



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales

Rédaction et collaboration

Sous la direction :

D^{re} Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe et directrice médicale nationale

Rédaction :

Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

Mise à jour :

Paul Levesque, directeur des services préhospitaliers d'urgence

Steve Legault, conseiller à la Direction des services préhospitaliers d'urgence

Administration :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent document.

Édition :

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

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

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

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2022

ISBN : 978-2-550-93269-7 (version PDF)

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

© Gouvernement du Québec, 2022

Liste des abréviations

AFNOR : Association française de normalisation

BPRP : Bureau de projets régionaux du préhospitalier

BNQ : Bureau de normalisation du Québec **Cadre clinique SPU 2022-2025** : Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales 2022-2025

CCS : centre de communication santé

CH : centre hospitalier

CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée

CISSS/CIUSSS : centre intégré de santé et de services sociaux et centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

CLSC : centre local de services communautaires

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

DMN : Direction médicale nationale

DSPU : Direction des services préhospitaliers d'urgence

ENAP : École nationale d'administration publique

GMF : groupe de médecine de famille

INESSS : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

MOP : manuel d'organisation du projet

NFPA : National Fire Protection Association

Plan santé : Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé

PMI : Project Management Institute

Politique préhospitalière : Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence

RSSS : réseau de la santé et des services sociaux

SISPUQ : système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec

SPU : services préhospitaliers d'urgence

TAP : technicien ambulancier paramédic (soins primaires)

TAP-SA : technicien ambulancier paramédic de soins avancés

TAP-SC : technicien ambulancier paramédic de soins critiques

TAP-COM : technicien ambulancier paramédic communautaire

Urgences-santé : Corporation d'urgences-santé

Table des matières

Section 1 – Historique et contexte	1
Section 2 – Veille et vigie pour l’identification des besoins de la communauté	2
Section 3 – Le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales : une nécessité	3
Section 4 – Gouvernance entourant le développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales	5
Section 5 – Les principaux contributeurs	8
1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux.....	8
2. Les autorités régionales.....	9
3. Le promoteur du projet.....	10
4. Le mandataire du projet.....	11
Section 6 – Le dépôt d’un projet au MSSS et les outils de gestion et de contrôle.....	12
Étape 1 : élaboration	15
Étape 2 : planification	16
Étape 3 : réalisation	18
Étape 4 : clôture.....	19
Section 7 – L’évaluation quantitative et qualitative du projet.....	22
Conclusion	24

Section 1 – Historique et contexte

« Depuis les débuts des services préhospitaliers d'urgence (SPU), les intervenants du milieu multiplient les efforts et les initiatives pour sauver des vies et pour soulager les souffrances des victimes d'accidents ou de malaises, partout au Québec. Au cours des années, les soins préhospitaliers d'urgence québécois ont évolué. Toutefois, l'évolution graduelle du système préhospitalier a donné lieu à d'importantes disparités régionales quant à l'accessibilité et à la disponibilité des services offerts à la population. Des défis de coordination et de continuité des soins se posent aussi.

Quel que soit le degré de détresse des personnes qui composent le 911, les représentants des citoyens et des usagers souhaitent que le système préhospitalier réponde mieux à leurs attentes en matière d'accessibilité, de disponibilité de soins et d'amélioration de la communication, et ce, en tenant compte des besoins, des handicaps, et des réalités linguistiques et culturelles.

La présente politique [préhospitalière] répond à la nécessité d'implanter un système préhospitalier d'urgence intégré au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS), soit un système dont la culture, la structure et la gouvernance placent la personne en détresse au centre des préoccupations, des décisions et des actions.

La réponse efficace aux besoins des personnes en détresse repose sur la mobilisation d'un grand nombre d'intervenants qui constituent collectivement l'écosystème préhospitalier au sein duquel s'applique cette politique. Cette dernière définit la mission, la vision, les principes et les valeurs du système préhospitalier d'urgence québécois ayant pour objectif de répondre aux trois cibles suivantes :

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

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

Cible 3 : mieux utiliser les ressources disponibles dans le système préhospitalier d'urgence afin de contrôler les coûts¹. »

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence* (Publication no 22-929-02W), p. 1. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf>

Section 2 – Veille et vigie pour l'identification des besoins de la communauté

La mise au point et le maintien des activités de surveillance de l'information permettront aux promoteurs de projets de trouver des occasions de développement des pratiques préhospitalières² et parahospitalières³ liées à la Politique préhospitalière.

La veille constitue une démarche incontournable qui permet notamment :

- d'anticiper l'évolution des pratiques préhospitalières et parahospitalières;
- de faciliter la prise de décisions en structurant des informations de grande qualité;
- de se démarquer et ainsi d'innover dans les domaines préhospitalier et parahospitalier en identifiant des occasions de développement⁴;
- d'acquérir en continu de l'information et des renseignements stratégiques pour maintenir un positionnement novateur et demeurer à l'écoute des usagers;
- de réaliser des économies en appuyant les actions sur de l'information fiable et pertinente.

L'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) définit la vigie comme « une activité organisée de repérage, de collecte et de sélection de l'information, réalisée par des spécialistes de l'information scientifique dans le but d'alimenter les professionnels de la recherche et les chercheurs. La nature de l'extrait : un produit signalétique⁵ ».

² Une pratique préhospitalière est définie comme toute activité ou méthode de travail, et tout soin, protocole clinique ou protocole d'intervention, service ou champ d'intervention en service préhospitalier d'urgence.

³ Une pratique parahospitalière est définie comme un ensemble de services permettant de desservir la population dans sa communauté et d'orienter les demandes de soins vers les services appropriés.

⁴ Le développement inclut toute mesure visant à améliorer le système préhospitalier ou parahospitalier d'urgence, soit la conception d'une nouvelle pratique ou la modification d'une pratique existante.

⁵ Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. (2014). *Cadre de référence veille et vigie*, p. 1. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Cadre_reference_veille_vigie.pdf

Section 3 – Le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales : une nécessité

Soutenant la Politique préhospitalière et souhaitant encadrer le promoteur ou son mandataire dans les étapes de réalisation d'un projet régional, le MSSS institue un cadre⁶ normatif par l'entremise de son Bureau de projets.

L'application du Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales facilite la convergence et l'arrimage des projets dans une vision commune qui s'inscrit dans la mission du système préhospitalier d'urgence.

Les mesures prévues au présent cadre assurent un développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières qui est :

- centré sur les besoins des usagers et qui utilise les meilleures pratiques de développement des organisations de services;
- lié aux orientations du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), énoncées notamment dans la Politique préhospitalière et dans le Plan santé, ainsi qu'au sein du plan triennal d'organisation des SPU établi par l'autorité responsable régionale (Urgences-santé et CISSS/CIUSSS).

Le Cadre s'inspire des pratiques et des cadres généralement reconnus au sein du MSSS et du gouvernement du Québec, ainsi qu'à l'international. Le MSSS retient également les paramètres proposés par le Pôle santé HEC Montréal⁷ (voir l'encadré ci-dessous) :

En août 2020, le Pôle santé HEC Montréal a proposé quatre paramètres de réussite pour améliorer la gestion transversale des soins et des services :

1. Placer le patient au cœur du processus : mieux planifier les services et organiser le travail afin de réduire les temps d'attente, mettre en place un dossier patient partagé pour éviter la duplication des services et des évaluations;
2. Avoir une compréhension commune du processus : favoriser un processus de soins au sein duquel les contributions de chaque intervenant sont connues de tous;
3. Mettre en place des mécanismes de collaboration afin d'améliorer la coordination et la performance du réseau;
4. Définir des indicateurs de performance pour mesurer la pertinence et la valeur ajoutée des processus mis en place.

⁶ Un cadre est défini par un ensemble de règles favorisant le développement structuré et harmonisé du système préhospitalier d'urgence.

⁷ Rondeau, A. et Parent, C. (2020, 12 août). *Vers une gestion transversale des soins et des services*. Gestion HEC Montréal. <https://www.revuegestion.ca/dossier-sante-vers-une-gestion-transversale-des-soins-et-des-services>

Souhaitant structurer et harmoniser le développement des pratiques préhospitalières au Québec, le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales décrit le rôle du MSSS et des principaux contributeurs ainsi que les processus administratifs et décisionnels impliqués dans le développement de projets en lien avec ces pratiques.

Tous les projets comportant un volet clinique sont régis par ce cadre, en complémentarité avec le Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales 2022-2025 (Cadre clinique SPU 2022-2025). Conséquemment, les projets acceptés devront toucher les secteurs d'activités suivants :

1. La paramédecine de régulation des demandes au 911;
2. Le soutien médical à distance;
3. La paramédecine communautaire;
4. Les premiers intervenants et les premiers répondants.

Dans une ère post-pandémique et un contexte de rareté des ressources, la pertinence clinique qui s'appuie sur des données scientifiques prend une importance particulière afin d'assurer des soins de qualité et de créer de la valeur dans le système.

Le présent cadre constitue une importante orientation en matière d'organisation des SPU en vertu de l'article 3 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*.

Section 4 – Gouvernance entourant le développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales

La réalisation des projets régionaux en milieu préhospitalier et parahospitalier exige la production de plusieurs livrables dont le nombre et la difficulté varient en fonction de l'ampleur du projet, de sa complexité et du nombre d'intervenants impliqués.

Le concept de gouvernance et les processus d'approbation du présent cadre découlent de l'article 3 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, qui stipule, entre autres, que le ministre de la Santé et des Services sociaux :

« 1° [...] identifie les objectifs opérationnels et détermine les standards de qualité des SPU;

[...]

3° [...] détermine, lorsqu'il le juge nécessaire, le niveau de compétence requis des acteurs de l'organisation des SPU;

4° [...] assure la coordination interministérielle en matière de services préhospitaliers d'urgence;

5° [...] assure la coordination interrégionale des SPU pour une utilisation efficace et efficiente des ressources disponibles;

6° [...] répartit équitablement les ressources humaines, matérielles et informationnelles entre les régions et la Corporation d'urgences-santé et voit à une utilisation efficace et efficiente de ces ressources;

7° [...] établit les règles de financement des SPU, répartit équitablement les ressources financières disponibles entre les agences et la Corporation d'urgences-santé et assure le suivi budgétaire et financier;

8° [...] établit les politiques nationales relatives au développement et à la formation de la main-d'œuvre nécessaire à l'organisation des SPU et en fait l'évaluation;

9° [...] détermine les règles d'évaluation des résultats obtenus par l'ensemble des services préhospitaliers d'urgence, met en place les mécanismes de reddition de comptes permettant de mesurer ces résultats et veille à l'application et à l'évaluation des mesures qui en découlent⁸; »

Par ailleurs, l'article 6 de cette loi précise que le directeur médical national des SPU a la responsabilité :

« 1° de définir les normes nationales de soins et d'équipements préhospitaliers et de veiller à leur application, leur utilisation et leur évaluation;

[...]

⁸ L'Éditeur officiel du Québec. (2022, 6 avril). *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, c. 69, a. 3. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2>

3° de promouvoir la recherche et l'éducation du public en matière de services préhospitaliers d'urgence;

[...]

5° d'établir les orientations nationales en matière de qualité de soins préhospitaliers d'urgence;

[...]

7° de définir et d'exercer l'autorité clinique nécessaire au maintien des normes de qualité déterminées par le ministre pour les services dispensés et la qualification du personnel d'intervention⁹; »

De plus, le système préhospitalier d'urgence s'intègre à l'ensemble du système de santé et des services sociaux du Québec. À ce titre, tout développement des pratiques préhospitalières ou parahospitalières doit prendre en compte les règles suivantes :

- a. Répondre aux besoins de la population en prenant en considération l'ensemble des éléments du système de santé et des services sociaux, ainsi que des acteurs communautaires;
- b. Tenir compte de l'évolution des pratiques et des données probantes;
- c. Répondre aux objectifs du Plan santé, aux orientations de la Politique préhospitalière et au plan d'action gouvernemental qui en découle;
- d. Se conformer au Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales 2022-2025;
- e. Tenir compte des encadrements législatif, réglementaire et normatif;
- f. S'inspirer du cadre de gestion axée sur les résultats de l'administration gouvernementale¹⁰ qui découle de la *Loi sur l'administration publique*. Cette approche de gestion prend en considération les attentes exprimées par les citoyens en fonction des ressources disponibles et vise l'atteinte de résultats selon des objectifs préalablement établis. Elle permet de prendre des décisions éclairées tout en tenant compte du citoyen sous tous ses aspects;
- g. S'appuyer sur les plans stratégiques du MSSS et du gouvernement du Québec;
- h. Respecter la Stratégie de transformation numérique gouvernementale¹¹ qui a pour vision¹² « des services publics plus rapides et intuitifs, propulsés par le numérique¹³ ». La « Stratégie place les citoyens et le personnel de l'administration

⁹ L'Éditeur officiel du Québec. (2022, 6 avril). *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, c. 69, a. 6. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2>

¹⁰ Secrétariat du Conseil du trésor. (2014). *Guide sur la gestion axée sur les résultats*. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/GuideGestionAxeResultat.pdf

¹¹ Secrétariat du Conseil du trésor. (2019). *Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023*. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/secretariat-du-conseil-du-tresor/publications-adm/strategie/mesures-cles_strategie-transformation-numerique-gouvernementale.pdf?1559583030

¹² Gouvernement du Québec. (2022, 15 mars). *Vision : des services publics plus rapides et intuitifs, propulsés par le numérique*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations/vitrine-numeriqc/strategie-numerique/services-publics>

¹³ *Ibid.*

publique au centre de la transformation¹⁴ ». Par le biais de cette transformation, « l'administration publique vise à adapter ses relations avec les citoyens en fonction de leur réalité¹⁵ », tout en misant « sur le numérique pour transformer ses façons de faire, de manière à être plus innovante, efficiente et transparente¹⁶ ».

Le MSSS invite les personnes qui désirent en savoir plus, à consulter les politiques et orientations du gouvernement du Québec sur le site Web du ministère du Conseil exécutif¹⁷.

¹⁴ *Ibid.*

¹⁵ *Ibid.*

¹⁶ *Ibid.*

¹⁷ Gouvernement du Québec. (2022, 21 juillet). *Politiques et orientations*.
<https://www.quebec.ca/gouvernement/politiques-orientations>

Section 5 – Les principaux contributeurs

Ce cadre identifie quatre principaux contributeurs qui assurent le développement des pratiques préhospitalières¹⁸.

1. Le ministère de la Santé et des Services sociaux

La Direction des services préhospitaliers d'urgence (DSPU) conseille le ministre de la Santé et des Services sociaux sur le développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières au Québec et coordonne l'application du Cadre de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales.

Pour s'assurer de respecter la qualité et la portée d'un projet, les échéanciers ainsi que l'estimation budgétaire, il est essentiel que des efforts soutenus en matière de gestion de projet soient déployés.

Pour ce faire, la DSPU et le directeur médical national (DMN) ont créé une structure organisationnelle chargée de centraliser et d'analyser l'ensemble des projets préhospitaliers et parahospitaliers régionaux du Québec : le Bureau de projets régionaux du préhospitalier (BPRP).

Ce dernier a pour mission d'encadrer le promoteur ou le mandataire dans les étapes de réalisation d'un projet régional en milieu préhospitalier ou parahospitalier afin que ce dernier puisse, à terme, être reconduit dans toutes les régions du Québec.

Le BPRP :

- centralise les demandes de projets préhospitaliers ou parahospitaliers régionaux;
- standardise et optimise les processus communs à la réalisation de projets en milieu préhospitalier ou parahospitalier;
- standardise les processus de formation et d'évaluation régionale des techniciens ambulanciers paramédics;
- maximise l'utilisation des ressources partagées;
- coordonne le travail des parties prenantes;
- conseille la DSPU au regard des autorisations de déploiement;
- assure une veille stratégique des projets autorisés;
- communique les indicateurs de performance dans un tableau de bord global;
- peut auditer les projets régionaux.

¹⁸ Direction générale adjointe de la coordination et de la sécurité civile. (s. d.). *Lexique : définitions des principaux termes utilisés en accompagnement de la gestion de projets au ministère de la Santé et des Services sociaux.* <http://www.intranet.msss/docs/LexiqueOutils.pdf>

2. Les autorités régionales

Les autorités régionales responsables des services préhospitaliers et parahospitaliers sont les CISSS/CIUSSS et Urgences-santé. Celles-ci désignent un promoteur et lui apportent le soutien nécessaire pour l'élaboration d'un projet, notamment en lui facilitant l'accès à certaines données. Tous les projets déposés doivent être appuyés officiellement par le PDG du CISSS/CIUSSS ou d'Urgences-santé au moment de la remise du manuel d'organisation de projet (MOP) au MSSS.

Toute personne ou organisation intéressée aux services préhospitaliers ou parahospitaliers (entreprise ambulancière, centre de communication santé [CCS], municipalités, etc.) peut soumettre un projet à l'autorité régionale.

3. Le promoteur du projet

Le promoteur du projet est une direction du CISSS/CIUSSS ou d'Urgences-santé, ou un directeur médical régional qui représente l'organisation qui souhaite réaliser un projet de développement de pratique préhospitalière ou parahospitalière.

Les fonctions du promoteur incluent :

- la détermination du but, des objectifs, de la portée et de la durée du projet ainsi que des activités et des ressources nécessaires pour réaliser ce dernier;
- l'analyse des conditions d'exécution et des contraintes de coût, de temps et de qualité;
- la soumission de l'intention de projet au MSSS avant d'entreprendre les différentes étapes du projet;
- la présentation de l'ensemble des étapes de développement du projet.

4. Le mandataire du projet

Le mandataire du projet est une personne désignée par le promoteur comme étant responsable de l'élaboration, de la planification, de l'exécution et de la clôture du projet. Le mandataire peut aussi former un comité de projet pour le soutenir dans le développement de bonnes pratiques.

À ces quatre principaux contributeurs se joignent des parties prenantes dans la gestion du projet, dont les usagers ainsi que les prestataires de soins et de services.

Section 6 – Le dépôt d’un projet au MSSS et les outils de gestion et de contrôle

Au cours des dernières années, des idées innovantes et de multiples projets cliniques ont enrichi le milieu préhospitalier. En revanche, le manque de données scientifiques venant appuyer la pertinence clinique n’a pas permis au MSSS, qui agit comme régulateur et orienteur, d’assurer des soins de qualité ou de créer de la valeur dans le système.

Conséquemment, tout développement de projet clinique lié aux quatre secteurs d’activité (voir Section 3) doit dorénavant respecter les principes directeurs suivants :

1. Le projet doit répondre aux besoins de la population du Québec ou améliorer certaines pratiques, ou certains processus d’intervention ou de gestion;
2. Le projet doit reposer sur une veille stratégique et suivre un processus de gestion de projet;
3. Le projet doit s’inspirer des cadres de gestion de l’administration gouvernementale et respecter les lois, les règlements, les plans stratégiques ainsi que les politiques en vigueur au MSSS et au gouvernement du Québec;
4. Le projet doit présenter un budget et un cadre financier, et ce, même en cas d’autofinancement;
5. Chaque étape du projet doit prévoir un processus d’évaluation qui comporte des objectifs observables et mesurables. Les données brutes doivent être transmises régulièrement au BPRP;
6. Il appartient au MSSS de déterminer si le projet, une fois évalué, peut s’intégrer de manière durable dans la prestation de services du système préhospitalier d’urgence.

En cas de circonstances exceptionnelles, le MSSS peut surseoir au présent cadre afin de répondre aux besoins urgents de la population.

Avis d'intention de projet

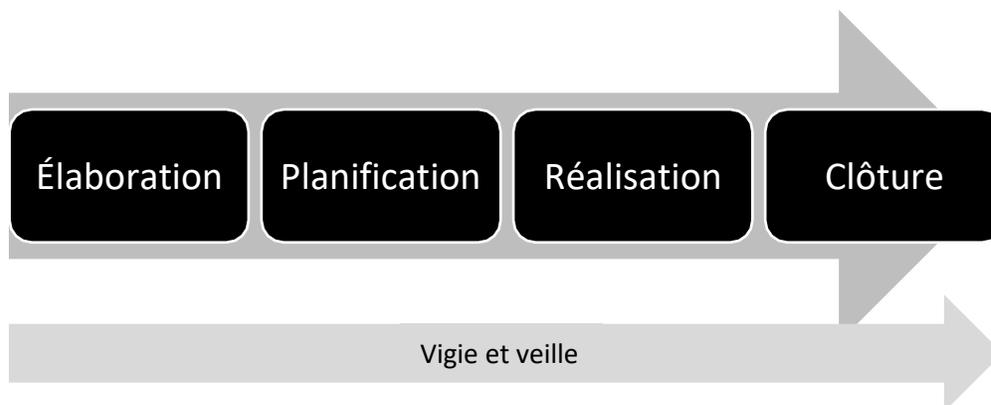
Avant de réaliser un projet régional, le promoteur doit soumettre au MSSS un avis d'intention de projet. Celui-ci permet au MSSS de s'assurer que le projet contribue à la mise en œuvre du Plan santé, de la Politique préhospitalière et du plan d'action qui en découle, tout en étant cohérent avec le Cadre clinique SPU 2022-2025.

De plus, cet avis sert à décrire les caractéristiques générales du projet. Il doit être rempli de façon claire et concise. L'information fournie doit porter sur les éléments pertinents favorisant une compréhension complète du projet, de ses répercussions et des enjeux anticipés.

Le BPRP transmettra un avis de recevabilité dans les huit à dix semaines suivant la réception de l'avis d'intention. Durant cette période, le BPRP peut demander des compléments d'information afin de mieux apprécier le projet proposé.

Le formulaire « Avis d'intention de projet », disponible sur le site Quebec.ca, section sur les services préhospitaliers d'urgence, doit être transmis par le président-directeur général ou le directeur général au MSSS.

Suivant l'approbation de l'avis d'intention, chaque projet régional se déroule en quatre étapes, et ce, de manière à en assurer un encadrement efficace.



Étape 1 : élaboration

Il est important de déterminer dès le départ si le projet est réalisable, s'il peut atteindre les objectifs souhaités et s'il offre une valeur ajoutée à la pratique préhospitalière ou parahospitalière au Québec. Il s'agit d'une étape essentielle et incontournable dans le cycle de réalisation d'un projet. Pour démontrer la pertinence du projet, le promoteur doit effectuer l'étude de faisabilité qui comporte les analyses suivantes :

- la faisabilité organisationnelle et légale;
- l'étude de la clientèle ciblée par le projet;
- l'étude de faisabilité technique, opérationnelle et socio-environnementale;
- l'étude financière.

Le promoteur doit transmettre BPRP les informations et les données ciblées en remplissant une charte de projet. Celle-ci doit minimalement énoncer la vision du projet, les principaux objectifs, les indicateurs de performance ainsi que la finalité recherchée. Le BPRP analysera le projet et transmettra la décision du MSSS au promoteur dans un délai de huit à dix semaines. Le BPRP pourra toutefois demander des précisions ou des correctifs avant de permettre au promoteur de passer à l'étape de la planification.

Le formulaire « Charte de projet », disponible sur le site Quebec.ca, section sur les services préhospitaliers d'urgence, doit être rempli puis transmis par le promoteur au bureau de projets régionaux du préhospitalier.

Étape 2 : planification

Cette étape vise à concevoir un plan détaillé pour l'exécution du projet. Celle-ci ne peut cependant pas avoir lieu tant que la charte de projet n'a pas reçu l'approbation du MSSS.

Pour réaliser cette étape, le promoteur doit planifier l'ensemble des ressources humaines, matérielles, informationnelles et financières nécessaires à la réalisation du projet. Il doit notamment :

- confirmer l'objectif du projet;
- définir le mandat;
- nommer le mandataire responsable du projet;
- former une équipe de projet et identifier les autres ressources humaines affectées à la gestion de ce dernier;
- déterminer les lots de travail et les tâches, et en présenter l'ordonnancement, idéalement dans un diagramme de Gantt;
- fixer un échéancier;
- identifier les ressources matérielles nécessaires;
- lorsque requis, présenter un ou des diagrammes de processus qui expliquent le cheminement du projet centré sur l'utilisateur ainsi que celui du traitement de l'information;
- déterminer les outils de gestion requis (ex. : des logiciels de gestion de projet ou des outils collaboratifs tels que les wikis¹⁹);
- établir les mesures de contrôle pour suivre l'avancement du projet;
- fixer le budget nécessaire et les flux monétaires;
- déterminer le niveau de qualité et les indicateurs de performance s'y rattachant en utilisant le guide et le glossaire des indicateurs du Conseil du trésor^{20,21};
- rédiger un plan d'évaluation permettant de mesurer l'atteinte des objectifs;
- définir les mécanismes de suivi et de gestion de l'information afin de suivre les indicateurs de performance;
- prévoir un mécanisme d'arbitrage en cas de situation de conflit ou de situation imprévue pouvant survenir durant le processus d'exécution;
- déterminer les mécanismes de gestion du changement lors de la phase d'exécution;
- rédiger une stratégie de communication.

¹⁹ Définition de « wiki » : site Web collaboratif dont le contenu peut être modifié par les internautes autorisés. Tirée de Larousse (2022). <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/wiki/186865>).

²⁰ Secrétariat du Conseil du trésor. (2003). *Modernisation de la gestion publique : guide sur les indicateurs*. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf

²¹ Secrétariat du Conseil du trésor. (2009). *Glossaire des indicateurs*. https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/glossaire_indicateurs.pdf

Le promoteur devra utiliser le manuel d'organisation de projet (MOP) pour colliger toute l'information.

Le formulaire « Manuel d'organisation de projet », disponible sur le site Québec.ca, section sur les services préhospitaliers d'urgence, doit être rempli puis transmis par le promoteur au bureau de projets régionaux du préhospitalier.

Le BPRP analysera le MOP et transmettra la décision du MSSS au promoteur dans un délai de huit à dix semaines. Le BPRP pourra toutefois demander des précisions ou des correctifs avant de permettre au promoteur de passer à l'étape de la réalisation.

Étape 3 : réalisation

L'étape de réalisation du projet consiste à mettre en œuvre le plan présenté dans le MOP. Cette étape comprend les actions suivantes²² :

- l'exécution des tâches identifiées durant l'étape de planification;
- la coordination et le contrôle de l'avancement des travaux planifiés;
- le suivi de l'échéancier;
- le contrôle des coûts en lien avec la planification budgétaire;
- la gestion et le contrôle du niveau de qualité attendu;
- la gestion des changements durant la réalisation du projet en cas d'impondérables;
- l'évaluation et le suivi des indicateurs de performance;
- la transmission des résultats des indicateurs de performance au BPRP;
- la rédaction et la communication de rapports d'avancement transmis à l'équipe de projet, au promoteur, aux parties prenantes ainsi qu'au MSSS.

²² Genest, B.-A. et Nguyen, T.-H. (2015). *Principes et techniques de la gestion de projets* (5^e éd.). Les Éditions Sigma Delta, p. 109-240.

Étape 4 : clôture

Lors de cette dernière étape, le promoteur doit inclure les résultats de l'évaluation réalisée tout au long du processus dans un rapport de fin de projet. Ce dernier doit aborder les éléments suivants :

- l'atteinte des objectifs;
- la perception et l'accueil du projet;
- les réalisations et les écueils rencontrés ainsi que les solutions apportées à chacune des étapes du processus de gestion de projet;
- l'évaluation des résultats à l'aide d'indicateurs de performance;
- les occasions de réinvestissement (projet transposable, occasions de développement, etc.).

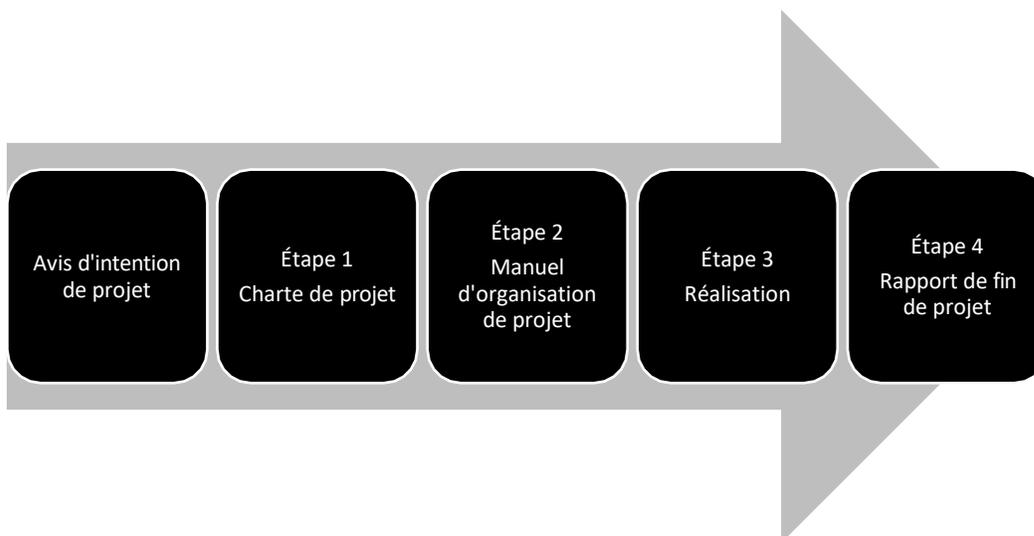
Le formulaire « Rapport de fin de projet », disponible sur le site Québec.ca, section sur les services préhospitaliers d'urgence, doit être rempli puis transmis par le promoteur au bureau de projets régionaux du préhospitalier.

Le MSSS, par l'intermédiaire du BPRP, procédera à l'analyse du rapport de fin de projet afin d'évaluer les occasions de réinvestissement et de décider si le projet peut s'intégrer aux pratiques du système préhospitalier ou parahospitalier québécois. La durée de la phase d'évaluation pourra varier en fonction des projets.

Le BPRP peut, selon son analyse, soumettre le rapport de fin de projet et son processus d'évaluation à un comité d'auditeurs externes de son choix.

L'autorité régionale peut maintenir la mise en œuvre d'un projet jusqu'à la réception d'une correspondance envoyée du MSSS informant cette dernière qu'elle est autorisée à intégrer le projet dans ses activités courantes.

Afin de favoriser le partage des bonnes pratiques, l'autorité régionale devra, sans condition, mettre l'ensemble de la documentation produite lors du projet, à la disposition des autres autorités régionales. Si le MSSS décide que le projet doit s'intégrer aux pratiques du système préhospitalier ou parahospitalier québécois, l'autorité régionale devra également appuyer et soutenir l'implantation du projet dans les autres régions.



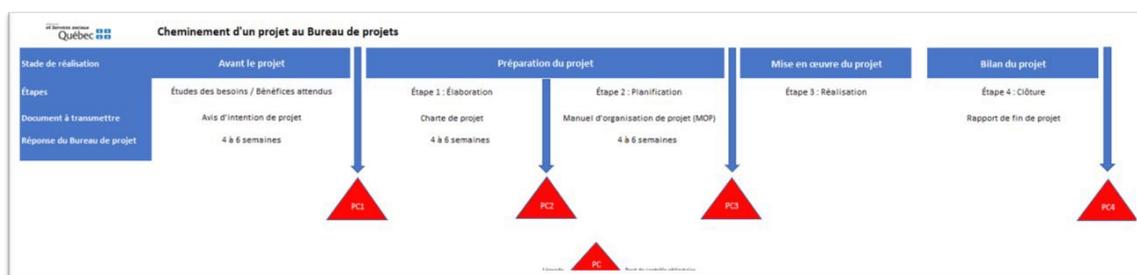
Pour soumettre un projet au MSSS par l'entremise de son Bureau de projets, le promoteur ou son mandataire doit soumettre, la charte de projet et le manuel d'organisation de projet avant le début de l'implantation (étape 3) pour enfin transmettre, à la fin du projet, un rapport de fin de projet (étape 4).

Les projets peuvent être déposés à compter du 1er avril de l'année financière et, au plus tard, le 1^{er} septembre. Tout projet déposé après cette date sera traité dans l'année financière suivante.

Les points de contrôle

Le déploiement d'un projet ne peut débuter sans l'aval du MSSS et il ne peut se terminer que lorsque les objectifs du projet ont été atteints.

De plus, un processus de gouvernance et d'autorisation, prenant la forme de points de contrôle, s'opère tout au long des quatre étapes imposées par le MSSS. Ces points de contrôle permettent de valider les informations qui ont été fournies par le promoteur ou son mandataire, de s'assurer que le projet se déroule en continuité avec les objectifs présentés dans l'avis d'intention de projet, de vérifier la planification globale du projet et d'autoriser la phase subséquente.



Lors des points de contrôle, le BPRP effectue une reddition de comptes du projet en cours et communique au promoteur des informations sur le contenu du projet, les délais anticipés et les coûts.

Le délai moyen de réalisation d'un projet peut varier selon le type, l'envergure et la complexité de ce dernier. Certaines demandes planifiées telles que des demandes de changements législatifs et réglementaires, ou le décloisonnement des pratiques professionnelles peuvent entraîner des retards à différentes étapes.

La réalisation du projet inclut également une évaluation budgétaire. Le BPRP s'attend à ce que l'estimation des coûts se précise avec l'avancement d'un projet. Conséquemment, plus le projet progresse vers la phase de réalisation (3^e étape), plus les coûts de mise en place se précisent.

Section 7 – L'évaluation quantitative et qualitative du projet

Dès le début du projet, le promoteur a la responsabilité de mettre en place des mécanismes qui permettent d'évaluer le déroulement du projet en cours et les résultats tout au long de sa réalisation.

L'identification des principaux indicateurs de performance dès l'étape de planification (2^e étape) permet de valider la pertinence ou l'efficacité du projet et d'en revoir les modalités avec une évaluation périodique.

Dans le manuel d'organisation de projet (MOP), le promoteur doit inclure un plan d'évaluation qui contient les éléments suivants :

- le contexte de l'évaluation;
- l'objet de l'évaluation;
- le type d'évaluation;
- les objectifs de l'évaluation;
- la collecte de données et les échéanciers;
- la matrice d'évaluation qui aborde les questions d'évaluation, les indicateurs de performance (quantitatifs et qualitatifs), les cibles ou les orientations souhaitées, les sources d'informations et les outils de collecte de données.

Le promoteur doit s'assurer d'obtenir ces données et prévoir, le cas échéant, des demandes d'accès à l'information aux organisations ciblées, et ce, avant la mise en œuvre du projet. À cet égard, le promoteur devra démontrer la faisabilité de l'évaluation. Le BPRP rappelle aux promoteurs que l'évaluation s'intègre dans chacune des phases, qu'elle peut entraîner des modifications en cours d'exécution et que les résultats de l'évaluation réalisée tout au long du processus doivent apparaître dans le rapport de fin de projet.

Pour le BPRP, l'évaluation quantitative et qualitative permet notamment :

- de mesurer la réussite du projet;
- de mesurer l'atteinte des objectifs et de faire un retour sur les bénéfices attendus par la mise en œuvre du projet;
- d'identifier les éléments positifs et ceux qui pourraient être revus;
- de reconnaître les erreurs et de proposer des pistes de solutions pour éviter leur répétition;
- de documenter et de partager les leçons apprises;
- de réaliser, au besoin, une étude rétrospective du projet;
- d'organiser le transfert des connaissances par l'amélioration continue des pratiques;
- d'évaluer la nécessité ou la faisabilité d'un déploiement provincial.

Surveillance

Le promoteur doit établir et maintenir un ensemble de mesures pour surveiller et mesurer périodiquement l'efficacité du projet. Cette surveillance et ces mesures devraient :

- offrir une rétroaction sur l'efficacité et l'efficience du projet et ses répercussions;
- déterminer les domaines qui nécessitent des mesures correctives et des améliorations de la qualité;
- donner des orientations au sujet du budget, de la dotation en personnel, des ressources, de la formation et des lacunes de service;
- aider à déterminer les changements nécessaires aux directives et aux protocoles cliniques;
- fournir de l'information pour améliorer le processus de planification et la révision de la gestion des données recueillies;
- fournir de l'information à partager avec les partenaires du projet, les intervenants et le public;
- contribuer à l'étalonnage stratégique et aux analyses comparatives du projet.

Conclusion

Le Cadre de développement normatif des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales offre aux partenaires du système préhospitalier d'urgence l'occasion de soumettre des projets d'amélioration des soins, des services et de la performance organisationnelle. L'application du Cadre assure la cohérence, l'économie des efforts et l'optimisation des bénéfices pour les usagers du système et l'ensemble des citoyens.

La démarche décrite dans ce document met en relief l'importance de la veille stratégique, de la planification, de la gestion de projet et de l'évaluation de programme. Le Cadre expose de manière succincte les principales composantes de chacune de ces dimensions. Le recours aux ressources et aux références présentées dans le Cadre permettra aux partenaires du réseau de parfaire leurs connaissances et de trouver des outils pour leur projet.

Dans la même perspective d'amélioration continue qui justifie cette première édition du Cadre, le MSSS accueillera toute suggestion d'amélioration pour les éditions futures.

