

URGENCES PRÉHOSPITALIÈRES

« UN SYSTÈME
À METTRE EN PLACE »

**Comité national
sur la révision
des services
préhospitaliers d'urgence**

SOMMAIRE EXÉCUTIF

URGENCES PRÉHOSPITALIÈRES

« UN SYSTÈME
À METTRE EN PLACE »

**Comité national
sur la révision
des services
préhospitaliers d'urgence**

décembre 2000

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Édition produite par :

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

Des frais d'administration sont exigés pour obtenir d'autres exemplaires de ce document.

Ces frais vous seront facturés à la livraison :

5,00 \$ pour le premier exemplaire et 1,00 \$ pour chaque exemplaire additionnel.

Faites parvenir votre commande par télécopieur : **(418) 644-4574**

par courriel : **communications@msss.gouv.qc.ca**

ou par la poste : **Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1**

Le présent document peut être consulté à la section **documentation** du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec, 2000

Bibliothèque nationale du Canada, 2000

ISBN 2-550-36927-0

© Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

AVANT-PROPOS

Madame Pauline Marois, ministre d'État
Ministère de la Santé et des Services sociaux
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Madame la Ministre,

Il me fait plaisir de vous remettre aujourd'hui le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. Ce rapport donne suite au mandat que vous nous avez confié le 1^{er} octobre 1999, lequel consistait « d'une part, à *concevoir un système préhospitalier d'urgence s'appuyant sur un réseau de services efficace et efficient permettant d'offrir à la population du Québec des soins préhospitaliers de qualité au meilleur coût possible et, d'autre part, à proposer un plan de mise en œuvre* ».

Dans le cadre de ce mandat, nous avons tenu compte des constats et recommandations du Vérificateur général, des observations et conclusions de la Commission de l'administration publique, des études et analyses de nos groupes de travail ainsi que des propositions soumises par les nombreux groupes que nous avons rencontrés. Depuis un an, nous avons entrepris une réflexion extensive sur le secteur préhospitalier d'urgence, afin de vous soumettre des recommandations permettant de rendre ce système, non seulement mieux intégré et plus efficace mais surtout mieux centré sur l'utilisateur et ses besoins. Nous y avons consacré toute l'énergie et la compétence qui pouvaient être nécessaires pour relever ce défi et proposer les solutions qui rendront le système préhospitalier plus performant.

Pour l'essentiel, le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence vous propose une série de recommandations et d'actions visant la mise en place, dans toutes les régions du Québec, d'un système intégré de services qui prend ses assises dans une chaîne d'intervention préhospitalière dont les maillons sont arrimés entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Comme ce système à implanter doit être bien encadré, supervisé, géré et évalué, il vous est également proposé de mettre en place, aux niveaux national et régional, des organisations qui sont clairement mandatées et outillées pour assumer adéquatement leurs responsabilités. Enfin, il est recommandé d'injecter des sommes additionnelles au cours des prochaines années pour appuyer le développement d'une chaîne préhospitalière ainsi que l'encadrement administratif et clinique nécessaire au fonctionnement harmonieux de cette chaîne.

Ce rapport vous soumet donc une vision d'ensemble, près de cent recommandations et un plan d'action comportant des mesures prioritaires et stratégiques qui doivent être mises en place au cours des cinq prochaines années puisqu'elles constituent la base même de la dispensation efficiente et efficace des services à la population grâce à :

- l'implantation dans toutes les régions du Québec d'une chaîne d'intervention ;
- un système centré sur les besoins des usagers et sur la qualité des services ;
- une professionnalisation accrue des techniciens ambulanciers ;
- un meilleur encadrement médical et clinique ;
- une gestion axée sur les résultats et l'imputabilité ;
- une clarification des rôles et des responsabilités de chacun des intervenants ;
- un financement mieux adapté et en lien avec les objectifs poursuivis.

Pour assumer son mandat, le Comité national était composé de seize membres provenant de divers secteurs d'intérêt interpellés par la démarche. Fait important à signaler : **les recommandations ont reçu l'accord unanime de tous les membres du comité.** Il s'agit là d'un point majeur du rapport car les principaux acteurs ou intervenants du système préhospitalier, actuel ou futur, étaient autour de la table où les orientations et les décisions ont été prises. Il y a tout lieu de croire que la mise en œuvre des changements proposés pourra se réaliser plus facilement et compter sur la collaboration de toutes les forces en présence. C'est d'ailleurs, la grande caractéristique et la principale

valeur ajoutée du présent rapport. Contrairement aux exercices précédents, les principaux acteurs de ce système ont été impliqués directement et associés à l'identification des solutions à mettre en place.

En outre, une large représentation de personnes et de groupes a été mise à contribution ou consultée dans le cadre de nos travaux afin de couvrir l'ensemble des préoccupations de ce secteur. Ces organismes qui représentent toutes les composantes de la chaîne d'intervention, les partenaires du milieu ainsi que les multiples facettes de la réalité préhospitalière québécoise, sont venus exprimer leurs préoccupations, leurs attentes et leurs hypothèses de solutions. Ce sont ces consultations et ces échanges qui ont permis au Comité de prendre connaissance des besoins sur le terrain et de les arrimer avec les changements proposés. Dans le cadre de ces consultations, nous avons aussi rencontré les principaux ministères impliqués dans ce domaine ainsi que les syndicats représentant le personnel du réseau préhospitalier. Ces rencontres ont été très utiles puisque, dans un grand nombre de cas, nous avons retenu leurs propositions.

En terminant, je voudrais souligner le travail et la contribution substantielle des membres de ce Comité à la réalisation de ce rapport. Par leur connaissance du milieu, leur compétence et leurs expériences variées, chacun et chacune ont apporté un regard éclairé et réaliste du système préhospitalier et ainsi contribué au développement de solutions structurantes. Il était primordial de réunir au sein de ce comité des personnes issues des divers milieux concernés par cette réflexion car toute nouvelle politique ou toute nouvelle orientation a beaucoup plus de chance de se réaliser si elle résulte d'un consensus et qu'elle favorise la mobilisation des intervenants du milieu.

Je dois aussi souligner la contribution des groupes de travail formés pour étudier les dimensions cliniques, organisationnelles et financières du système préhospitalier, lesquels comités ont été dirigés respectivement par messieurs Daniel Lefrançois, Ghislain Perreault et Guy Ruel. Ces trois groupes de travail ont été au cœur même du processus de révision car ils ont alimenté notre réflexion, nos discussions et nos décisions.

Enfin, je voudrais dire un merci spécial au secrétaire exécutif de ce comité, monsieur Gervais Morissette, pour son engagement indéfectible et sa compétence dans la gestion

efficace des travaux du comité. De plus, je tiens à souligner le travail des personnes qui ont fourni un support important à la recherche, à la documentation et à la rédaction, plus particulièrement madame Caroline Boucher qui a assumé la rédaction du rapport, et l'ensemble des professionnels rattachés à ce mandat, soit mesdames Odette Giguère, Solange Lévesque, et Brigitte Laflamme, messieurs Michel Doré, François Ferland et Denis Cayouette, ainsi qu'à mesdames Mireille Asselin pour les travaux du secrétariat et Patricia Martel, pour les travaux de mise en forme. Ces personnes ont souvent été effacées et discrètes mais combien utiles, efficaces et indispensables à la réalisation de notre mandat.

Ce rapport est, donc, indubitablement le fruit d'un travail d'équipe et je voudrais leur exprimer mes remerciements les plus sincères et ma profonde gratitude pour leur remarquable contribution.

En terminant, permettez-moi de vous souhaiter mes meilleurs vœux de succès dans les changements à mettre en œuvre pour doter le Québec d'un système préhospitalier d'urgence centré sur l'utilisateur et ses besoins.

Veillez, madame la Ministre, agréer l'expression de mes sentiments les plus distingués.

A handwritten signature in black ink, reading "André Dicaire". The signature is written in a cursive, flowing style.

André Dicaire
Président du Comité

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS

1.	Le Mandat.....	1
2.	La mission et l'objectif.....	1
3.	Les principes	2
	3.1.1 L'accessibilité	2
	3.1.2 L'efficacité.....	2
	3.1.3 La qualité	2
	3.1.4 La continuité	2
4.	La stratégie de révision	3
5.	La démarche de révision.....	3
6.	Les constats	4
	6.1 La chaîne	4
	6.1.1 Les premiers intervenants.....	5
	6.1.2 Les centres 9-1-1.....	5
	6.1.3 Les centres de communication santé.....	5
	6.1.4 Les premiers répondants	6
	6.1.5 Les services ambulanciers.....	7
	6.1.6 Les établissements receveurs.....	9
	6.2 Les structures.....	9
	6.2.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux	9
	6.2.2 Les régies régionales.....	10
	6.3 Le financement du système préhospitalier d'urgence	11
7.	Le système proposé	12
8.	Les principales recommandations.....	13
9.	Les conditions critiques.....	14
10.	Le plan d'action.....	14

LES RECOMMANDATIONS

La mission	16
Les principes	17
La stratégie de révision	17
La chaîne d'intervention préhospitalière	17
La modulation de la réponse	17
Les centres 9-1-1	19
Les centres de communication santé	19
Les premiers répondants.....	22
TRANSPORT SANITAIRE TERRESTRE.....	23
Les entreprises ambulancières.....	23
La Corporation d'urgences-santé	24
Les techniciens ambulanciers.....	26
TRANSPORT SANITAIRE AÉRIEN.....	28
Les établissements receveurs	29
L'architecture du système.....	30
Les régies régionales	31
L'encadrement médical et clinique	32
La recherche et développement	32
Les besoins particuliers	33
Le système d'information de gestion	33
Le programme d'amélioration continue.....	33
Le financement.....	34
La campagne de sensibilisation et d'information.....	37
Le support juridique.....	37

PLAN D’ACTION

Les principes opérationnels.....	40
La stratégie de révision	41
Les conditions critiques de réalisation du plan.....	41
Volet I : La ministre d’État à la santé et aux services sociaux	42
Volet II : La Direction des services préhospitaliers d’urgence	43
Volet III : Les régies régionales	45
Volet IV : Les maillons de la chaîne.....	46

1. LE MANDAT

Depuis le début des années 80, plusieurs tentatives de réforme appuyées sur différents rapports ont été mises de l'avant au sujet des services ambulanciers ; seul le rapport « *Chaque minute compte !* » de 1992 se voulait une implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers où l'on tentait de répondre aux besoins de la population en implantant une chaîne de services axée sur l'accessibilité, l'efficacité, la qualité et la continuité.

Malheureusement, malgré quelques initiatives locales ou régionales, aucun effort concerté au niveau national ne s'est concrétisé de telle sorte qu'après toutes ces années, on déplore toujours l'absence d'un véritable système intégré de soins préhospitaliers d'urgence : le fonctionnement actuel fait encore l'objet de critiques très sévères.

Le 1^{er} octobre 1999, la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, créait le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence. Ce Comité est composé de seize membres provenant de divers secteurs d'intérêt interpellés par la démarche.

La présidence en a été confiée à monsieur André Dicaire avec le mandat suivant : « concevoir un système préhospitalier d'urgence s'appuyant sur un réseau de services efficace et efficient permettant d'offrir à la population du Québec des soins préhospitaliers de qualité au meilleur coût possible et proposer un plan de mise en œuvre ».

2. LA MISSION ET L'OBJECTIF

Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à ses services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.

3. LES PRINCIPES

Afin de réaliser sa mission, le système s'appuie sur les principes établis suivants :

3.1.1 L'accessibilité

Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps dans le territoire québécois habité. Pour réaliser cet objectif, ces ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité en tenant compte des particularités régionales.

3.1.2 L'efficacité

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permette une réduction maximale de son temps de réaction.

3.1.3 La qualité

Les actions prises en réponse aux demandes de service doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles de l'art et maximiser les chances de survie des victimes.

3.1.4 La continuité

Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

4. LA STRATÉGIE DE RÉVISION

Les membres du comité ont spécifiquement voulu que les travaux soient campés sur les orientations suivantes :

- ◆ une réflexion et une chaîne de services centrées sur les BESOINS de la population ;
- ◆ une révision axée sur la QUALITÉ des services, modulés en fonction des besoins des individus et évalués par des critères de performance rigoureux ;
- ◆ une réforme orientée sur l'ACTION, avec des recommandations et un plan de mise en œuvre permettant l'implantation complète de la chaîne, la création de structures responsables et l'identification de sources de financement stables. Le plan d'action sous-tend aussi des mécanismes de cueillette de données cliniques et financières permettant un contrôle de la qualité de tous les maillons de la chaîne et une perception juste et fonctionnelle des coûts et du financement, ainsi qu'une reddition de comptes.

5. LA DÉMARCHE DE RÉVISION

La stratégie de révision incitait le Comité à répondre à trois grandes questions :

- (1) *Où en sommes-nous ?* Faire un état de situation du système préhospitalier d'urgence actuel et de ses diverses composantes, en relation avec le rapport « *Chaque minute compte !* » et statuer sur les forces en présence, les ressources utilisables et les lacunes constatées.

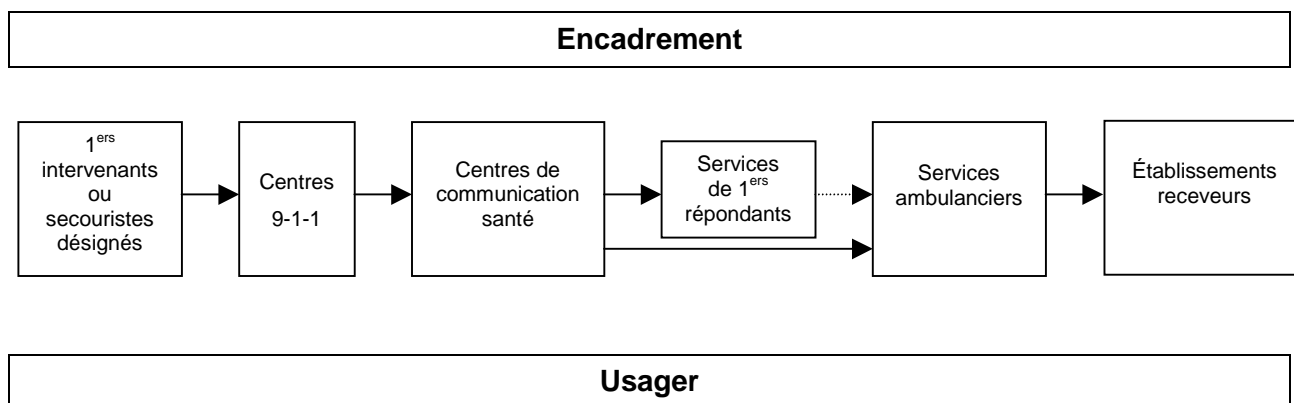
- (2) *Où voulons-nous aller ?* Déterminer, en fonction des constats, les cibles, les objectifs et les écarts à combler, identifier les orientations prioritaires permettant de corriger rapidement la situation et faire les recommandations jugées nécessaires.
- (3) *Comment s’y rendre ?* Identifier les actions requises pour mettre en œuvre les recommandations et proposer un échéancier des travaux sur cinq ans.

6. LES CONSTATS

6.1 La chaîne

Le concept de chaîne, tel qu’illustré ci-après, avec l’implantation complète de chacun des maillons sur l’ensemble du territoire québécois est inexistant. Les maillons existants sont peu développés et mal arrimés les uns aux autres : il est démontré que l’intégration de tous les maillons peut faire la différence sur l’efficacité des services et l’amélioration de la qualité, en termes de mortalité et de morbidité.

LA CHAÎNE D’INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE



6.1.1 Les premiers intervenants

Ils constituent un maillon très faible de la chaîne ; peu de citoyens québécois sont formés en premiers secours et le ministère de l'Éducation n'a pas de plan précis pour la formation des étudiants, tant au niveau secondaire qu'au collégial.

De plus, culturellement, le citoyen craint faussement que son intervention soit nuisible et il hésite à s'impliquer en attendant les intervenants désignés par le service préhospitalier d'urgence.

Il s'ensuit une pauvreté déplorable dans les actions de secourisme auprès des victimes et des retards importants à alerter le système lorsqu'un événement tragique vient de se produire.

Le tout se solde par un délai accru de réaction du citoyen et par des résultats peu enviables, notamment au regard de la survie en réanimation cardiorespiratoire.

6.1.2 Les centres 9-1-1

Même si 85 % de la population québécoise et 35 % du territoire sont couverts par le service 9-1-1, les modes d'opération disparates des centres d'appel et l'absence de liens protocolisés avec les intervenants santé nuisent grandement à l'efficacité de la transmission des demandes et au raccourcissement du temps de réaction du système.

La standardisation des protocoles d'entente et la mise sur pied de marqueurs de performance devront faire l'objet d'une attention prioritaire

6.1.3 Les centres de communication santé

Il y a peu de régions sociosanitaires qui bénéficient de l'existence d'un centre de communication santé pouvant répondre aux caractéristiques de base d'un tel centre.

Seulement trois centres sont reconnus par le ministère de la Santé et des Services sociaux et couvrent 60 % de la population (Montréal Métropolitain et Ville de Laval, Montérégie, Québec) ; en outre, certaines régions utilisent des centrales de gestion des appels qui n'ont pas fait l'objet d'une approbation ministérielle, en raison de multiples facteurs fonctionnels, organisationnels, technologiques, administratifs et financiers.

Le centre de communication santé est considéré par les membres du Comité national comme le centre névralgique du système préhospitalier d'urgence et la pierre angulaire de la réforme proposée ; son implantation et son opérationnalisation pour toutes les régions du Québec sont des conditions fondamentales pour l'atteinte d'une performance minimale dans les objectifs d'efficacité et de qualité de la réforme. Impossible de penser à une intégration des divers maillons en l'absence d'un centre de communication santé performant.

6.1.4 Les premiers répondants

Très peu de services de premiers répondants sont opérationnels actuellement au Québec.

Parmi les services opérants, plusieurs ne sont pas arrivés avec les régies régionales et prennent des initiatives dépassant le cadre normatif protocolisé ; il s'ensuit des conflits de rôle et de juridiction avec les services ambulanciers et un contrôle déficient de la qualité.

L'absence de financement n'aide pas à généraliser l'implantation de ce maillon pourtant essentiel de la chaîne ; le financement déficient se traduit aussi par une formation inégale et une gestion difficile des programmes régionaux d'assurance qualité.

Le Comité est d'avis qu'il est actuellement très difficile d'atteindre un temps de réponse efficace pour les détresses vitales en l'absence de premiers répondants bien formés et équipés de moniteurs défibrillateurs semi-automatiques.

Le rôle des premiers répondants est indispensable pour obtenir une réponse systémique satisfaisant aux marqueurs de qualité et visant le but premier du système préhospitalier

d'urgence : diminuer la mortalité et la morbidité lors de détresses vitales. Ce rôle est complémentaire aux services ambulanciers et essentiel à l'atteinte de l'objectif d'efficacité systémique.

6.1.5 Les services ambulanciers

Le Comité est d'avis que les services ambulanciers demeurent le pivot du système préhospitalier d'urgence et que l'efficacité et la qualité de leurs services passent obligatoirement par une formation adéquate des techniciens ambulanciers et leur professionnalisation progressive.

Actuellement, la formation des techniciens ambulanciers est disparate et insuffisante ; un rehaussement des connaissances avait été prévu en 1995, mais l'absence d'un financement réaliste par le ministère de la Santé et des Services sociaux et d'un plan de formation adéquat par les cégeps impliqués a retardé la réalisation de cet objectif. L'encadrement clinique présente aussi des lacunes non négligeables.

Une démarche vers l'obtention généralisée de l'équivalent d'une Attestation d'études collégiales pour tous les techniciens ambulanciers et une progression vers le développement d'un cursus conduisant au Diplôme d'études collégiales font partie des mesures permettant de combler les lacunes actuelles.

Les entreprises ambulancières ont de grandes difficultés à recruter ou à maintenir leurs effectifs et elles dénoncent le manque de planification des cégeps et du ministère de la Santé et des Services sociaux. Quant au financement de la formation, tant pour les nouvelles cohortes que pour le rehaussement des effectifs en cours d'emploi, les techniciens ambulanciers et leurs syndicats soulignent les solutions parcellaires appliquées jusqu'à maintenant et le manque de ressources. À ces égards, il y a un risque important de pénurie de main d'œuvre.

Les horaires et les charges de travail présentent des déficiences importantes et les horaires de faction génèrent, dans certaines situations, des délais dans la réaction du système.

Le financement des entreprises est aussi interpellé de façon vigoureuse : l'absence de règles de financement standardisées, de base de données financières, de charte de comptes comparative et, surtout, l'absence d'obligation de reddition de comptes ne facilitent pas la transparence du bilan d'imputabilité des intervenants ; les membres du comité sont unanimes à donner raison au Vérificateur général à l'effet que l'État dépense plus de 200 M\$ par année dans le secteur préhospitalier, sans posséder aucun indicateur de qualité, de performance et d'efficience.

En outre, de nombreuses rigidités administratives ont été identifiées comme étant des entraves au fonctionnement harmonieux et efficace des services ambulanciers. Ainsi, des modifications importantes ont été proposées à l'égard du contrat à budget, de l'émission des permis, du nombre de véhicules autorisés, des cartes de compétence, des horaires de travail, etc. Cette situation a généré des rapports parfois difficiles entre les régies régionales et les entreprises.

Quant à la Corporation d'urgences-santé, sa mission est maintenue, à l'exclusion des interventions des médecins sur le site d'un événement préhospitalier, conformément aux avis du Collège des médecins du Québec et de l'Association des médecins d'urgence du Québec. De par sa loi constitutive, elle cumule à la fois le rôle d'une régie régionale dans le secteur préhospitalier et celui d'une entreprise ambulancière, et elle fait directement rapport à la ministre. Ses initiatives, ses avantages technologiques et ses programmes de formation et d'amélioration de la qualité ne sont pas spontanément partagés avec les autres services préhospitaliers d'urgence régionaux. Urgences-santé n'est pas non plus soumise à des mécanismes rigoureux de reddition de comptes. Son historique de relations de travail est, depuis sa création en 1989, des plus instables.

Enfin, relativement au transport sanitaire aérien pour les distances de plus de 250 km, le service d'avion ambulance offert par le Service aérien gouvernemental fait des envieux à travers le monde ; par contre, l'absence de service sanitaire hélicoptéré pour les distances de 50 à 250 km soulève des questions relativement à la pertinence de l'implanter selon des conditions et des critères à déterminer en fonction de nos caractéristiques géographiques et climatiques québécoises : un projet pilote pourrait clarifier la situation et valider si l'addition d'un tel service doit être priorisée.

6.1.6 Les établissements receveurs

Les travaux de révision ont démontré que l'intégration entre l'univers du préhospitalier et celui de l'hospitalier demeure marginal et que des difficultés persistent quant à la compréhension des rôles et des fonctions respectifs des deux systèmes. Les problèmes de communication et d'échanges d'information entre les techniciens ambulanciers et le personnel des salles d'urgence de même que la non-désignation de corridors de services pour les soins spécialisés ou ultra-spécialisés, notamment en pédiatrie, en cardiologie, en pneumologie et en gynécologie-obstétrique, rendent parfois difficile la prise en charge rapide et efficiente du patient. Le Comité a formulé un certain nombre de recommandations pour améliorer la qualité de l'intervention de l'établissement receveur.

6.2 Les structures

6.2.1 Le ministère de la Santé et des Services sociaux

Tout au long des travaux, les membres du comité ont constaté le lien direct entre l'absence de système intégré et l'absence flagrante de leadership au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le secteur préhospitalier.

En effet, il n'y a aucune équipe ministérielle responsable de la planification du système préhospitalier d'urgence, de l'encadrement clinique et administratif, de la programmation et de la coordination de son implantation par les régions ; il n'existe aucune base de données fiables, tant sur les effectifs que sur les coûts et le financement, ni sur les besoins en ressources humaines et matérielles ; il n'y a aucune programmation centrale de l'amélioration continue de la qualité et aucune priorisation des actions à prendre en ce sens. Les services préhospitaliers d'urgence demeurent marginalement intégrés au réseau de la santé et reposent sur des initiatives régionales. L'absence d'une structure centrale organisée se répercute sur l'ensemble des instances et des intervenants du réseau, incluant Urgences-santé.

Les régies régionales sont aussi laissées à elles-mêmes avec peu de moyens et de ressources et avec un cadre législatif et réglementaire anachronique et désuet. Quant aux entreprises ambulancières, elles ne sont soumises à aucun objectif de résultat pour lequel elles seraient imputables, telles que l'efficacité des services, la satisfaction de la clientèle, les coûts et la productivité.

La concertation intersectorielle est minimaliste et ne permet pas d'actions intégrées pour l'implantation des maillons manquants et pour l'amélioration de la formation des divers intervenants.

Il n'existe aucun mécanisme de reddition de comptes, de telle sorte que l'obligation de résultat ne fait pas partie de la culture ministérielle.

6.2.2 Les régies régionales

Les régies, en l'absence d'orientations claires du ministère, ont implanté de façon aléatoire des services préhospitaliers d'urgence :

- ◆ certaines régies régionales ont implanté un centre de communication santé, d'autres pas ;
- ◆ certaines ont priorisé la formation des techniciens ambulanciers, d'autres pas ;
- ◆ certaines ont implanté des services de premiers répondants, d'autres pas ;
- ◆ certaines ont financé des équipements pour les premiers répondants, d'autres pas ;
- ◆ certaines ont sensibilisé la population et leurs commissions scolaires au rôle des premiers intervenants, d'autres pas.

Toutes ces initiatives ont été financées de manières diverses sans aucun arrimage ni aucune planification avec le ministère.

Ces situations créent des iniquités qui soulèvent des revendications et des problèmes majeurs dans les projets d'implantation des maillons manquants.

De plus, l'absence d'un encadrement national et d'une coordination interrégionale ne facilite pas l'uniformisation de la formation continue et du rehaussement des connaissances des techniciens ambulanciers en emploi.

Les disparités interrégionales dans la gestion des charges de travail et des horaires de faction contribuent aussi à déstabiliser le climat régional ou local dans les relations de travail.

Enfin, les régions régionales ne possèdent pas toutes les ressources humaines requises pour une gestion adéquate de ces services, de telle sorte que les problèmes s'amplifient d'eux-mêmes.

6.3 Le financement du système préhospitalier d'urgence

Le financement des services préhospitaliers d'urgence, assumé à 92,5 % par des fonds publics et parapublics, est destiné principalement au transport ambulancier ; les individus ou leurs assureurs privés ne contribuent que marginalement au financement avec 7,5 % de la dépense totale.

L'État supporte donc le transport ambulancier, car en plus de financer la différence entre le coût réel et le montant tarifé, il assume la totalité des frais pour le compte de certaines clientèles (les personnes âgées de 65 ans ou plus, les bénéficiaires de la Sécurité du revenu, etc.) et pour certains types de transports (interétablissements et aériens).

En l'absence d'une structure centrale coordonnant le système préhospitalier d'urgence, les mesures prises pour actualiser les coûts et le financement en fonction des augmentations de volume d'activités et des nouvelles technologies, demeurent ponctuelles et mal planifiées.

Le financement des programmes de formation et d'amélioration continue de la qualité ne bénéficie pas non plus d'une planification correspondant aux besoins à court, moyen et long termes.

Il n'existe aucune base de données financières fiables permettant de suivre l'évolution des coûts et des dépenses, ni de façon rétrospective, ni en temps réel. Il n'y a aucun bilan sur le statut de la flotte de véhicules, ni sur le plan global, ni par région.

En résumé, il a été difficile et laborieux de broser le tableau des coûts, des dépenses et des sources de financement et, surtout, de faire des projections validées de certaines recommandations à impact financier.

7. LE SYSTÈME PROPOSÉ

Tel que décrit dans « *Chaque minute compte !* », le système proposé est constitué essentiellement d'une chaîne d'intervention, dont les maillons doivent tous être présents et fonctionnels, si l'on veut atteindre les résultats escomptés.

Ces maillons sont :

- ◆ les premiers intervenants ;

- ◆ les centres 9-1-1 ;

- ◆ les centres de communication santé ;

- ◆ les premiers répondants ;

- ◆ les services ambulanciers ;

- ◆ les établissements receveurs.

Tous les membres du comité ont fait l'unanimité autour de ce concept de chaîne et tous s'entendent sur la nécessité incontournable de la présence de tous les maillons sur l'ensemble du territoire québécois pour que la chaîne d'intervention atteigne **son but**, à savoir la réduction de la mortalité et de la morbidité chez les Québécois en situation de détresse.

8. LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Le Comité soumet près de cent recommandations, dont les huit suivantes constituent des orientations majeures :

- ◆ l'implantation dans toutes les régions du Québec d'une chaîne d'intervention, comprenant des maillons intégrés entre eux et avec le réseau sociosanitaire ;
- ◆ la création d'une structure centrale forte ;
- ◆ l'implantation de centres de communication santé couvrant toutes les régions sociosanitaires ;
- ◆ l'opérationnalisation généralisée de services de premiers répondants sur l'ensemble du territoire habité ;
- ◆ un rehaussement de la formation de base et une professionnalisation des techniciens ambulanciers ;
- ◆ l'encadrement de toutes les interventions par un programme de formation et d'amélioration continue de la qualité sur les aspects clinique et administratif ;
- ◆ la mise en place, par le ministère, de mécanismes d'imputabilité et de reddition de comptes pour toutes les structures et pour tous les fournisseurs de services ;
- ◆ un financement mieux adapté et en lien avec les objectifs poursuivis par la réforme.

9. LES CONDITIONS CRITIQUES

Pour réaliser la réforme proposée, certaines conditions critiques représentent des impératifs majeurs incontournables pour les membres du Comité national :

- ◆ une volonté politique et administrative de prioriser le secteur préhospitalier et d'y accorder les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires à la réalisation du plan d'action ;
- ◆ un leadership assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour diriger et implanter les changements proposés ;
- ◆ une mobilisation de tous les intervenants et leur appropriation des changements proposés ;
- ◆ un partenariat engagé et intéressé des instances multisectorielles, en les associant au plan d'action et en mettant leur expertise à contribution (ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique, des Affaires municipales, Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des télécommunications du Conseil du trésor, Service aérien gouvernemental, etc.)
- ◆ une imputabilité et une reddition de comptes sur les résultats atteints, pour tous et chacun des intervenants de la chaîne.

10 LE PLAN D'ACTION

Afin de mettre en œuvre la centaine de recommandations du comité, des mesures prioritaires et stratégiques devront être prises au cours des cinq prochaines années. Celles-ci devront se traduire par des actions concrètes permettant la dispensation efficiente et efficace des services à la population.

Cette implantation progressive devrait déboucher sur un processus continu d'adaptation du système préhospitalier d'urgence à la réalité évolutive d'une société moderne, consciente de ses besoins et de ses moyens.

Les recommandations soumises à la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux, madame Pauline Marois, sont le résultat d'un accord unanime des membres du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence.

LA MISSION

Les services préhospitaliers d'urgence du Québec assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.

LES PRINCIPES

- **L'accessibilité** : Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps dans le territoire québécois habité. Pour réaliser ce but, ces ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité tenant compte des particularités régionales ;
- **L'efficacité** : Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permette une réduction maximale de son temps de réaction ;
- **La qualité** : Les actions prises en réponse aux demandes de service doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles de l'art et maximiser les chances de survie des victimes ;

La continuité : Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

LA STRATÉGIE DE RÉVISION

- une réflexion et une chaîne de services centrées sur les BESOINS de la population ;
- une révision axée sur la QUALITÉ des services, modulés en fonction des besoins des individus et évalués par des critères de performance rigoureux ;
- une réforme orientée sur l'ACTION, avec des recommandations et un plan de mise en œuvre permettant l'implantation complète de la chaîne, la création de structures responsables et l'identification de sources de financement stables. Le plan d'action sous-tend aussi des mécanismes de cueillette de données cliniques et financières permettant un contrôle de la qualité de tous les maillons de la chaîne et une perception juste et fonctionnelle des coûts et du financement, ainsi qu'une reddition de comptes.

Les membres du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence au Québec recommandent :

LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

1. Que, dans toutes les régions du Québec, soient mis en place des services préhospitaliers d'urgence comprenant tous les maillons de la chaîne d'intervention soit : les premiers intervenants, les centres 9-1-1, les centres de communication santé, les services de premiers répondants, les services ambulanciers ainsi que les établissements receveurs.

LA MODULATION DE LA RÉPONSE

2. Que le concept de modulation de la réponse soit implanté graduellement et intégré de façon harmonieuse dans la chaîne d'intervention préhospitalière, et ce, au niveau de la réponse, tant primaire (demandes de la population) que secondaire (demandes du réseau d'établissements).

3. Que la norme actuelle du temps de réponse systémique fixée à un maximum de huit minutes pour les urgences vitales soit un objectif à atteindre par le système préhospitalier d'urgence.
4. Que les ressources affectées aux transports générés par les établissements soient définies selon la nature de la demande et les besoins de l'utilisateur, sur la base de critères cliniques et dans le respect des recommandations énoncées par le Collège des médecins du Québec.
5. Que la population soit sensibilisée et informée de l'importance du premier intervenant en conformité avec l'article 2 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, où il est stipulé que :

«Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours. Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable ».
6. Que le ministère de l'Éducation du Québec intègre, dans ses programmes des niveaux primaire et secondaire, une formation obligatoire en secourisme de base et en assure une actualisation au niveau collégial.
7. Que chacun des établissements du réseau de la santé et des services sociaux rende disponible, d'ici trois ans, à un minimum de 25% de son personnel clinique, une formation continue en secourisme et en assure une actualisation. À cet égard, les établissements donneront une priorité à cette formation à l'intérieur de l'enveloppe budgétaire allouée à ce titre.

8. Que l'Institut de la santé publique avec les directions de la santé publique des régions régionales conviennent d'ici un an, de critères objectifs permettant de cibler les endroits où la défibrillation précoce devrait être accessible. Cette analyse portera notamment sur l'ampleur du risque en fonction de la population à desservir, des secteurs problématiques, des lieux désignés, de la disponibilité des intervenants et de leur formation.

LES CENTRES 9-1-1

9. Que le mode de traitement et les protocoles de transfert d'appels du centre 9-1-1 vers les centres de communication santé soient uniformes et respectent les normes et standards établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux par la signature obligatoire d'ententes de service entre ces centres et les responsables des centres 9-1-1.
10. Que les entreprises de télécommunications opérant le réseau 9-1-1 relient les équipements et les lignes téléphoniques de tous les centres d'appels d'urgence, afin de permettre le transfert des appelants entre les zones de desserte, sans perte des coordonnées de ceux-ci, ainsi que l'intercommunication des centres de communication santé, sans passer par le réseau téléphonique normal.

LES CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ

11. Que toutes les régions sociosanitaires du Québec soient desservies par un centre de communication santé reconnu par le ministère de la Santé et des Services sociaux, étant entendu que, de façon générale, un centre de communication santé desservira plus d'une région.
12. Qu'une même région sociosanitaire ne soit desservie que par un seul centre de communication santé.

13. Qu'en tenant compte de considérations d'ordre économique, géographique, technologique et sociosanitaire, il y ait, à terme, un nombre maximal de sept centres de communication santé, pour couvrir l'ensemble du territoire québécois.
14. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux maintienne le centre de communication santé pour les régions de Montréal et de Laval et qu'il procède immédiatement à la mise en place complète du centre de la Montérégie et de celui qui desservira la Mauricie-Centre-du-Québec et l'Estrie.
15. Que la Direction des services préhospitaliers d'urgence évalue, d'ici le 30 juin 2001, à partir des trois scénarios proposés par le Comité, la mise en place des centres de communication santé, pour les régions 01 (Bas-Saint-Laurent), 02 (Saguenay-Lac-Saint-Jean), 03 (Québec), 07 (Outaouais), 08 (Abitibi-Témiscamingue), 09 (Côte-Nord), 10 (Nord-du-Québec), 11 (Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine), 12 (Chaudière-Appalaches), 14 (Lanaudière) et 15 (Laurentides), et qu'elle en propose le déploiement.
16. Que l'on implante progressivement les centres de communication santé au fur et à mesure que la technologie permettra une réponse fiable à l'appelant et une communication efficace entre le centre de communication santé et les ressources impliquées.
17. Qu'à l'exception des régions de Montréal et de Laval, il sera nécessaire de procéder par étapes et de recourir à des solutions transitoires, compte tenu des contraintes technologiques et économiques.
18. Que la gestion de chaque centre de communication santé, à l'exception de la Corporation d'urgences-santé, soit confiée à un organisme sans but lucratif dont le mandat est strictement opérationnel et consiste à recevoir les demandes provenant d'un centre 9-1-1, d'un citoyen ou d'un établissement et à traiter celles-ci jusqu'à la prise en charge de l'usager par un établissement receveur. Ce centre, sous l'autorité d'un directeur général, est administré par un conseil de neuf membres, lesquels sont désignés par leur groupe représentatif soit :

- cinq membres représentant les entreprises ambulancières;
 - un membre représentant les municipalités;
 - un membre représentant les établissements receveurs;
 - un membre représentant la ou les régie(s) régionale(s);
 - un directeur médical;
 - le directeur général du centre de communication santé à titre de membre sans droit de vote.
- 19.** Que la propriété des infrastructures immobilières et technologiques appartienne au domaine public via notamment la Corporation d'hébergement du Québec.
- 20.** Que pour chacun des centres de communication santé, le ministère de la Santé et des Services sociaux désigne une régie régionale mandataire de son implantation.
- 21.** Que la régie régionale mandataire dispose de leviers pour s'assurer que le centre de communication santé respecte son mandat de façon efficiente et efficace.
- 22.** Que les centres de communication santé transcendent les zones d'exploitation de services d'ambulance afin d'affecter le véhicule le plus près dans les cas d'urgence et le véhicule le plus approprié pour les transports générés par les établissements.
- 23.** Que les centres de communication santé utilisent le système médicalisé de priorisation des appels urgents SMPAU™ (Clawson) comprenant l'obligation d'utiliser son programme d'assurance qualité afin de répondre aux urgences en fonction de la gravité qualifiée.

24. Que le centre de communication santé dispose des équipements et des infrastructures nécessaires pour maintenir des liens de communication bidirectionnels entre ce centre et les intervenants sur le terrain (technicien ambulancier et premier répondant).
25. Qu'à terme, tous les centres de communication santé utilisent des plateaux technologiques compatibles et puissent assurer une relève lorsque requis.
26. Que des mesures compensatoires soient prévues après évaluation, le cas échéant, afin de tenir compte de l'impact des nouveaux centres de communication santé sur les centrales actuelles, sur les entreprises ambulancières impliquées et sur les ressources humaines afférentes.

LES PREMIERS RÉPONDANTS

27. Que soient implantés, sur tout le territoire du Québec, des services de premiers répondants dont l'opération sera impartie aux municipalités et financée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, selon les modalités prévues dans le protocole d'entente convenu entre les parties.
28. Que soit établi, à cette fin, un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Union des municipalités du Québec et la Fédération québécoise des municipalités, afin de déterminer le cadre général d'implantation et les lignes directrices requises pour l'opération des services de premiers répondants.
29. Que ce protocole précise notamment le rôle et la formation du premier répondant, les standards de qualité, les modalités de fonctionnement, de financement et de remboursement des dépenses d'immobilisation et d'exploitation jugées admissibles et reliées directement à ce service ainsi que l'arrimage avec les services ambulanciers.

30. Que la responsabilité de l'implantation, de la coordination et de l'accréditation des services de premiers répondants soit confiée aux régies régionales et à la Corporation d'urgences-santé pour la région métropolitaine de Montréal et la ville de Laval.
31. Que tous les premiers répondants reçoivent et réussissent une formation conforme aux standards établis par le ministère de la Santé et des Services sociaux.
32. Que les interventions du premier répondant fassent l'objet d'un encadrement clinique régional assurant le respect des protocoles et des rôles de chacun.
33. Que seuls les premiers répondants accrédités soient autorisés à intervenir et qu'ils soient affectés exclusivement par les centres de communication santé, afin d'optimiser la réponse du système dans les situations où leur présence est requise.
34. Que les régies régionales, dans le cadre du plan régional d'organisation de services (PROS), et les municipalités soient sensibilisées au potentiel que représentent les secouristes en milieu de travail pour agir à titre de premiers répondants dans leur communauté.

TRANSPORT SANITAIRE TERRESTRE

LES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

35. Qu'une entente type de services ambulanciers soit élaborée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, en partenariat avec les régies régionales et les associations représentant les entreprises ambulancières. Cette entente devra prévoir la mission, les rôles et les responsabilités des entreprises ambulancières, les mécanismes de reddition de comptes et les standards de performance attendus.
36. Que la durée de l'entente de service soit fixée à trois (3) ans et que l'on s'assure du maintien des obligations de service, à l'échéance.

37. Que les régies régionales soient responsables de conclure des ententes de service avec les entreprises ambulancières en fonction du plan régional d'organisation de services. En cas de non-entente, dans les 90 jours suivant le dépôt de la proposition, l'une ou l'autre des parties pourra demander au ministère de la Santé et des Services sociaux l'arbitrage final d'un arbitre choisi par les parties.
38. Que les régies régionales demeurent responsables d'émettre les permis d'exploitation d'un service d'ambulance sur leur territoire.
39. Que la régie régionale puisse retirer le permis d'exploitation d'un service d'ambulance avec une indemnisation à la juste valeur marchande de ce permis. En cas de contestation par l'entreprise ambulancière, que la régie régionale démontre, à la satisfaction du ministère de la Santé et des Services sociaux, que sa décision est fondée sur des raisons d'intérêt public liées à l'organisation et à la qualité des services à la population. En cas de mésentente sur la juste valeur marchande du permis, conférer la décision finale à un arbitre choisi conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux et les associations représentant les entreprises ambulancières. Cependant, une indemnisation n'est pas prévue en cas de condamnation pour fraude.
40. Que le cadre juridique actuel soit modifié afin de permettre à une régie régionale d'augmenter ou de diminuer le nombre d'ambulances précisé au permis d'exploitation d'un service d'ambulance pour une zone, sans autre formalité que de devoir démontrer au ministère de la Santé et des Services sociaux que la décision est fondée sur la réponse aux besoins de la population et compenser, le cas échéant, l'entreprise ambulancière des conséquences financières de l'ajustement.

LA CORPORATION D'URGENCES-SANTÉ

41. Que la Corporation d'urgences-santé, sous la juridiction et l'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux, maintienne sa mission sur le territoire de

Montréal Métropolitain et de la ville de Laval, à l'exclusion des interventions des médecins sur les lieux d'un événement préhospitalier.

42. Que le déplacement d'un médecin de la Corporation d'urgences-santé vers un site d'intervention soit limité à des circonstances exceptionnelles, et ce, en conformité avec les recommandations du Collège des médecins du Québec et de l'Association des médecins d'urgence du Québec.

43. Que soit modifiée la composition du conseil d'administration de la Corporation d'urgences-santé de façon à :

inclure :

- deux membres désignés par et parmi chacune des régions régionales desservies;
- un représentant nommé après consultation d'un tiers payeur important, soit la SAAQ;
- le Directeur des services professionnels et de l'assurance qualité.

conserver :

- un membre nommé après consultation de groupes représentant les usagers du territoire ;
- un membre nommé après consultation de la Communauté urbaine de Montréal, parmi les membres de son Conseil ou ses employés cadres ;
- un membre nommé après consultation de la Ville de Laval, parmi les membres de son Conseil ou ses employés cadres ;
- un membre nommé après consultation de l'Association des hôpitaux du Québec, parmi les directeurs généraux des établissements qui exploitent des centres hospitaliers du territoire ;

- un membre nommé après consultation de l'Association des conseils des médecins, dentistes et pharmaciens du Québec, parmi les coordonnateurs des salles d'urgence situées dans les installations maintenues par les établissements qui exploitent les centres hospitaliers du territoire ;
- deux membres désignés par et parmi les salariés de la Corporation et représentant respectivement les techniciens ambulanciers et les autres salariés de celle-ci. À défaut d'entente entre ces derniers quant au représentant de leurs groupes, la Ministre le désignera d'office ;
- le Président directeur général.

abolir :

- le membre désigné par et parmi les médecins qui exercent dans le cadre du service d'intervention médicale d'urgence de la Corporation ;
- le membre désigné par et parmi les propriétaires qui ont conclu un contrat avec la Corporation en matière de transport ambulancier ;
- le membre désigné par et parmi les salariés de la Corporation et représentant les infirmiers de celle-ci.

LES TECHNICIENS AMBULANCIERS

44. Que le rôle du technicien ambulancier fasse l'objet d'une professionnalisation progressive.
45. Que le rehaussement graduel de la formation de tous les techniciens ambulanciers actifs à un niveau équivalent à celui de l'attestation d'études collégiales (AÉC), soit entrepris et étalé sur une période de cinq (5) ans. À cet égard, demander au ministère

de l'Emploi et de la Solidarité Sociale d'adapter ses programmes de formation à cette main-d'œuvre et d'en faciliter le financement.

46. Qu'un nouveau programme portant sur les interventions requises pour les techniciens ambulanciers soit élaboré et standardisé.
47. Que soit entreprise par le ministère de la Santé et des Services sociaux, à compter d'avril 2001, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, une démarche conduisant à l'obtention d'un diplôme d'études collégiales (DÉC).
48. Que les initiatives d'instauration des soins avancés se réalisent par l'entremise de projets pilotes à durée limitée, sous l'encadrement du ministère de la Santé et des Services sociaux et fassent l'objet d'une évaluation particulière permettant de démontrer une valeur clinique ajoutée sur le plan de la mortalité et de la morbidité.
49. Que se réalise, au cours de la prochaine année, un plan de main-d'œuvre national sous la responsabilité du ministère de la Santé et des Services sociaux, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, et l'ensemble des partenaires impliqués dans le secteur préhospitalier d'urgence.
50. Que la démarche de conversion des horaires de faction en horaires de 40 heures soit entreprise, en transformant un horaire de faction en un horaire de 40 heures ou encore en introduisant un horaire de 40 heures dans un horaire de faction et réduisant ainsi la faction aux heures résiduelles, selon les critères objectifs déterminés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette démarche devrait s'inscrire dans le plan régional d'organisation de services (PROS).
51. Que soit augmenté, pour les deux prochaines années, à plus de deux cent quarante candidats par année, le nombre d'inscriptions au programme de formation de base reconnue et, pour les années subséquentes, ajuster ce nombre en fonction des besoins identifiés au plan de main-d'œuvre national.

52. Que les cégeps désignés pour la formation des techniciens ambulanciers, de concert avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, élaborent et administrent un examen national unique pour s'assurer de la standardisation de la formation.
53. Que les résultats de l'examen national soient transmis au ministère de la Santé et des Services sociaux, pour l'émission d'une carte de statut et l'inscription dans un registre national.
54. Qu'une carte d'employabilité, reconnue à l'échelle nationale, soit renouvelée par les régies régionales à tous les quatre ans, attestant que le technicien ambulancier répond aux exigences relatives au suivi et à la réussite de sa formation, à l'encadrement de sa pratique ainsi qu'à sa capacité d'appliquer tous les protocoles.
55. Que les cartes de statut et d'employabilité soient émises automatiquement pour les techniciens ambulanciers actifs dans un service ambulancier québécois (clause grand-père), ce qui ne les soustrait pas à l'obligation d'actualiser leurs connaissances et compétences en vue du renouvellement nécessaire de la carte d'employabilité à tous les quatre ans.

TRANSPORT SANITAIRE AÉRIEN

56. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine les modalités de gestion de l'ensemble du transport sanitaire aérien et impartisse au Service aérien gouvernemental la gestion de la Centrale du transport sanitaire aérien pour la réception des appels, l'affectation des ressources, la facturation aux établissements et l'utilisation des transporteurs privés (avions commerciaux) et gouvernementaux (avion hôpital et navette sanitaire).
57. Que la Centrale du transport sanitaire aérien soit reliée au centre de communication santé de Québec, afin d'assurer la gestion du support clinique de tous les transports sanitaires aériens pour l'ensemble du territoire québécois incluant, en temps réel, les autorisations des demandes de transport.

58. Que la direction médicale du transport sanitaire aérien soit confiée à l'hôpital de l'Enfant-Jésus pour les escortes médicales et infirmières et la formation de l'ensemble des intervenants concernés.
59. Que soit mis en œuvre, pour une durée de cinq (5) ans, un projet pilote d'hélicoptère ambulance dans la région de Québec, axé principalement sur les transports interétablissements urgents selon des paramètres définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux et que soit produite une étude coûts-bénéfices concomitante à ce projet.

LES ÉTABLISSEMENTS RECEVEURS

60. Que la régie régionale s'assure de l'application des protocoles nationaux touchant les échanges d'information entre les techniciens ambulanciers et le personnel des salles d'urgence.
61. Que la régie régionale organise des programmes de formation conjointe avec les techniciens ambulanciers et le personnel des salles d'urgence afin de favoriser les échanges entre les intervenants. Ces formations porteront notamment sur:
- des interventions de nature commune soit, l'utilisation du moniteur-défibrillateur, le matelas immobilisateur, les arythmies cardiaques, le combitube, la rédaction de notes de transfert pertinentes au dossier ;
 - des stages dans les milieux respectifs d'intervention ;
 - l'analyse et la révision des études de cas.
62. Que le temps de présence des ambulanciers à l'urgence de l'établissement receveur soit diminué par des actions relatives au triage rapide et prioritaire, à l'inscription et à la récupération des équipements, ceci afin d'assurer que les ressources préhospitalières redeviennent immédiatement disponibles pour les affectations.

63. Que, dans le but de favoriser l'orientation optimale des usagers, le ministère de la Santé et des Services sociaux et les régies régionales déterminent, à l'instar de la traumatologie, des corridors de services dans le cadre d'un réseautage des services spécialisés et ultra spécialisés.

L'ARCHITECTURE DU SYSTÈME

64. Que le ministère soit responsable et imputable de l'implantation de la chaîne d'intervention préhospitalière, de sa performance et de son intégration au réseau sociosanitaire.

65. Que soit créée à cette fin une Direction des services préhospitaliers d'urgence, placée sous l'autorité d'un sous-ministre et dont les principales fonctions sont :

- établir les politiques et les orientations stratégiques et veiller à leur mise en œuvre, à leur application et à leur évaluation ;
- identifier les objectifs opérationnels et établir les standards de qualité ;
- élaborer les protocoles pertinents, les programmes et les politiques de service ;
- approuver les priorités et les plans régionaux d'organisation de services en préhospitalier d'urgence ;
- répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions et veiller au contrôle de leur utilisation ;
- assurer la coordination interrégionale des services ;
- établir les paramètres en matière de développement de la main-d'œuvre, en suivre l'application et en faire l'évaluation ;

- contrôler le processus et le suivi budgétaire annuels ;
- gérer un système d'information de gestion et assurer une implantation homogène dans l'ensemble des régions du Québec ;
- s'assurer que les résultats des activités de recherche et de développement s'intègrent aux services offerts au plan régional.

66. Que la Direction des services préhospitaliers d'urgence se dote d'une équipe multidisciplinaire spécialisée en préhospitalier d'urgence, en y incluant une direction médicale et une direction administrative.

67. Que les services préhospitaliers d'urgence soient un secteur important apparaissant obligatoirement dans les trois documents de gestion que doit produire le ministère de la Santé et des Services sociaux en vertu de la Loi sur l'administration publique, à savoir : le plan stratégique pluriannuel, le plan annuel de gestion des dépenses et le rapport annuel de gestion.

LES RÉGIES RÉGIONALES

68. Que soient réitérées les responsabilités des régies régionales, à l'exception des régies de Montréal et de Laval dans le mandat de planification, d'organisation, de coordination et d'évaluation des services préhospitaliers d'urgence, en fonction des standards définis par le ministère de la Santé et des Services sociaux, et ce, afin d'assurer la distribution et la prestation de services qui tiennent compte des particularités régionales.

69. Que les régies régionales prennent les dispositions nécessaires pour assurer l'intégration du fonctionnement des services préhospitaliers d'urgence au réseau de la santé et des services sociaux.

70. Que les régies régionales assument les responsabilités d'ordre opérationnel exigées par l'implantation de chacun des maillons du système préhospitalier d'urgence sur leur territoire.
71. Que les régies régionales assument l'encadrement clinique et administratif de tous les intervenants de la chaîne et que ces responsabilités soient imparties à un établissement du territoire lorsque les conditions de transfert le permettront.

L'ENCADREMENT MÉDICAL ET CLINIQUE

72. Que l'encadrement médical en temps réel soit implanté dans les centres de communication santé, selon un modèle à deux niveaux : le premier étant assuré par des techniciens ambulanciers de formation plus avancée, œuvrant à temps plein dans les centres ; le deuxième étant assuré par une équipe de médecins dédiés à ce type d'intervention et regroupés dans deux centres de communication santé, soit à Montréal et à Québec, et desservant l'ensemble des régions du Québec.
73. Que le poste de coordonnateur médical régional soit remplacé par celui de directeur médical régional et que ce médecin fasse partie du Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP) d'un établissement de la région.

LA RECHERCHE ET DÉVELOPPEMENT

74. Que l'ensemble des interventions ayant comme objet spécifique la recherche et le développement soient menées de façon conjointe avec des partenaires experts, notamment des ressources en épidémiologie, en santé publique et des responsables universitaires en santé.

LES BESOINS PARTICULIERS

75. Que les besoins particuliers qui concernent les services préhospitaliers d'urgence notamment les mesures d'urgence, les événements spéciaux, les milieux particuliers tels que minier, forestier et nordique, aquatique et maritime, ainsi que les zones touristiques soient pris en compte dans l'évaluation de l'organisation des services et reçoivent une réponse adéquate.

LE SYSTÈME D'INFORMATION DE GESTION

76. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux développe prioritairement un système d'information intégré, centralisé, convivial et compatible. Ce système devra permettre une gestion efficace du réseau par le suivi d'indicateurs de performance.

77. Que la Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux s'implique dans le développement de ce système d'information, et ce, en conformité avec les dispositions légales relatives à la confidentialité et à la protection des renseignements personnels.

78. Que la Corporation d'urgences-santé soit mise à contribution dans le développement d'indicateurs nationaux, compte tenu de son expertise en ce domaine.

LE PROGRAMME D'AMÉLIORATION CONTINUE

79. Qu'un programme d'amélioration continue de la qualité portant notamment sur la performance, les marqueurs, les écarts, les processus, la satisfaction des usagers, les correctifs et la ré-ingénierie soit mis en place dans toutes les régions du Québec.

LE FINANCEMENT

80. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux consente les ressources financières nécessaires à la mise sur pied d'un système intégré en préhospitalier d'urgence, tel que défini dans les recommandations.
81. Que le ministère de l'Éducation intègre à l'intérieur de sa programmation régulière les coûts reliés à la formation en secourisme au niveau primaire, secondaire et collégial et que le financement de ces mesures soit pris à même ses budgets réguliers, le cas échéant.
82. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux rembourse aux municipalités les dépenses relatives aux frais d'exploitation, de formation de la main-d'œuvre, ainsi que les dépenses d'amortissement sur les équipements directement reliées aux services de premiers répondants, et que ce financement se fasse sur la base du principe du coût marginal.
83. Que le ministère de la Santé et des Services sociaux procède à une révision des règles et des paramètres budgétaires s'appliquant aux entreprises ambulancières et à la Corporation d'urgences-santé par la réalisation d'une étude portant sur les coûts réels du transport ambulancier sur la base des éléments suivants :
- élaboration, d'ici le 31 mars 2001, avec les partenaires impliqués, d'une charte de comptes par centre d'activités satisfaisant les besoins d'informations du ministère de la Santé et des Services sociaux. Cette charte de comptes sera une structure permettant d'obtenir les informations appropriées concernant les données budgétaires, financières et quantitatives ;
 - élaboration, d'ici le 31 mars 2001, d'un manuel de gestion financière relatif à la charte de comptes ;

- production par toutes les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé, en juillet 2001, d'un rapport incluant l'état des résultats validés par un expert comptable externe, pour l'année financière 2000-2001, sur la base de la charte des comptes élaborée et de la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Afin d'assurer la confidentialité de l'information, une entité indépendante traitera, regroupera et analysera, selon la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, les informations transmises par les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé.
- 84.** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux détermine, le cas échéant, de nouvelles bases budgétaires pour les frais de gestion et de profits après l'analyse des rapports annuels obtenus pour l'année financière 2000-2001.
- 85.** Que le ministère de la Santé et des Services sociaux analyse toutes les options d'achat et de financement du parc de véhicules ambulanciers, avec, entre autres, la Corporation d'hébergement du Québec, les entreprises ambulancières et la Corporation d'urgences-santé, afin de déterminer celles qui présentent le plus d'avantages pour les parties impliquées.
- 86.** Que les entreprises ambulancières fournissent aux régies régionales un rapport annuel sur la base de la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, portant notamment sur l'atteinte des indicateurs de performance et sur l'état des revenus et dépenses d'opération validé par un expert comptable externe.
- 87.** Que, dans le cadre du financement de l'encadrement médical, le ministère de la Santé et des Services sociaux négocie avec les deux Fédérations médicales de façon à identifier les activités propres au secteur préhospitalier d'urgence et à ajuster, au besoin, les enveloppes budgétaires dédiées au secteur préhospitalier d'urgence.

88. Que la Centrale du transport sanitaire aérien transmette mensuellement à la Direction des services préhospitaliers d'urgence les coûts du transport sanitaire pour qu'un registre soit mis à jour sur cet aspect.
89. Que les partenaires impliqués transmettent mensuellement à la Direction des services préhospitaliers d'urgence, les coûts afférents au transport par avion et hélicoptère (projet pilote), selon la structure déterminée par le ministère de la Santé et des Services sociaux, afin de mettre à jour un registre sur le transport sanitaire aérien.
90. Qu'une enveloppe discrétionnaire de 100,000\$ soit consentie aux régies régionales, pour chacune des cinq (5) prochaines années, afin de faciliter l'organisation, l'implantation et l'encadrement des divers éléments de la chaîne d'intervention préhospitalière.
91. Qu'à l'instar des autres provinces canadiennes, la tarification du transport ambulancier ne soit pas facturée au coût réel et ce, afin d'assurer l'accessibilité des services.
92. Que la tarification actuelle du transport ambulancier soit indexée selon l'indice des prix à la consommation et ce, depuis 1997, et qu'elle soit par la suite ajustée sur une base triennale, en concordance avec les ententes de services.
93. Que les centres de communication santé soient financés, avec l'accord du CRTC, par les abonnés des réseaux téléphoniques filaires et cellulaires, au moyen d'une charge fixe mensuelle, qui devrait être inférieure à 0,50 \$ par ligne.
94. Qu'une hausse de 15% soit appliquée à chaque infraction au Code de la sécurité routière ou au Code criminel en matière de sécurité routière, à compter de 2001-2002, et soit attribuée aux services préhospitaliers.

95. Que le tarif de 625 \$ appliqué à chaque transport aérien soit maintenu pour défrayer les coûts afférents aux soins infirmiers, aux médicaments, aux équipements, aux fournitures médicales, à l'entretien de la cabine de l'avion ambulance et autres frais inhérents et que ce tarif soit évalué annuellement pour tenir compte des dépenses réelles encourues.

LA CAMPAGNE DE SENSIBILISATION ET D'INFORMATION

96. Qu'une campagne de sensibilisation et d'information pour le public soit organisée sur les rôles et les responsabilités de tous les intervenants de la chaîne d'intervention préhospitalière, particulièrement sur le rôle complémentaire des premiers répondants à celui des techniciens ambulanciers, sur la notion du temps de réponse du système et sur les coûts d'utilisation.

LE SUPPORT JURIDIQUE

97. Que la ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux dépose à l'Assemblée nationale un projet de loi spécifique, encadrant l'ensemble des activités du secteur préhospitalier d'urgence et intégrant toutes les modifications au cadre législatif et réglementaire nécessaires à la mise en œuvre des recommandations.

PLAN D'ACTION

**ACTIONS PRIORITAIRES ET STRATÉGIQUES EN VUE
DE LA MISE EN PLACE D'UN SYSTÈME INTÉGRÉ
DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC**

2000-2005

MISSION ET OBJECTIF

Les services préhospitaliers d'urgence au Québec, assurent, en tout temps, à l'ensemble de la population faisant appel à leurs services une réponse appropriée, efficiente et de qualité, ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en situation de détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus

LES PRINCIPES OPÉRATIONNELS

L'accessibilité :

Les ressources du système préhospitalier d'urgence doivent être accessibles partout et en tout temps dans le territoire québécois habité. Pour réaliser cet objectif, ces ressources doivent répondre à des critères de disponibilité et de diversité tenant compte des particularités régionales.

L'efficacité :

Afin de bien répondre aux besoins de la population en détresse, le système doit avoir un fonctionnement qui permette une réduction maximale de son temps de réaction.

La qualité :

Les actions prises en réponse aux demandes de service doivent être adaptées à la situation, correspondre aux règles de l'art et maximiser les chances de survie des victimes.

La continuité :

Le système doit permettre une intégration de tous les maillons de la chaîne entre eux et avec le réseau sociosanitaire. Il doit aussi permettre l'orientation optimale des victimes vers les établissements receveurs les plus appropriés et, si nécessaire, leur transfert vers des centres plus spécialisés.

LA STRATÉGIE DE RÉVISION

- une réflexion et une chaîne de services centrées sur les BESOINS de la population ;
- une révision axée sur la QUALITÉ des services, modulés en fonction des besoins des individus et évalués par des critères de performance rigoureux ;
- une réforme orientée sur l'ACTION, avec des recommandations et un plan de mise en œuvre permettant l'implantation complète de la chaîne, la création de structures responsables et l'identification de sources de financement stables. Le plan d'action sous-tend aussi des mécanismes de cueillette de données cliniques et financières permettant un contrôle de la qualité de tous les maillons de la chaîne et une perception juste et fonctionnelle des coûts et du financement, ainsi qu'une reddition de comptes.

LES CONDITIONS CRITIQUES DE RÉALISATION DU PLAN

- une volonté politique et administrative de prioriser le secteur préhospitalier et d'y accorder les ressources humaines, financières, matérielles et informationnelles nécessaires à la réalisation du plan d'action ;
- un leadership assumé par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour diriger et implanter les changements proposés ;
- une mobilisation de tous les intervenants et leur appropriation des changements proposés ;
- un partenariat engagé et intéressé des instances multisectorielles, en les associant au plan d'action et en mettant leur expertise à contribution (ministères de l'Éducation, de la Sécurité publique, des Affaires municipales, Direction des technologies de l'information du ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale des télécommunications du Conseil du trésor, Service aérien gouvernemental, etc.) ;
- une reddition de comptes et l'atteinte des résultats fixés pour tous et chacun des maillons de la chaîne.

VOLET I : LA MINISTRE D’ÉTAT À LA SANTÉ ET AUX SERVICES SOCIAUX

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																
	00	2001				2002				2003			2004			2005	
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
1. Engagement de la ministre en regard : (déc. 00) <ul style="list-style-type: none"> de la mission, ses fondements, ses principes des recommandations du rapport du plan du Comité national 2000-2005 	●●																
2. Préparation d'un projet de loi <ul style="list-style-type: none"> dépôt (déc. 00 – avril 01) adoption à l'Assemblée nationale (avril 01 – juin 01) 	●—●		●—●														
3. Crédits budgétaires requis par le plan d'action <ul style="list-style-type: none"> actions 2001-2002 (janvier 01 – mars 01) le plan quinquennal (avril 01 – décembre 05) 		●—●		●—													●
4. Création d'une Direction des services préhospitaliers d'urgence (déc. 00)	●●																

VOLET II : LA DIRECTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D’URGENCE

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																			
	00	2001				2002				2003				2004				2005		
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.			
1. Rédaction du projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec (déc. 00 – mars 01).	●	●																		
2. Définition des paramètres relatifs au temps de réponse : de l'appel au centre de communication santé jusqu'à l'arrivée des premières ressources auprès de la personne en détresse (janv. 01 – juin 01).		●	●																	
3. Démarche de révision des règles et des paramètres budgétaires des entreprises ambulancières.																				
• charte de comptes (janv. 01 – mars 01)		●	●																	
• manuel de gestion financière (janv. 01 – mars 01)		●	●																	
• état des revenus et dépenses d'opération validés (avril 01 – mars 02)			●	●	●															
• entente type de service avec les associations d'entreprises ambulancières (juin. 01 – déc. 01)				●	●															
4. Mise en place et maintien d'un programme d'amélioration continue de la qualité (janv. 01 – continu).		●	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→	→			
5. Établissement des indicateurs de performance et des objectifs de résultats à atteindre (janv. 01 – sept. 01).		●	●																	
6. Mise en place d'un système d'information de gestion (déc. 00 – déc. 01).	●	●	●																	
7. Campagne de sensibilisation et d'information (avril 01 – avril 02).			●	●	●															
8. Plan de développement de la main-d'œuvre (déc. 00 – juin 02).	●	●	●	●	●															

VOLET II : LA DIRECTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																
	00	2001			2002			2003			2004			2005			
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
<p>9. Approbation, supervision et évaluation de projets pilotes en soins avancés (janv. 01 – déc. 05).</p> <p>10. Approbation, supervision et évaluation d'un projet pilote d'hélicoptère ambulance dans la région de Québec (juin 01 – juin 06).</p> <p>11. Activités de recherche et de développement (juin 01 – déc. 05).</p>																	

VOLET III : LES RÉGIES RÉGIONALES

ACTIONS	ÉCHÉANCIER																				
	00	2001				2002				2003				2004				2005			
	Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.				
<p>1. Mise en place d'une Direction des services préhospitaliers d'urgence (janv. 01 – sept. 01).</p> <p>2. Négociation avec les entreprises ambulancières des ententes de service sur une base triennale comprenant les objectifs de résultats à atteindre et les mécanismes de reddition de comptes. (déc. 01 – avril 02).</p> <p>3. Production du Plan régional d'organisation de services préhospitaliers d'urgence (PROS). (avril 01 – mai 02).</p> <p>4. Intégration des services préhospitaliers d'urgence avec les activités du réseau sociosanitaire (janv. 01 – continu).</p>		●	●				●	●													
																		→			

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																
		00	2001			2002			2003			2004			2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
<p>➤ PREMIER INTERVENANT</p> <p>1. Réalisation d'une étude par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et les directions régionales de santé publique ayant pour objet de déterminer les critères objectifs permettant de cibler les endroits où la défibrillation précoce devrait être accessible (juin 01 – déc. 01).</p>	<p>INSPQ – MSSS Direction de la santé publique</p>			●	●													
<p>2. Identification par les régies régionales, en concertation par les milieux concernés, des endroits prioritaires où les appareils de défibrillation devraient être installés et opérés par des personnes formées (déc. 01 – juin 02).</p>	<p>Régies régionales Municipalités</p>					●	●											
<p>3. Formation en secourisme de base au niveau du primaire, du secondaire et du collégial à être intégrée par le ministère de l'Éducation du Québec (MEQ) dans ses programmes réguliers (janv. 01 – sept. 02).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cours • Formation des formateurs 	<p>MEQ MSSS</p>		●															●
<p>4. Mise en place d'un programme de formation en secourisme permettant de rejoindre d'ici trois ans un minimum de 25 % du personnel du réseau de la santé et des services sociaux (janv 01 – déc. 03).</p>	<p>MSSS Établissements du réseau socio-sanitaire</p>		●															●

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																	
		00	2001			2002			2003			2004			2005				
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	
<p>➤ CENTRES 9 -1 -1</p> <p>5. Uniformisation du traitement et des protocoles de transfert des appels du service 9-1-1 vers les centres de communication santé (janv. 01 déc. 05).</p>	<p>MSSS Régies mandataires Municipalités</p>	●-----●																	
<p>6. S'assurer que les entreprises de télécommunications opérant le 9-1-1 relient les équipements et les lignes téléphoniques de tous les centres d'appels d'urgence. (juin 01 – déc. 05).</p>	<p>MSSS Municipalités</p>	●-----●																	
<p>➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif)</p> <p>7. Entreprendre une démarche auprès du CRTC afin d'obtenir l'autorisation de financer les centres de communication santé au moyen d'une charge additionnelle de 0,50 \$ par abonné du réseau, et ce, dans le cadre des opportunités de financement des centres de communication santé (déc. 00 – août 01).</p>	<p>MSSS</p>	●-----●																	
<p>8. Désignation des régies mandataires responsables des centres de communication santé (juin 01 – déc. 02).</p>	<p>MSSS</p>	●-----●																	

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																						
		00	2001				2002				2003				2004				2005					
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.		
<p>➤ CENTRES DE COMMUNICATION SANTÉ (organisme sans but lucratif)</p> <p>15. Impartition au Service aérien gouvernemental (SAG) de la gestion de la centrale du transport aérien pour la réception des appels, l'affectation des ressources, la facturation et l'utilisation des transporteurs privés ou publics (déc. 00 – déc. 01).</p>	MSSS	●	—	●																				
<p>16. Liaison de communication à établir entre la centrale du Service aérien gouvernemental (SAG) et le centre de communication santé (CCS) de Québec visant à assurer l'encadrement clinique (déc. 01 – continu).</p>	CSS (Québec) SAG					●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<p>17. Gestion par l'Hôpital de l'Enfant-Jésus du personnel médical et clinique attitré au transport aérien ainsi que de la fourniture du matériel (janv. 01 – continu).</p>	MSSS Hôpital de l'Enfant-Jésus		●	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<p>➤ PREMIERS RÉPONDANTS</p> <p>18. Négociation et signature d'un protocole d'entente entre le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Union des municipalités du Québec (UMQ) et la Fédération québécoise des municipalités (FQM) pour le cadre général d'implantation des premiers répondants (janv 01 – juin 01).</p>	MSSS UMQ FQM		●	—	●																			

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001				2002				2003				2004				2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juil-sept.	Oct.-déc.
<p>➤ SERVICES AMBULANCIERS – Entreprises ambulancières</p> <p>24. Production d'une charte de comptes par centre d'activités (déc. 00 – mars 01).</p>	MSSS Associations d'entreprises ambulancières Urgences-santé	●	●																			
25. Production d'un état des revenus et dépenses d'opération validé par un expert comptable externe. (avril 01 – juin 01).	Entreprises ambulancières Urgences-santé			●	●																	
26. Choix de la formule la plus avantageuse pour le financement des véhicules ambulanciers. (sept. 01 – janv. 02).	MSSS Urgences-santé Associations d'entreprises ambulancières					●	●															
27. Signature des ententes de services avec les régies régionales et les entreprises ambulancières. (déc. 01 – mars 02).	Régies régionales Entreprises ambulancières							●	●													
28. Modification de la composition du conseil d'administration d'Urgences-santé (juin 01 – sept. 01).	MSSS							●	●													

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																				
		00	2001			2002			2003			2004			2005							
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.				
<p>➤ SERVICES AMBULANCIERS – Techniciens ambulanciers</p> <p>33. Élaboration par les cégeps concernés d'un examen national (sept. 01 – sept. 02).</p>	MSSS – CÉGEPS					●	—	●														
34. Émission par ministère de la Santé et des Services sociaux d'une carte de statut et inscription dans un registre national, suite à la réussite de l'examen national (sept. 02 – continu).	MSSS																	●	—	▶		
35. Émission par les régies régionales d'une carte d'employabilité renouvelable aux quatre ans. (janv. 01 – continu).	MSSS																			●	—	▶
36. Sélection des techniciens ambulanciers qui assureront l'encadrement clinique en temps réel dans les centres de communication santé (CCS). (mars 01 – déc. 02).	CCS Urgences-santé																					

VOLET IV : LES MAILLONS DE LA CHAÎNE

ACTIONS	RESPONSABLES	ÉCHÉANCIER																
		00	2001				2002				2003		2004		2005			
		Décembre	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.	Janv. -mars	Avril-juin	Juili-sept.	Oct.-déc.
<p>➤ ÉTABLISSEMENTS RECEVEURS</p> <p>37. Protocoles à définir pour établir les échanges d'information entre les techniciens ambulanciers et les salles d'urgence (sept. 01 – déc. 01). Implantation et maintien (déc. 01 – continu).</p>	<p>MSSS Régies régionales Établissements du réseau</p>					●	●											→
<p>38. Modules de formation conjointe avec le personnel ambulancier et celui des salles d'urgence. (déc. 01 – continu).</p>	<p>MSSS Établissements receveurs Régies régionales</p>					●												→
<p>39. Stages en salle d'urgence pour les techniciens ambulanciers en cours d'emploi (janv. 02 – continu).</p> <ul style="list-style-type: none"> • interventions communes • analyses et révision de cas 	<p>Régies régionales Établissements receveurs</p>					●												→
<p>40. Stages cliniques en centres hospitaliers lors de leur formation collégiale (janv. 02 – continu).</p>	<p>Régies régionales Centres hospitaliers</p>					●												→
<p>40. Réseautage et corridors de service à établir par le ministère de la Santé et des Services sociaux pour les soins spécialisés ou ultraspecialisés. (janv. 01 – déc. 05).</p>	<p>MSSS Régies régionales</p>	●																●

