

# Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières régionales

**Production**

Ministère de la Santé et des Services sociaux  
Direction des services préhospitaliers d'urgence

**Rédaction**

Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

**Mise à jour**

Santé Québec  
Direction des services préhospitaliers d'urgence

**Édition**

La Vice-présidence des affaires publiques et des communications de Santé Québec.

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](http://www.msss.gouv.qc.ca), section Publications.

Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte.

Dépôt légal – 2025  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec  
Version PDF  
ISBN : 978-2-555-02697-1 (2<sup>e</sup> version)  
ISBN : 978-2-550-93269-7 (1<sup>e</sup> version)

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.

© Santé Québec, 2025

# Table des matières

<b>Liste des acronymes.....</b>	<b>1</b>
<b>Historique et contexte.....</b>	<b>2</b>
<b>Veille et vigie pour l'identification des besoins de la communauté.....</b>	<b>3</b>
<b>Le cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières régionales.....</b>	<b>4</b>
<b>Section 1.....</b>	<b>5</b>
Le cadre normatif : une nécessité .....	5
<b>Section 2.....</b>	<b>7</b>
Les principaux contributeurs.....	7
<b>Section 3.....</b>	<b>9</b>
Le dépôt d'un projet à Santé Québec et les outils de gestion et de contrôle.....	9
Les étapes.....	10
Étape 1 : élaboration .....	10
Étape 2 : planification .....	11
Étape 3 : réalisation .....	11
Étape 4 : clôture .....	12
Les points de contrôle .....	13
<b>L'évaluation quantitative et qualitative .....</b>	<b>14</b>
<b>Conclusion.....</b>	<b>17</b>

# Liste des acronymes

<b>BPRP</b>	Bureau de projets régionaux du préhospitalier
<b>Cadre clinique SPU 2022-2026</b>	Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales 2022- 2026
<b>DMN</b>	Directeur médical national
<b>DSPU</b>	Direction des Services préhospitaliers d'urgence
<b>INESSS</b>	Institut National d'excellence en santé et en services sociaux
<b>MSSS</b>	Ministère de la Santé et des Services sociaux
<b>MOP</b>	Manuel d'organisation du projet
<b>PC</b>	Point de contrôle
<b>Plan santé</b>	Plan pour mettre en œuvre les changements nécessaires en santé
<b>Politique préhospitalière</b>	Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence
<b>RSSS</b>	Réseau de la santé et des services sociaux
<b>SPU</b>	Services préhospitaliers d'urgence

# 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 [Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence] 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 coûts<sup>1</sup>. »

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence* (Publication n° 22-929-02W), p. 1. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-929-02W.pdf>

# 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 donneront aux promoteurs de projets des occasions pour développer des pratiques préhospitalières<sup>2</sup> liées à la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence (« Politique préhospitalière »).

La veille constitue une démarche incontournable qui permet notamment :

- d'anticiper l'évolution des pratiques préhospitalières;
- de faciliter la prise de décision en structurant des informations de grande qualité;
- d'innover dans les domaines préhospitaliers en identifiant des occasions de développement<sup>3</sup> et ainsi de se démarquer;
- 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 signalétique<sup>4</sup> ».

---

<sup>2</sup> 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 SPU.

<sup>3</sup> Le développement comprend toute mesure visant à améliorer le système préhospitalier d'urgence, soit la conception d'une nouvelle pratique ou la modification d'une pratique existante.

<sup>4</sup> 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](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/DocuMetho/INESSS_Cadre_reference_veille_vigie.pdf)

# **Le cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières régionales**



# Section 1

## Le cadre normatif : une nécessité

---

En application de la Politique préhospitalière, le Bureau de projets de Santé Québec met à jour le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières régionales<sup>5</sup> pour encadrer les promoteurs et leurs mandataires à chacune des étapes de réalisation d'un projet régional.

L'application de ce cadre normatif 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 de ce cadre assurent que le développement des pratiques préhospitalières est :

- centré sur les besoins des usagers et fondé sur 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 que dans les plans quinquennaux d'organisation des SPU établis par les autorités responsables régionales (établissement territorial, instance régionale, Urgences-santé).

Ce cadre normatif décrit le rôle de Santé Québec et des principaux contributeurs ainsi que les processus administratifs et décisionnels impliqués dans le développement de projets en lien avec ces pratiques.

Il s'inspire des pratiques et des cadres généralement reconnus par le MSSS et le gouvernement du Québec, ainsi qu'à l'international. Santé Québec retient également les paramètres proposés par le Pôle santé HEC Montréal<sup>6</sup>.

Les projets comportant un volet clinique sont également régis par ce cadre, en complémentarité avec le Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales 2022-2026 (Cadre clinique SPU 2022-2026).

Tout développement des pratiques préhospitalières doit prendre en compte les règles suivantes :

- a) Répondre aux besoins de la population ainsi que des acteurs communautaires en

---

<sup>5</sup> Un cadre est défini par un ensemble de règles favorisant le développement structuré et harmonisé du système préhospitalier d'urgence.

<sup>6</sup> 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>



prenant en considération l'ensemble des éléments du système de santé et des services sociaux;

- 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 SPU 2022-2026;
- e) Tenir compte des encadrements législatifs, réglementaires et normatifs;
- f) S'inspirer du *Guide sur la gestion axée sur les résultats* de l'administration gouvernementale<sup>7</sup>, 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 gouvernementale 2019-2023](#), qui a pour vision « [d]es services publics plus rapides et intuitifs, propulsés par le numérique<sup>8</sup> ». La « Stratégie place les citoyens et le personnel de l'administration publique au centre de la transformation [par le biais de laquelle] l'administration publique vise à adapter ses relations avec les citoyens en fonction de leur réalité [tout en misant] sur le numérique pour transformer ses façons de faire, de manière à être plus innovante, efficiente et transparente<sup>9</sup> ».

---

<sup>7</sup> 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](https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/GuideGestionAxeResultat.pdf)

<sup>8</sup> Secrétariat du Conseil du trésor, [Stratégie de transformation numérique gouvernementale 2019-2023](#), p. 4.

<sup>9</sup> Ibid

## Section 2

### Les principaux contributeurs

---

#### 1. Santé Québec

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

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

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

Ce dernier a pour mission de soutenir l'établissement territorial, l'instance régionale ainsi que le promoteur et le mandataire dans la réalisation efficace et cohérente de ces projets stratégiques et opérationnels en préhospitalier. Il agit comme un partenaire clé en offrant un encadrement structuré, un accompagnement personnalisé et en veillant à l'amélioration continue et rigoureuse de la qualité tout au long du cycle de vie du projet.

Le BPRP :

- centralise les demandes de projets préhospitaliers régionaux;
- standardise et optimise les processus communs à la réalisation de projets en milieu préhospitalier;
- effectue une vigie assurant l'équilibre entre les nouveaux projets et ceux qui sont en cours en vue d'un déploiement national (partiel ou complet);
- standardise les processus de formation et d'évaluation régionale des techniciens ambulanciers paramédicaux;
- conseille le promoteur et le mandataire dans l'élaboration, la planification, la réalisation, la reproductibilité et le suivi des projets;
- maximise l'utilisation des ressources partagées;
- coordonne le travail des parties prenantes;
- conseille la DSPU et le DMN au regard des autorisations de déploiement régional et provincial (processus en 4 étapes : autorisation régionale, duplication circonscrite, déploiement provincial et pérennisation);
- instaure et promeut une philosophie d'amélioration continue de la qualité en harmonie avec les orientations nationales;

- mesure la performance et la pertinence clinique et opérationnelle tout au long du cycle de vie du projet;
- communique les indicateurs de performance dans un tableau de bord global;
- assure la transition vers un plan permanent d'amélioration continue de la qualité;
- valide la pertinence scientifique et clinique des projets déposés pour les usagers des milieux préhospitaliers.

## **2. Les autorités régionales**

Les autorités régionales responsables des services préhospitaliers sont les établissements territoriaux, les instances régionales et Urgences-santé. Ces autorités désignent un promoteur et lui apportent le soutien nécessaire à l'élaboration d'un projet, notamment en lui facilitant l'accès à certaines données. Tous les projets déposés doivent être officiellement appuyés par le président-directeur général de l'autorité régionale au moment de la remise de l'avis d'intention de projet.

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

## **3. Le promoteur du projet**

Le promoteur du projet est une direction de l'autorité régionale ou une direction médicale régionale qui représente l'organisation qui souhaite réaliser un projet de développement de pratique préhospitalière.

Les responsabilités du promoteur sont les suivantes :

- Déterminer le but, les objectifs, la portée et la durée du projet ainsi que les activités et les ressources nécessaires à sa réalisation;
- Analyser les conditions d'exécution et les contraintes de coût, de temps et de qualité;
- Soumettre l'avis d'intention de projet à Santé Québec avant d'entreprendre les différentes étapes du projet;
- Présenter l'ensemble des étapes de développement du projet.

## **4. Le mandataire du projet**

Le mandataire du projet est la 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 former un comité de projet pour le soutenir dans le développement de bonnes pratiques.

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

## Section 3

### Le dépôt d'un projet à Santé Québec et les outils de gestion et de contrôle

---

Le développement d'un projet préhospitalier doit respecter les principes directeurs suivants :

1. Le projet doit répondre aux besoins de la population du Québec ou améliorer certaines pratiques et 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 administrative du gouvernement et respecter les lois, les règlements, les plans stratégiques ainsi que les politiques en vigueur à Santé Québec, au MSSS et au gouvernement du Québec.
4. Le projet doit présenter un budget et un cadre financier, 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 régulièrement transmises au BPRP.
6. Santé Québec détermine si le projet, une fois évalué, peut s'intégrer de manière durable à la prestation de services du système préhospitalier d'urgence.

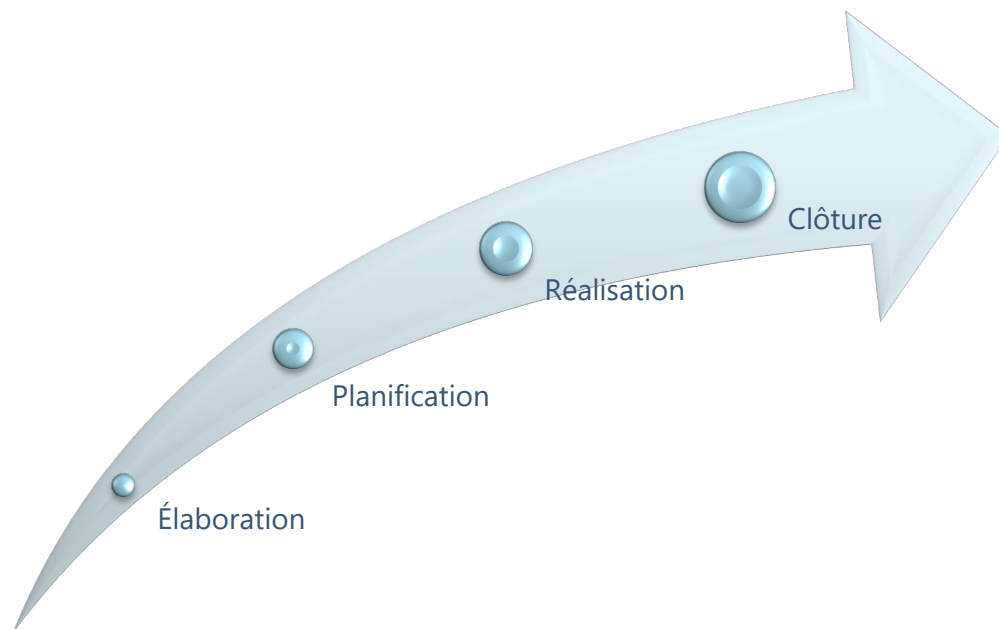
En cas de circonstances exceptionnelles, Santé Québec peut surseoir au présent cadre afin de répondre aux besoins urgents de la population.

**Les projets accompagnés d'une demande de financement à Santé Québec peuvent être déposés entre le 1<sup>er</sup> avril et le 1<sup>er</sup> septembre d'une année financière. Tout projet déposé après cette date sera traité dans l'année financière suivante.**

## Les étapes

---

Chaque projet régional se déroule en quatre étapes pour que son encadrement soit assuré de manière efficace.



### Étape 1 : élaboration

---

Avant de réaliser un projet régional, le promoteur doit soumettre à Santé Québec un avis d'intention de projet. Celui-ci permet à Santé Québec 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 2022-2026, et qu'il est réalisable.

Reçu par la DSPU, l'avis d'intention sert à décrire les caractéristiques générales du projet et à démontrer sa faisabilité organisationnelle, technique, légale, socio-environnementale et financière.

Le BPRP transmet un avis de recevabilité après avoir analysé cet avis d'intention. Durant la période d'analyse, le BPRP peut demander des compléments d'information afin de mieux apprécier le projet proposé.

Le formulaire *Soumission d'un projet*, disponible sur le site [Québec.ca](https://quebec.ca), doit être appuyé par le président-directeur général ou le directeur général de l'autorité régionale concernée.

## Étape 2 : planification

---

Cette étape vise la conception d'un plan détaillé d'exécution du projet.

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

- établir les phases du projet;
- déterminer les personnes autorisées à approuver les changements;
- présenter les mécanismes de coordination durant l'avancement du projet;
- recenser les mécanismes de gestion de l'information qui permettront de suivre l'avancement des différentes tâches durant la phase de réalisation;
- concevoir un plan de communication et un plan d'évaluation.

## Étape 3 : réalisation

---

L'étape de réalisation du projet consiste à mettre en œuvre le plan présenté dans le manuel d'organisation du projet (MOP) et comprend les actions suivantes<sup>10</sup> :

- l'exécution des tâches établies 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 obligatoire 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'à Santé Québec.

---

<sup>10</sup> Genest, B.-A. et Nguyen, T.-H. (2015). *Principes et techniques de la gestion de projets* (5<sup>e</sup> éd.). Les Éditions Sigma Delta, p. 109-240.

## Étape 4 : clôture

---

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

- l'atteinte des objectifs;
- la perception et l'accueil du projet;
- les actions réalisées, 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 des indicateurs de performance établis;
- les occasions de réinvestissement (projet transposable, occasions de développement, etc.).

Le promoteur doit remplir le formulaire [Rapport de fin de projet](#) puis le transmettre au BPRP.

Santé Québec, par l'intermédiaire du BPRP, procède 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 québécois. La durée de la phase d'évaluation dépend 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 poursuivre la mise en œuvre de son projet jusqu'à ce que Santé Québec l'autorise 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 Santé Québec décide que le projet doit s'intégrer aux pratiques du système préhospitalier québécois, l'autorité régionale devra également soutenir l'implantation du projet dans d'autres régions.

## Les points de contrôle

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

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



Selon les PC, 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 varie selon son type, son envergure et sa complexité. Certaines demandes, telles que celles de changements législatifs et réglementaires, ou de décloisonnement des pratiques professionnelles, peuvent entraîner des retards à différentes étapes.

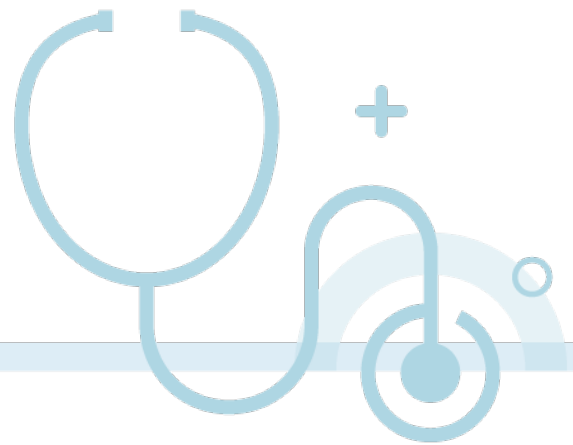
La réalisation du projet inclut également une évaluation budgétaire. Le BPRP s'attend à ce que l'estimation des coûts se précise avec l'avancement du projet : plus le projet progresse vers la phase de réalisation (3<sup>e</sup> étape), plus les coûts de mise en place doivent être précis.



# L'évaluation

---

L'évaluation quantitative et qualitative



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

Dès l'élaboration du projet (1<sup>re</sup> étape), les principaux indicateurs de performance permettent de valider la pertinence ou l'efficacité du projet et d'en revoir les modalités selon une évaluation périodique.

Dans le MOP, le promoteur doit inclure un plan d'évaluation présentant 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, les cibles ou les orientations souhaitées, les sources d'information 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. Le BPRP rappelle au promoteur 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 revenir sur les bénéfices attendus par la mise en œuvre du projet;
- d'identifier les éléments positifs et ceux qui pourraient être améliorés;
- de reconnaître les erreurs et de proposer des pistes de solutions pour éviter leur répétition;
- de documenter et de transmettre 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 à l'échelle provinciale.

**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 de 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 l'information à transmettre aux partenaires du projet, aux intervenants et au public;
- contribuer à l'étalonnage stratégique et aux analyses comparatives du projet.

## Conclusion

Le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières 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 projets et de l'évaluation de programme. Ce cadre expose de manière succincte les principales composantes de chacune de ces dimensions. Le recours aux ressources et aux références qui y sont présentées permettra aux partenaires du réseau de parfaire leurs connaissances et de trouver des outils pour leur projet.

Dans la perspective d'amélioration continue qui justifie cette deuxième édition du Cadre, Santé Québec accueillera toute suggestion d'amélioration pour les futures éditions.

