 Implanter la co-évaluation	MSSS Établissements du RSSS OIIQ CMQ OTSTFQ	Autofinancé	2023-2024
2.5.3 Mettre en place des mécanismes pour diversifier l'offre de soins, les destinations et les types de transports alternatifs proposés à la régulation	MSSS Établissements du RSSS OIIQ OTSTFQ	Autofinancé	2025-2027
2.5.4 Arrimer la paramédecine de régulation avec les Académies Internationales de répartition des urgences	MSSS IAED	Autofinancé	2026-2028
Chantier 2.6 – Soutien médical à distance			
2.6.1 Consolider et développer les hôpitaux de base	MSSS Hôpital Hôtel-Dieu de Lévis Hôpital du Sacré- Cœur-de-Montréal	7,5 M\$	2023-2024

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
2.6.2 Encadrer l'implantation d'un processus provincial d'orientation primaire des usagers souffrant d'infarctus du myocarde avec élévation du segment ST (IAMEST)	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	Autofinancé	2024-2026
2.6.3 Élargir le soutien médical à distance	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	Autofinancé	2026-2028
Chantier 2.7 – Paramédecine communautaire			
2.7.1 Implanter des projets pilotes régionaux de paramédecine communautaire	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	19 M\$	2023-2026
2.7.2 Mettre en place la paramédecine communautaire intégrée dans le continuum de soins	MSSS <i>Établissements du RSSS</i> OIIQ CMQ OTSTFQ OPIQ	Autofinancé	2023-2028
2.7.3 Optimiser les ressources préhospitalières en zone rurale	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	Autofinancé	2026-2028
Chantier 2.8 – Interétablissement			
2.8.1 Compléter la mise en œuvre d'un transport terrestre interétablissement pédiatrique spécialisé en soins intensifs	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	20 M\$	2023-2024
2.8.2 Adopter un règlement permettant d'élargir les alternatives de transport	MSSS MSP MTMD	Autofinancé	2023-2025
2.8.3 Favoriser les alternatives de transport particulièrement pour l'interétablissement	MSSS MTMD SAAQ	Autofinancé	2024-2026
2.8.4 Mettre en place une structure nationale destinée à l'interétablissement	MSSS <i>Établissements du RSSS</i> CCPTA CCPPQ CCS COOLSI	Autofinancé	2025-2028

AXE 3 – SOUTENIR LA MODERNISATION DES ACTIVITÉS PRÉHOSPITALIÈRES

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
Chantier 3.1 – Professionnalisation			
3.1.1 Actualiser l'examen certificatif conduisant à l'obtention du permis de pratique des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)	MSSS <i>Établissements du RSSS Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2024
3.1.2 Actualiser les protocoles d'intervention des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)	MSSS CMQ	Autofinancé	2023-2024
3.1.3 Soutenir la mise en place d'un encadrement ou d'un ordre professionnel	OPQ <i>TAP, Associations de TAP, MES, SCT, MSSS OIIQ, CMQ</i>	Autofinancé	2023-2026
Chantier 3.2 – Évolution des activités préhospitalières			
3.2.1 Élargir les champs de pratique des techniciens ambulanciers paramédics (TAP)	MSSS	Autofinancé	2023-2024
3.2.2 Encadrer le développement clinique préhospitalier et parahospitalier	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	Autofinancé	2023-2024
3.2.3 Créer une équipe affectée au secteur préhospitalier à l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS)	MSSS INESSS	Autofinancé	2023-2026
3.2.4 Promouvoir la recherche dans le secteur des services préhospitaliers d'urgence	MSSS	Autofinancé	En continu
3.2.5 Actualiser les programmes d'assurance qualité de l'ensemble des acteurs des services préhospitaliers d'urgence	MSSS <i>Établissements du RSSS Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2028
3.2.6 Mesurer la performance et la pertinence clinique et opérationnelle des services préhospitaliers d'urgence	MSSS <i>Établissements du RSSS Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2028
Chantier 3.3 – Transformation numérique			
3.3.1 Concevoir l'architecture numérique des besoins du secteur des services préhospitaliers d'urgence	MSSS <i>Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2025
3.3.2 S'assurer de la présence de matériel informatique pouvant intégrer un logiciel de répartition assistée par ordinateur (RAO) véhiculaire et un dossier médical électronique (DMÉ)	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	Autofinancé	2023-2025

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
3.3.3 Implanter une répartition assistée par ordinateur (RAO) nationale (Phase 1)	MSSS CCS <i>Urgences-Santé MSP</i>	2 M\$	2023-2027
3.3.4 Implanter un système de collecte de données opérationnelles préhospitalières	MSSS	Autofinancé	2023-2028
3.3.5 Créer un dossier médical électronique du patient du système préhospitalier arrimé avec le Dossier de santé numérique	MSSS <i>Urgences-Santé</i>	16,6 M\$	2024-2026
3.3.6 Déployer une équipe spécialisée dans le soutien et l'évolution technologique des centres de communication santé (CCS)	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	5,25 M\$	2024-2027
3.3.7 Mettre en place une passerelle Web au RENIR	MSSS MCN	Autofinancé par le MCN via une tarification	2024-2027
3.3.8 Actualiser l'actif informationnel de reddition de comptes du système préhospitalier	MSSS <i>Direction des ressources informationnelles Laval, Laurentides, Lanaudière (DRILL)</i>	Autofinancé	En continu

AXE 4 – AMÉLIORER LA GESTION ET L’EFFICIENCE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS

Initiatives	Porteur/ collaborateurs	Investissements sur 5 ans	Échéanciers
Chantier 4.1 – Capital humain et culture mobilisatrice			
4.1.1 Solliciter l’expertise d’Urgences-santé pour des dossiers nationaux	MSSS <i>Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2024
4.1.2 Effectuer une planification de la main-d’œuvre	MSSS CCS <i>Entreprises ambulancières</i> MEQ <i>Urgences-santé</i>	Autofinancé	2023-2024
4.1.3 Promouvoir la reconnaissance de la main-d’œuvre préhospitalière	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	400 000 \$	2024-2027
4.1.4 Encourager les actions favorisant la santé mentale des intervenants d’urgence	MSSS CNESST MSP <i>Ministère du Travail</i>	5,5 M\$	2024-2026
4.1.5 Accroître les démarches d’évaluation de la satisfaction et des besoins des usagers	MSSS <i>Établissements du RSSS</i> <i>Urgences-santé</i>	Autofinancé	En continu
Chantier 4.2 – Gouvernance et transparence financière			
4.2.1 S’assurer d’une interaction efficiente entre les acteurs du système préhospitalier, les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) ainsi qu’avec les acteurs de la sécurité publique	MSSS <i>Établissement du RSSS</i> CCS <i>Entreprises ambulancières</i> MSP <i>Municipalités</i> <i>Services de police</i> <i>Services de sécurité incendie</i>	Autofinancé	En continu
4.2.2 Effectuer les révisions législatives nécessaires à la transformation des services préhospitaliers d’urgence	MSSS MSP	Autofinancé	2023-2028
4.2.3 Procéder à un audit des centres de communications santé (CCS)	MSSS MSP	4 M\$	2025-2027
4.2.4 Assurer un suivi du secteur des services préhospitaliers basé sur des indicateurs de performance administratifs et financiers	MSSS	Autofinancé	En continu
4.2.5 Implanter un processus de reddition de compte du secteur des services préhospitaliers d’urgence	MSSS	Autofinancé	2023-2026
4.2.6 Renforcer les équipes préhospitalières dans les établissements du RSSS	MSSS <i>Établissements du RSSS</i>	11,4 M\$	2023-2026

