

Déposé le 19 avril 2012

No. : CSSS - 075

Secrétaire Anik Laplante

INSTITUT DE RECHERCHE
EN SANTÉ PUBLIQUE



Université 
de Montréal

Évaluation des projets pilotes préhospitaliers

Rapport final

*François Champagne, Ph. D.
Michèle Rivard, Sc.D.
Lambert Farand, M.D., Ph. D.
Cynthia Gagnon, Ph. D.
Thierno Baldé, M.D., Ph. D. (C)*

R10-01

Décembre 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-923544-27-4 (version imprimée)
ISBN : 978-2-923544-28-1 (PDF)

Montréal, le 14 janvier 2011

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux
Édifice Catherine-de-Longpré
1075, chemin Sainte-Foy, 15^e étage
Québec (Québec) G1S 2M1

Objet : Publication du rapport *Évaluation des projets pilotes préhospitaliers*

Monsieur le Ministre,

C'est avec plaisir que je vous transmets le rapport d'évaluation préparé par l'Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal (IRSPUM) et intitulé *Évaluation des projets pilotes préhospitaliers*.

L'AETMIS a reçu, en janvier 2008, une demande de la part du ministère de la Santé et des Services sociaux pour évaluer les cinq projets pilotes mis sur pied à la suite du rapport Gauthier (octobre 2007) portant sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois. L'AETMIS a demandé à l'équipe du GRIS de l'Université de Montréal (Groupe de recherche interdisciplinaire en santé) - maintenant sous l'égide de l'IRSPUM- de procéder à cette évaluation.

L'équipe de chercheurs a reçu le mandat de faire une analyse portant sur l'implantation, les effets et certains aspects économiques de ces projets pilotes. Cinq questions de recherche ont été examinées :

- L'intervention décrite dans chacun des projets pilotes est-elle implantée comme prévue et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?
- L'intervention est-elle associée à des effets sur le temps de réponse, l'accessibilité, la qualité des services, ainsi que la qualité de vie au travail des TAP (techniciens ambulanciers paramédicaux) ?
- Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés ?
- Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence-t-il la production des effets observés?
- À quel coût les effets sont-ils obtenus?

La recherche s'est déroulée sur la base d'un protocole d'entente entre l'équipe du GRIS (IRSPUM) et l'AETMIS qui a assuré l'encadrement méthodologique et se porte garante de la qualité scientifique des résultats présentés dans ce rapport. L'AETMIS tient à souligner que cette évaluation porte exclusivement sur les cinq projets examinés et qu'on ne peut généraliser ces résultats à l'ensemble des régions concernées du Québec.

Le document est maintenant en ligne à l'adresse www.aetmis.gouv.qc.ca

Je vous prie d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de ma très haute considération.

Le président-directeur général,

A handwritten signature in black ink, reading "Juan Roberto Iglesias". The signature is written in a cursive style and is underlined with a double horizontal line.

Juan Roberto Iglesias, M.D., M. Sc.

Table des matières

Liste des tableaux	6
Liste des figures	8
INTRODUCTION	9
Questions de recherche et principales composantes de l'évaluation	10
Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse de l'implantation	10
Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse des effets	11
Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse économique	11
MÉTHODOLOGIE.....	12
Analyse de l'implantation.....	12
Bilan d'implantation	12
Facteurs ayant influencé le niveau de mise en œuvre.....	12
Analyse des effets.....	14
Temps de réponse des services ambulanciers	14
Qualité de vie au travail des TAP.....	16
Analyse économique	18
Calcul des coûts	18
RÉALISATION OPÉRATIONNELLE.....	21
Étape initiale de l'évaluation: Printemps-Été 2009.....	21
Étape de préparation des outils de collecte et de l'approbation du comité d'éthique : Automne 2009.....	22
Étape de collecte des données sur le terrain : Hiver 2010.....	23
Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (Projet pilote du territoire de la Baie-des- Chaleurs).....	24
Région 09 : Côte-Nord (Projet pilote du territoire de Baie-Comeau)	25
Région 03 : Capitale Nationale (Projet pilote du territoire de Portneuf).....	26
Région 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean 02 (Projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean)	27
Région 10 : Nord-du-Québec (Projet pilote de Chapais-Chibougamau)	28
Collecte des données pour estimer la proportion de cas urgents	29
RÉSULTATS.....	31

Projet pilote de la Gaspésie (Territoire de la Baie-des-Chaleurs)	32
Présentation de la région	32
Contexte d'initiation du projet pilote.....	32
Modélisation logique.....	33
Implantation du projet pilote	35
Ressources humaines	35
Transformation des horaires	35
Positionnement stratégique.....	35
Ambulances et autres équipements	36
Moyens de communication.....	36
Financement.....	36
Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation du projet pilote	37
Effets du projet pilote.....	39
Temps de réponse	39
Qualité de vie au travail des TAP.....	43
Coûts du projet pilote.....	51
Projet pilote de Baie-Comeau	52
Présentation de la région	52
Contexte d'initiation du projet.....	52
Modélisation logique.....	53
Implantation du projet pilote	55
Ressources humaines	55
Transformation des horaires	55
Déploiement dynamique.....	55
Ambulances et autres équipements	56
Financement.....	56
Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation du projet pilote	57
Effets du projet pilote.....	59
Temps de réponse	59
Qualité de vie au travail des TAP.....	63
Coûts des projets pilotes	70
Projet pilote de la Capitale Nationale (Portneuf).....	71

Présentation de la région	71
Contexte d'initiation du projet pilote.....	71
Modélisation logique.....	72
Implantation du projet pilote	74
Ressources humaines	74
Transformation des horaires.....	74
Déploiement dynamique.....	75
Ambulances et autres équipements	76
Financement.....	76
Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote.....	77
Effets du projet pilote.....	79
Temps de réponse	79
Qualité de vie au travail des TAP	84
Coûts des projets pilotes	91
Projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean	92
Présentation de la région	92
Contexte d'initiation du projet pilote.....	92
Modélisation logique.....	93
Implantation du projet pilote	95
Ressources humaines	95
Transformation des horaires.....	95
Déploiement dynamique.....	96
Ambulances et équipement.....	97
Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote.....	98
Effets du projet pilote.....	100
Temps de réponse	100
Qualité de vie au travail des TAP.....	105
Coûts du projet pilote.....	112
Projet Pilote de Chapais-Chibougamau.....	113
Présentation de la région	113
Contexte d'initiation.....	113
Modélisation logique.....	114

Implantation du projet pilote	116
Ressources humaines	116
Transformation des horaires	116
Déploiement des véhicules ambulanciers.....	116
Ambulance et autres équipements	117
Financement.....	117
Intégration clinique	117
Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote.....	119
Effets du projet pilote.....	120
Temps de réponse	120
Qualité de vie au travail des TAP.....	124
Maintien des compétences	129
Coûts du projet pilote.....	130
ANALYSE TRANSVERSALE POUR TOUTES LES RÉGIONS	131
Bilan d'implantation des projets pilotes à l'hiver 2010.....	131
Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes.....	134
Effets des projets pilotes	138
Influence de l'implantation des projets pilotes sur la production des effets	145
Influence du contexte sur la production des effets	146
Analyse économique	147
Conclusion	153
ANNEXES.....	155
Annexe 1 : Protocole de recherche	156
Annexe 2 : Appréciation du niveau de mise en œuvre des projets pilote	169
Annexe 3 : Guide d'entrevue générale sur la détermination des facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre des projets pilotes	171
Annexe 4 : Liste des indicateurs du SISPUQ.....	172
Annexe 5 : Questionnaire sur la satisfaction des TAP	176
Annexe 6 : Fiche de collecte des données dans les dossiers cliniques des patients.....	179
Annexe 7 : Approbation du comité d'éthique.....	180
Annexe 8 : Coûts standardisés des projets pilotes par région et par compagnies ambulancières	181

Annexe 9 : Données sur le Processus de mise en œuvre des projets pilotes	183
Données de la Gaspésie.....	183
Données de Baie-Comeau	195
Données de Portneuf.....	206
Données du Saguenay-Lac-Saint-Jean	216
Données de Chapais-Chibougamau.....	226
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	237

Liste des tableaux

Tableau 1: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 11	24
Tableau 2: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 09	25
Tableau 3: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 03	26
Tableau 4: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 02	27
Tableau 5: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 10	28
Tableau 6: Collecte des données cliniques des usagers transportés par les services ambulanciers	29
Tableau 7: Urgence réelle des cas selon le panel d'experts.....	30
Tableau 8: Distribution du nombre d'appels en fonction du code de priorité (Gaspésie).....	39
Tableau 9: Description de la distribution de la durée des transports (Gaspésie)	40
Tableau 10: Données de chronométrie (Gaspésie).....	41
Tableau 11: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Gaspésie)	45
Tableau 12: Données sur le changement de la satisfaction des TAP	46
Tableau 13: Données sur la satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Gaspésie).....	47
Tableau 14: Évolution des coûts standardisés du projet pilote en Gaspésie.....	51
Tableau 15: Distribution des appels en fonction du code de priorité.....	59
Tableau 16: Description de la distribution de la durée des transports (Baie-Comeau).....	60
Tableau 17: Données de chronométrie pour le projet pilote de Baie-Comeau	61
Tableau 18: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Baie-Comeau)	65
Tableau 19: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Baie-Comeau)	66
Tableau 20: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Baie-Comeau)	67
Tableau 21: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Baie-Comeau)	70
Tableau 22: Aperçu du changement des horaires effectué dans le projet pilote de Portneuf.....	74
Tableau 23: Description de la répartition des appels en fonction des codes de priorité d'affectation (Portneuf).....	79
Tableau 24: Description de la distribution des appels (Portneuf).....	80
Tableau 25: Données de chronométrie pour le temps de réponse (Portneuf).....	82
Tableau 26: Données de la satisfaction "actuelle" des TAP (Portneuf).....	86
Tableau 27: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Portneuf).....	87
Tableau 28: Données sur la satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Portneuf)	88
Tableau 29: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Portneuf).....	91
Tableau 30: Aperçu du changement des horaires effectué dans le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean	96
Tableau 31: Description des appels en fonction des codes de priorité d'affectation.....	100
Tableau 32: Description de la durée des transports (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	101
Tableau 33: Données de chronométrie (Saguenay-Lac-Saint-Jean).....	103
Tableau 34: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	107
Tableau 35: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Saguenay-Lac-Saint-Jean).....	108

Tableau 36: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	109
Tableau 37: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	112
Tableau 38: Description des appels en fonction des codes de priorité d'affectation.....	120
Tableau 39: Description de la distribution des appels (Chapais-Chibougamau).....	121
Tableau 40: Données de chronométrie (Chapais-Chibougamau)	122
Tableau 41: Données de satisfaction "actuelle" des TAP (Chapais-Chibougamau)	126
Tableau 42: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Chapais-Chibougamau)...	127
Tableau 43: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Chapais-Chibougamau)	128
Tableau 44: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Chapais-Chibougamau).....	130
Tableau 45: Description des appels en fonction du code de priorité d'affectation dans tous les projets pilotes (sauf Chapais-Chibougamau)	138
Tableau 46: Données de chronométrie pour tous les projets pilotes.....	140
Tableau 47: Données de chronométrie par région ou territoire incluant Chapais-Chibougamau	142
Tableau 48: Données de satisfaction des TAP de l'ensemble des projets pilotes en fonction des dimensions	144
Tableau 49: Évolution des coûts des projets pilotes dans l'ensemble des régions.....	147
Tableau 50: Coûts par minute épargnée pour les cas urgents (définition large de l'urgence)...	149
Tableau 51: Coûts par minute épargnée pour les cas urgents (définition plus stricte de l'urgence)	149

Liste des figures

Figure 1: Modèle logique du projet pilote de Gaspésie	34
Figure 2: Évolution des coûts standardisés du projet pilote en Gaspésie.....	51
Figure 3: Modèle logique du projet pilote de Baie-Comeau	54
Figure 4 : Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Baie-Comeau)	70
Figure 5: Modèle logique de projet pilote de Portneuf	73
Figure 6: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Portneuf)	91
Figure 7: Modèle logique du projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean.....	94
Figure 8 : Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Saguenay-Lac-Saint-Jean)	112
Figure 9: Modèle logique du projet pilote de Chapais-Chibougamau	115
Figure 10: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Chapais-Chibougamau)	130
Figure 11: Évolution des coûts des projets pilotes dans l'ensemble des régions	148
Figure 12 : Relation entre le temps de réponse et la survie des patients (Pons et al. 2005).....	151

INTRODUCTION

En novembre 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux mettait en place un comité technique provincial sur la transformation des horaires de travail des techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) et le déploiement dynamique de la flotte ambulancière dans certaines régions du Québec. Le mandat de ce comité technique consistait à proposer au ministère de la Santé et des Services sociaux, des recommandations sur les meilleures façons d'améliorer l'organisation des services ambulanciers au Québec, ce en accordant une attention particulière aux réalités régionales. Plus spécifiquement, il s'agissait, tout en préservant la qualité des services préhospitaliers à la population, d'initier un ensemble de mesures devant aboutir à la transformation des horaires de travail de faction des TAP en horaires à l'heure, ainsi que de procéder à un positionnement stratégique des véhicules ambulanciers sur les territoires desservis.

Suite à l'examen des propositions de projets, le comité technique retint cinq projets pilotes à l'échelle provinciale afin d'expérimenter cette nouvelle approche d'organisation des services ambulanciers au Québec. Après la publication et l'acceptation des recommandations du comité technique par le Ministère de la Santé et des Services sociaux à l'automne 2007, ces cinq projets pilotes devraient être mis en œuvre sur une période d'une année. Et après cette période de mise en œuvre, une évaluation devrait être effectuée pour connaître les impacts des projets pilotes sur la qualité des services préhospitaliers, et guider ainsi la décision du Ministère pour une éventuelle extension dans d'autres régions sociosanitaires du Québec.

C'est dans ce cadre qu'une équipe de chercheurs du Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé (GRIS) de l'Université de Montréal fut mandatée par l'AETMIS (Agence d'évaluation des technologies et des modes d'interventions en santé) pour réaliser cette évaluation.

Après l'initiation de ce mandat, l'équipe de chercheurs eut quelques rencontres préparatoires avec l'AETMIS pour cerner la problématique de recherche visée et pour préciser les différents paramètres et autres aspects scientifiques qui allaient être utilisés et explorés tout au long de la recherche. À la suite de ces rencontres, un protocole de recherche fut rédigé et soumis à l'AETMIS en octobre 2008. C'est ce protocole de recherche qui sert de cadre de référence à la présente recherche évaluative. Il est présenté à l'annexe 1 du présent document qui est intitulé « Rapport d'étape de l'évaluation des projets pilotes préhospitaliers ».

Ce rapport final comporte cinq sections : la première section présente les questions de recherche de l'évaluation, la deuxième section précise la méthodologie utilisée pour réaliser chacune des composantes de l'évaluation et la troisième section donne les détails sur la réalisation opérationnelle de la recherche. Les résultats des différentes composantes de l'évaluation, présentés d'une part pour chaque projet pilote et, d'autre part, pour l'ensemble des projets pilotes, constituent les quatrième et cinquième sections de ce rapport.

Questions de recherche et principales composantes de l'évaluation

Les questions de recherche évaluative qui sont explorées tout au long de cette recherche sont les suivantes:

Question 1 : Est-ce que l'intervention décrite dans chacun des projets pilotes est implantée tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?

Question 2 : Est-ce que l'intervention est associée à des effets sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP ?

Question 3 : Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés ?

Question 4 : Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence-t-il la production des effets observés?

Question 5 : À quel coût les effets sont-ils obtenus?

Ces cinq questions de recherche évaluatives peuvent être regroupées en trois composantes principales : une première composante de l'évaluation qui est en rapport avec le volet « Analyse de l'implantation des projets pilotes », une deuxième et une troisième composantes qui sont respectivement en lien avec les volets « Analyse des effets » et « Analyse économique » de l'évaluation.

Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse de l'implantation

La première composante de l'évaluation porte sur l'analyse de l'implantation des cinq projets pilotes. Elle implique de ce fait les questions de recherche 1, 3, 4 et permet de faire ressortir le bilan d'implantation des projets pilotes ainsi que les facteurs qui expliquent ce bilan d'implantation.

Conceptualisée comme 5 études de cas avec un niveau d'analyse (Yin 2003), l'analyse de l'implantation a pour but de comprendre la transformation des projets pilotes dans leurs milieux d'implantation aussi bien en termes de forme et de nature, qu'en termes d'envergure. L'analyse de l'implantation vise également à identifier les différents facteurs qui expliquent cette transformation. Le niveau d'analyse retenu pour cette évaluation est un niveau organisationnel.

Cependant, avant de procéder à l'analyse proprement dite de l'implantation des projets pilotes, il est nécessaire d'effectuer leur modélisation logique. Étape devenue, depuis quelques années, incontournable à tout processus d'évaluation (Champagne, Brousselle et al. 2009), la modélisation logique permet aux évaluateurs et aux principaux acteurs impliqués dans le processus d'implantation d'avoir une vision et une compréhension communes et partagées des différentes composantes des projets pilotes.

La modélisation logique des cinq projets pilotes a nécessité la réalisation d'une revue exhaustive de la littérature sur les différentes thématiques associées à la nature et au contenu de ce type d'intervention, l'analyse de la documentation produite dans le cadre de l'initiation des projets pilotes, ainsi que la réalisation d'entrevues semi-dirigées avec les acteurs-clés impliqués dans le processus d'implantation.

Suite à l'étape de modélisation logique qui permet d'identifier et de préciser les liens entre les ressources, les activités mobilisées par chaque projet pilote, ainsi que les différents effets escomptés, il devient ainsi plus aisé de dresser un bilan d'implantation des différents projets pilotes.

Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse des effets

La deuxième composante de la recherche évaluative porte sur l'analyse des effets des projets pilotes. Elle interpelle les questions de recherche 2, 3 et 4. Pour cette composante, il s'agit de déterminer d'une part l'ensemble des effets des projets-pilotes (temps de réponse et qualité de vie au travail des TAP), et d'autre part de mieux comprendre, comment des variations dans la forme de l'intervention et dans le contexte d'implantation influencent la production des effets.

Composante de l'évaluation en lien avec l'analyse économique

La troisième composante de la présente recherche évaluative est une évaluation de type économique. Elle consiste à effectuer une analyse coût-conséquences en comparant les coûts de l'intervention avec l'ensemble des conséquences attendues (Mauskopf, Paul et al. 1998; Drummond 2005). Dans cette logique, les coûts récurrents des projets pilotes ont été mis en relation avec l'ensemble de leurs conséquences possibles (changement du temps de réponse, satisfaction des TAP, sentiment de sécurité des populations). Cette composante de l'évaluation mobilise les questions de recherche 1, 2 et 5.

Le fait de concevoir cette recherche évaluative en termes de questions de recherche et de composantes principales nous sera d'une grande utilité dans la présentation des résultats. En effet, nous allons présenter les résultats de l'évaluation pour chaque projet pilote en fonction des trois composantes identifiées de l'évaluation, tandis que l'analyse transversale des résultats pour l'ensemble des régions sera faite en fonction des 5 questions de recherche.

MÉTHODOLOGIE

Analyse de l'implantation

Bilan d'implantation

Pour la composante de l'évaluation relative à l'analyse de l'implantation et plus précisément l'analyse de l'écart entre les interventions planifiées et les interventions réalisées, les variables suivantes ont été analysées pour chacun des projets pilotes.

- La date de début de l'implantation des projets pilotes
- Le déroulement chronologique du processus d'implantation
- Les ressources humaines mobilisées pour l'implantation de chaque projet pilote.
- Les horaires de travail des TAP implantés.
- Le déploiement dynamique réalisé.
- Les nouveaux matériels et équipements acquis (ambulances, moyens de communication).
- Le financement obtenu pour l'implantation de chaque projet pilote.
- Et les activités d'amélioration et de maintien des compétences des TAP réalisées pour le cas plus spécifique du projet pilote de Chapais-Chibougamau.

L'analyse de ces différentes variables a permis de déterminer le bilan d'implantation de chacun des cinq projets pilotes en comparant le contenu et l'intensité de ce qui a été réalisé en cours du processus d'implantation par rapport à ce qui avait été antérieurement planifié.

Outils de collecte et sources d'informations pour l'analyse du bilan d'implantation

L'outil utilisé pour apprécier le bilan d'implantation des projets pilotes dans chacune des régions est une grille d'entrevue avec des questions semi-ouvertes formulées autour des différentes variables de mise en œuvre identifiées dans le paragraphe précédent. Les personnes visées par ces questions sont principalement les porteurs de dossiers au niveau des agences régionales de santé et des services sociaux. Toutefois, les questions de la grille qui concernent les aspects du processus d'implantation qui sont de nature plus opérationnelle (recrutement des TAP, déploiement dynamique) ont été également posées à d'autres acteurs impliqués dans le processus d'implantation comme les représentants de compagnies ambulancières ou encore les représentants des centrales de communication santé.

Un exemple de la grille utilisée pour apprécier le niveau de mise en œuvre des projets pilotes est présenté à l'annexe 2 du présent rapport.

Facteurs ayant influencé le niveau de mise en œuvre

Les facteurs contextuels qui expliquent le processus d'implantation des projets pilotes ont été investigués et analysés en mobilisant les principaux modèles théoriques répertoriés dans la littérature en théorie des organisations qui peuvent expliquer l'implantation du changement organisationnel. Il s'agit des modèles théoriques rationnel, psychologique, structurel, politique et de développement organisationnel.

Outils de collecte et sources d'informations pour apprécier et expliquer le bilan d'implantation

Des questions ouvertes ont été formulées pour adresser et faire ressortir les principaux facteurs explicatifs du processus de mise en œuvre auprès des différents acteurs concernés par le processus d'implantation des projets pilotes. Ces questions cherchent à cerner les raisons qui ont conduit à l'initiation du projet pilote. Elles cherchent également à mettre en lumière les différents enjeux associés aux phases de conception et d'implantation des projets pilotes aussi bien au niveau régional qu'au niveau national.

Les personnes suivantes ont été interrogées:

- Porteur du dossier au MSSS
- Porteur du dossier dans chacune des agences de santé et des services sociaux
- Représentants de toutes les compagnies ambulancières présentes dans chacune des régions
- Représentants des syndicats auxquels sont affiliés les TAP de chaque région
- Un ou deux TAP par compagnie ambulancière
- Un représentant des services d'urgence au sein desquels les usagers sont transportés

La grille d'entrevue utilisée pour rechercher les facteurs ayant influencé le processus de mise en œuvre est présentée à l'annexe 3 du rapport.

Analyse des effets

La deuxième composante de l'évaluation porte sur l'analyse des effets en termes de temps de réponse et de qualité de vie au travail des TAP.

Temps de réponse des services ambulanciers

Le temps de réponse inclut les données de chronométrie ainsi que les données liées à la perception des TAP de l'amélioration du temps de réponse avec l'implantation des projets pilotes.

Données de chronométrie sur le temps de réponse

L'analyse des effets des projets pilotes en lien avec l'amélioration du temps de réponse implique l'analyse des données de chronométrie obtenues à partir de la base de données du Système d'Informations des Services Préhospitaliers d'Urgence du Québec (SISPUQ). Une fois les transports ambulanciers effectués, les données de chronométrie sont transmises par les TAP à la centrale de communication santé (CCS). Cette dernière compile ces données de chronométrie et les transfère par la suite aux compagnies ambulancières qui les acheminent sur une base régulière au SISPUQ.

À partir des données de chronométrie du SISPUQ, nous présentons une description préliminaire de l'évolution du nombre d'appels effectués dans chaque projet pilote selon les codes de priorité. Nous avons calculé trois délais qui vont de la réception de l'appel par les TAP jusqu'à leur arrivée sur le lieu d'incident :

- Délai de mise en route : période entre la réception de l'appel de la centrale et le départ des TAP
- Durée de déplacement : période entre le départ des TAP et l'arrivée sur le lieu d'incident
- Délai d'arrivée sur le lieu d'incident : représente la somme du délai de mise en route et de la durée de déplacement

Nous avons aussi calculé un autre délai qui est la durée du transport vers l'hôpital. L'analyse de ce délai ne permet pas de porter un jugement sur le changement du temps de réponse ambulancier, il sert plutôt à s'assurer que la configuration des lieux d'appel n'a pas changé entre la période avant l'implantation et celle après l'implantation.

En utilisant les données de chronométrie sur les transports effectués dans les zones ambulancières concernées par le projet pilote et le calcul de ces délais, les analyses effectuées portent sur deux périodes : une première période allant de mai à octobre 2007 et une deuxième période allant de mai à octobre 2009.

Le choix de ne retenir pour nos analyses que les données des années 2007 et 2009 se justifie par le fait que l'année 2008 est l'année de démarrage du processus d'implantation des projets pilotes dans l'ensemble des régions avec donc des mois sans le projet pilote et des mois avec le projet pilote. De plus, avec le nombre insuffisant de TAP pour démarrer le processus d'implantation, les difficultés de déterminer avec précision les heures de début et de fin de

quarts de travail des TAP les plus appropriées, il n'était pas indiqué d'inclure dans l'évaluation les données qui se rapportent à ces premiers mois d'ajustement de l'implantation des projets pilotes. Ce faisant, nous avons donc estimé qu'il était plus judicieux de choisir un devis qui inclut une période d'observation durant l'année qui précède l'année d'implantation et une période équivalente durant l'année qui suit l'année d'implantation.

Le choix de périodes d'observation allant de mai à octobre pour chacune des années retenues a été fait pour limiter l'influence des conditions climatiques sur le temps de réponse ambulancier durant la période hivernale.

Par ailleurs, les analyses effectuées portent sur les appels codés en priorité urgente (codes 1 et 3). Les autres codes de priorité d'appels comme les transferts interétablissements ou encore les appels de priorité non urgente n'ont pas été inclus dans les analyses car l'évaluation se concentre sur l'impact des projets-pilotes sur les délais d'arrivée pour les cas pour lesquels le délai de prise en charge peut potentiellement avoir un impact sur la condition du patient.

Pour chacune des variables d'effets liées au temps de réponse, des statistiques descriptives (moyenne et médiane), des intervalles de confiance et des tests de signification statistique (tests de t de Student) ont été effectués pour analyser les différences avant-après. De plus, les analyses du temps de réponse sont également interprétées en utilisant un temps de référence inférieur ou égale à 8 mn pour les appels de priorité 1 et à 10 mn pour les appels de priorité 3. Le temps de référence de 8mn origine d'une étude menée sur l'évaluation de l'issue de patients qui ont subi un arrêt cardiaque non traumatique (Eisenberg, Bergner et al. 1979). Par la suite, ce temps de référence en est venu à faire consensus auprès des chercheurs (Blackwell and Kaufman 2002; Pons and Markovchick 2002; Pons, Haukoos et al. 2005) et de l'industrie ambulancière (American Ambulance Association 1994) pour l'ensemble des cas les plus urgents (équivalents à la priorité 1 au Québec). Le deuxième temps de référence qui suggère une offre de services préhospitaliers en moins de 10 mn pour les cas à risque intermédiaire (équivalents à une priorité 3 au Québec) est également mentionné dans la littérature comme temps de référence accepté par l'industrie et par les chercheurs (Narad and Driesbock 1999; Blackwell and Kaufman 2002).

Perception des TAP sur l'amélioration du temps de réponse

Les entrevues menées auprès des TAP ont permis de faire ressortir la perception des TAP sur le temps de réponse ambulancier. Ces données de nature plus qualitative viennent ainsi compléter les informations issues des données quantitatives de chronométrie afin de porter un jugement plus complet sur les effets des projets pilotes en termes de temps de réponse.

Outils de collecte et sources d'informations pour le temps de réponse

Avec l'identification du SISPUQ comme système d'informations sanitaires qui renferme les données de chronométrie des appels effectués dans les cinq projets pilotes et l'obtention du dictionnaire des éléments de son contenu, une demande d'extraction des indicateurs qui devraient logiquement changer après l'implantation des projets pilotes, a été adressée au MSSS et à l'agence de santé et des services sociaux des Laurentides qui en ont la charge de gestion.

L'acceptation de cette demande nous a permis d'accéder aux données de chronométrie qui couvrent les périodes visées par l'évaluation. À titre illustratif, les indicateurs choisis pour l'analyse des effets des projets pilotes en termes de temps de réponse sont les données de chronométrie qui indiquent les dates et heures de la réception de l'appel, du départ des TAP, de l'arrivée sur le lieu d'appel ou encore d'arrivée à l'hôpital. Ces données nous ont été transmises dans un format de fichiers Data. Une fois reçus, ces fichiers ont été transformés en format SPSS afin de pouvoir effectuer le traitement et l'analyse des données.

La liste exhaustive des indicateurs du SISPUQ retenus pour cette composante de l'évaluation est présentée à l'annexe 4.

Les données qui concernent la perception des effets de projets pilotes sur le temps de réponse ambulancier ont été recueillies au cours des entrevues réalisées auprès des différents TAP rencontrés dans chacune des régions.

Qualité de vie au travail des TAP

L'autre variable d'effet du projet pilote en lien cette fois avec l'amélioration des conditions et du climat de travail des TAP a été appréciée à travers le questionnaire « Measure of Job Satisfaction » (Traynor and Wade 1993) traduit en français. Ce questionnaire a été mis à l'épreuve dans de nombreuses autres études scientifiques pour mesurer la satisfaction des professionnels ou intervenants dans le secteur de la santé sur leurs conditions de travail. Il comprend des questions fermées avec des réponses cotées selon une échelle de Likert¹ allant de 1 à 5.

Outils de collecte et sources d'informations pour la qualité de vie au travail des TA

Le questionnaire de satisfaction utilisé est présenté à l'annexe 5 du rapport. Il comprend deux volets de réponse. Le premier volet de réponse vise à comprendre la **satisfaction actuelle** des TAP qu'ils soient nouveaux ou anciens sur leur condition de travail, tandis que le deuxième volet de réponse vise à comprendre le **changement de la satisfaction des TAP** entre la période antérieure à la mise en œuvre des projets pilotes et la période actuelle.

De la façon dont le questionnaire a été élaboré, le regroupement des différentes questions permet d'apprécier 5 dimensions de la satisfaction qui sont : une dimension personnelle, une dimension liée à la charge de travail, une dimension liée support professionnel, une dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir et une dernière dimension liée à la formation.

La dimension personnelle de satisfaction des TAP représente leur niveau de satisfaction selon la contribution qu'ils apportent aux soins des patients ou encore la qualité des soins qu'ils

¹ Échelle de réponse utilisée:

1 : Très insatisfait/Très détérioré

2 : Insatisfait/Détérioré

3 : Neutre

4 : Satisfait/Amélioré

5 : Très satisfait/Très amélioré

fournissent aux patients. Elle est obtenue en faisant la moyenne des 7 premières questions du questionnaire.

La dimension liée à la charge de travail permet de porter un jugement sur la charge de travail des TAP qui inclut le temps consacré aux soins, aux déplacements pour le repositionnement ou encore à l'attente dans les ambulances. Elle est obtenue en faisant la moyenne des questions 8, 9, 10, 11 et 12.

La troisième dimension de satisfaction des TAP est en lien avec le support professionnel qu'ils reçoivent de la part de leur superviseur ou de leurs collègues. Elle est obtenue en faisant la moyenne des questions 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19.

La dimension de la satisfaction des TAP en lien avec la paie et aux perspectives d'avenir est obtenue en faisant la moyenne des questions 20, 21, 22, 23, 24 alors que la dernière dimension de satisfaction des TAP liée à la formation est obtenue en faisant la moyenne des questions 25 et 26.

Pour des fins descriptives, les moyennes obtenues pour chacune de ses dimensions ont été catégorisées de la façon suivante :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

Par ailleurs, aux différentes questions incluses dans le questionnaire de satisfaction, nous avons ajouté une question ouverte à laquelle les TAP avaient plus de liberté pour exprimer leur opinion face à la nature du projet pilote et face au processus d'implantation.

Bien qu'étant anonyme, le questionnaire était accompagné d'une carte postale où les TAP devaient indiquer leur nom et adresse. Cette carte postale devait être affranchie en même temps que le questionnaire de satisfaction rempli, mais dans des envois séparés. De cette façon, on ne pouvait pas faire de lien entre la carte postale et le questionnaire, mais on allait néanmoins être en mesure d'identifier les TAP qui ont retourné le questionnaire rempli et faire ainsi un suivi en utilisant les différentes listes de TAP obtenues auprès de chaque compagnie ambulancière impliquée dans les projets pilotes.

À l'exception du Saguenay-Lac-Saint-Jean où les représentants de l'agence nous ont indiqué qu'il était difficile de rejoindre l'ensemble des TAP qui prennent exclusivement part au projet pilote, le questionnaire de satisfaction a été envoyé à tous les TAP concernés par les projets pilotes, et ce, en passant, soit par les compagnies ambulancières, soit par les représentants de l'agence de

la santé. Toutefois, bien qu'ayant utilisé ce canevas pour la distribution des questionnaires de satisfaction, les TAP ainsi que les représentants syndicaux de TAP rencontrés durant les entrevues menées sur le terrain étaient informés de l'existence et de la distribution du questionnaire de satisfaction. Ils étaient, en outre, appelés à encourager leurs collègues TAP afin qu'ils remplissent et retournent le questionnaire dans les plus brefs délais.

De plus, deux mois après la distribution du questionnaire, en nous appuyant sur la liste des TAP et les cartes postales qui nous avaient été retournées, trois séries de rappels ont été effectuées par l'équipe de recherche soit auprès des compagnies ambulancières, soit auprès des représentants de l'agence pour qu'ils encouragent les TAP qui n'avaient pas complété le questionnaire à le remplir et à nous le retourner.

Analyse économique

La troisième composante de cette recherche évaluative, l'évaluation économique de type « Analyse coût-conséquences » a pour but de faire le lien entre les coûts récurrents des projets pilotes et les effets observés. Plus précisément, il s'agit d'associer ces coûts avec l'amélioration du temps de réponse, l'amélioration de la qualité de vie au travail des TAP, ou encore le sentiment de confiance de la population.

Calcul des coûts

Les coûts récurrents des projets pilotes ont été recueillis à partir des formulaires de l'annexe C élaborés par les agences de santé et des services sociaux et qui renferment les plans de financement des services ambulanciers pour chacune des zones ou compagnies ambulancières. Les coûts des projets pilotes retenus sont les coûts associés au salaire des TAP, les coûts kilométriques, les coûts de positionnement et les frais de gestion, administration et immobilisation. Ces coûts couvrent les années financières 2007-2008, 2008-2009 et 2009-2010.

Ces coûts récurrents ont été standardisés en utilisant les paramètres de l'année 2009-2010 pour éliminer les fluctuations de coûts non reliés à l'intervention (par exemple, variation du prix de l'essence d'une année à l'autre).

Le coût standardisé des salaires a été calculé en multipliant les heures autorisées par le taux horaire standardisé de 2009-2010 et en ajoutant le montant des primes.

Les coûts kilométriques ont été calculés en multipliant le kilométrage autorisé par le prix standardisé du kilomètre (2009-2010) et par le coefficient de parcours à charge.

Les coûts de positionnement ont été calculés en multipliant les heures de positionnement par le coût du paramètre de positionnement et par le pourcentage de la formule Tremblay.

Coûts associés à l'amélioration du temps de réponse

Nous avons estimé les coûts associés à la réduction du temps de réponse (en dollars par minute épargnée) pour les cas urgents. Pour ce faire, nous avons d'abord estimé la proportion de cas urgents parmi les cas classés en priorité 1 (envoi immédiat avec sirène et gyrophares) ou 3 (envoi immédiat sans sirène ni gyrophares) par le système de tri téléphonique (voir section

suivante). Ceci nous a permis de calculer le nombre total annuel de cas urgents en multipliant le nombre de cas envoyés en priorité 1 ou 3 par cette proportion. Le nombre total de minutes épargnées a ensuite été calculé en multipliant le nombre de cas urgents par le nombre moyen de minutes épargnées entre la réception de l'appel et l'arrivée de l'ambulance sur les lieux pour les cas envoyés en priorité 1 ou 3. Finalement, le total des coûts non récurrents divisé par ce nombre de minutes donne le coût par minute épargnée pour les cas urgents.

Estimation de la proportion des cas urgents

Pour estimer la proportion des cas urgents parmi les cas envoyés en priorité 1 ou 3 par le système de tri téléphonique, nous avons pris pour acquis que tous les cas urgents se trouvent parmi les cas classés en priorité 1 ou 3, que le triage téléphonique est effectué de la même façon dans les cinq SPU, qu'il est basé sur un instrument analogue à celui qui était utilisé à Urgences santé en 1998 (dit « Système de Clawson ») et qu'il n'a pas changé au cours de la mise en œuvre de l'intervention. Comme la valeur prédictive du système de tri téléphonique d'Urgences santé était de 21,3% (Farand, Rivard et al. 2005), la taille de l'échantillon a été calculée de manière à assurer un degré de précision jugé acceptable pour l'estimation d'une valeur prédictive de cet ordre. Pour un seuil de confiance de 95%, un échantillon de 450 cas permet l'estimation d'une valeur prédictive de l'ordre de 20-25% avec une erreur d'au plus 4%.

Un échantillon aléatoire de 480 cas provenant des cinq SPU et ayant reçu une ambulance en priorité 1 ou 3 entre mai et décembre 2009 a été prélevé dans les bases de données informatisées de la SISPUQ. Pour chacun de ces cas, on a colligé la « Déclaration de transport des usagers » (formulaire AS-810-5), le « Rapport d'intervention préhospitalière du technicien ambulancier » (formulaire AS-803-4) et le fiche de collecte des données (Annexe 6). Un agent de recherche infirmier spécialement entraîné et ayant participé aux études précédentes a ensuite contacté les services des archives des centres hospitaliers où les patients avaient été transportés pour que les dossiers de ces patients soient mis à sa disposition. Les DSP et les responsables des archives des hôpitaux avaient été autorisés au préalable par la Direction des services préhospitaliers d'urgence et traumatologie à fournir ces informations. L'agent de recherche a colligé sur place les informations des sections B, C et D de la fiche de collecte. Toutes les informations furent dénominalisées et un dossier complet fut préparé pour chaque cas par l'agent de recherche. Ces informations furent utilisées à l'étape suivante par un panel d'experts pour déterminer l'urgence des cas.

Un panel d'experts ayant participé à la recherche mentionnée précédemment et formé de médecins ayant une expertise en médecine d'urgence et en santé mentale (parce que les problématiques liées à la santé mentale compliquent souvent les décisions) et une expérience des SPU, d'un chercheur du projet et de l'agent de recherche infirmier ayant colligé l'information a examiné chacun des 447 dossiers constitués à l'étape précédente (33 dossiers furent éliminés par manque d'information) et a répondu par consensus à la question suivante : « Si la personne concernée était un proche et tenant compte de toute l'information dont vous disposez, quelle aurait été en rétrospective la meilleure décision parmi les trois possibilités suivantes : priorité 1, priorité 3, priorité moindre (incluant le non-envoi d'ambulance) ». La

proportion des cas urgents fut calculée comme suit : nombre de cas jugés par le panel d'experts comme nécessitant une ambulance en priorité 1 ou 3 divisé par nombre total de cas retenus (447).

RÉALISATION OPÉRATIONNELLE

Étape initiale de l'évaluation: Printemps-Été 2009

Les différentes activités de recherche liées à la présente évaluation ont commencé au mois de mars 2009 par une analyse de la documentation produite dans le cadre de l'initiation et de l'implantation des projets pilotes. Une revue de la littérature sur l'organisation des services ambulanciers en général et plus spécifiquement sur le processus et les effets du changement d'horaires de travail des TAP ainsi que sur le déploiement dynamique des ambulances a été également réalisée pendant cette étape initiale.

L'analyse de la documentation et la revue de la littérature permirent ainsi d'élaborer une première version des modèles logiques des cinq projets pilotes. Ces modèles logiques ont été présentés lors de la première rencontre des partenaires tenue à l'été 2009 à Québec.

Après cette première rencontre des partenaires impliqués dans la démarche d'évaluation des projets pilotes, l'été 2009 fut mis à contribution pour valider les cinq modèles logiques avec les principaux acteurs-clés du processus d'implantation des projets pilotes. Durant les entrevues de validation des modèles logiques, il était également question d'identifier les enjeux organisationnels majeurs auxquels les principaux acteurs-clés du processus faisaient face au cours de la démarche d'implantation. L'identification de ces enjeux était utile pour nous permettre de cibler les différentes thématiques qui seraient pertinentes d'être davantage explorées lors des entrevues prévues ultérieurement sur le terrain.

Les acteurs-clés interpellés pour la validation des modèles logiques et l'identification des principaux enjeux du processus d'implantation furent choisis en fonction de leur connaissance approfondie des projets pilotes et des différents contextes d'implantation. Et de ce fait, il s'agissait soit des porteurs dossiers au niveau des différentes agences de santé et des services sociaux, soit d'autres personnes qui avaient été très impliquées lors de la phase de conception des projets pilotes, dans les cas où les porteurs de dossier actuellement présents n'étaient pas en poste lors de la phase d'initiation des projets pilotes.

Ainsi, dans cette dynamique de validation et d'identification des enjeux du processus d'implantation, huit entrevues furent réalisées pour l'ensemble des cinq régions pilotes. Les entrevues réalisées se répartissent de façon suivante :

- Une entrevue en Gaspésie
- Deux entrevues à Baie-Comeau
- Une entrevue à Québec
- Une entrevue au Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Trois entrevues dans le Nord-du-Québec (la réalisation de trois entrevues dans cette région s'explique par l'existence du volet supplémentaire d'« Intégration Clinique » à ce projet pilote).

Étape de préparation des outils de collecte et de l'approbation du comité d'éthique : Automne 2009

Avec les informations recueillies pendant l'étape initiale, les différents outils de collecte de données pour l'évaluation proprement dite furent élaborés durant l'automne 2009.

C'est également à la même période que le projet de recherche fut soumis à l'approbation du comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal. Toutefois, l'obtention de l'approbation du comité d'éthique nécessitait la présentation d'une documentation supplémentaire qui devrait être obtenue auprès des différents partenaires organisationnels impliqués dans la démarche évaluative. Il s'agissait en effet de l'engagement écrit des cinq agences de santé et des services sociaux précisant qu'elles acceptent de prendre part à la recherche évaluative et à fournir ou faciliter à l'équipe de recherche l'accès aux différentes informations utiles à l'évaluation. Une lettre d'autorisation du MSSS, une lettre émanant de l'AETMIS pour préciser le mandat confié à l'équipe de chercheurs, ainsi que le rajout de certaines précisions aussi bien sur la méthodologie que sur les outils de recherche proposés étaient également d'autres documents qui étaient nécessaires de présenter pour l'obtention de l'approbation du comité d'éthique de la faculté de médecine de l'Université de Montréal.

Ainsi après l'obtention et la transmission de ces différents documents, l'approbation du comité d'éthique donnant l'aval aux chercheurs d'entreprendre la recherche sur le terrain fut obtenue en décembre 2009. Elle est présentée à l'annexe 7 du rapport.

Parallèlement à l'élaboration des outils de collecte et à l'obtention de l'approbation du comité d'éthique, une requête fut adressée au Ministère de Santé et des Services sociaux pour avoir accès à la base de données du SISPUQ. Après quelques échanges avec les agents responsables de cette base de données afin de préciser les différents indicateurs qui nous auraient été utiles pour la réalisation de la présente recherche, ainsi que la période de temps visé, la base contenant les données de chronométrie des cinq régions pilotes nous fut transmise dans les premières semaines de janvier 2010.

Étape de collecte des données sur le terrain : Hiver 2010

Au terme de la phase de préparation des outils de collecte et d'approbation du comité d'éthique, il était donc possible de commencer, en janvier 2010, la planification des visites dans les régions pour effectuer les entrevues et collecter les différentes données nécessaires pour l'analyse de l'implantation, l'analyse économique (détermination des coûts associés à l'implantation des projets pilotes) ainsi que certaines données complémentaires des effets des projets pilotes. Une lettre d'intention fut ainsi adressée aux cinq porteurs de dossiers au niveau des agences de santé et des services sociaux des régions concernées par le projet pilote. Cette lettre spécifiait les objectifs visés par ces visites de terrain et précisait également les différentes personnes que nous voudrions rencontrer en entrevues, ainsi que les documents et autres informations qui étaient pertinents à recueillir pour documenter l'évaluation.

En tenant compte du nombre ainsi que de la disponibilité des différents acteurs visés dans les différentes régions, les visites de terrain furent planifiées et réalisées comme suit :

Région de la Gaspésie : 23 au 26 février 2010

Région de la Côte-Nord : 9 au 11 mars 2010

Région de la Capitale Nationale : 16 au 19 mars 2010

Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean : 23 au 26 mars 2010

Région du Nord-du-Québec : 30 au 31 mars 2010

Région 11 : Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine (Projet pilote du territoire de la Baie-des-Chaleurs)

Le tableau suivant présente les différents acteurs rencontrés dans le territoire de la Baie-des-Chaleurs et montre également le lien entre le contenu de ces rencontres avec les principales composantes de l'évaluation. Le nombre total d'entrevues réalisées dans cette région est de 10.

Tableau 1: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 11

Date de la visite	Acteurs rencontrés	Sujets des entrevues et liens avec les principales composantes de l'évaluation
23 au 26 février 2010	Porteur du dossier à l'agence de la santé (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des visites - Entrevue portant sur le processus d'implantation, l'identification des facteurs explicatifs du processus et la détermination des effets du projet pilote - Recueil des données sur les coûts associés à l'implantation des projets pilotes - Recueil des données sur le kilométrage parcouru par la flotte ambulancière
	Représentants des trois compagnies ambulancières : Service Secours Baie-des-Chaleurs; La Baie; Radisson (3 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue sur le processus d'implantation, les facteurs explicatifs du processus et les effets du projet pilote - Dépôt de 70 formulaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP - Recueil de la liste des TAP de la compagnie pour le suivi des formulaires qui devraient être complétés par les TAP
	1 TAP pour chacune des compagnies ambulancières (3 entrevues)	Entrevue portant sur la perception des TAP sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	Représentant syndical régional (1 entrevue)	Entrevue sur le processus d'initiation du projet pilote, le rôle du syndicat et leur perception sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	DSP et infirmière-chef des urgences de l'hôpital de Maria (1 entrevue)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue portant sur la perception de la qualité des services ambulanciers avec l'implantation du projet pilote - Démarche visant l'obtention de l'autorisation pour avoir accès aux dossiers cliniques des usagers transportés pour la composante « analyse des effets » et « analyse économique » de l'évaluation.

Région 09 : Côte-Nord (Projet pilote du territoire de Baie-Comeau)

Le tableau suivant présente les différents acteurs rencontrés dans le territoire de Baie-Comeau et montre également le lien entre le contenu de ces rencontres avec les principales composantes de l'évaluation. Le nombre total d'entrevues réalisées dans cette région est de 13.

Tableau 2: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 09

Date de la visite	Acteurs rencontrés	Sujets des entrevues et liens avec les principales composantes de l'évaluation
9 au 11 mars 2010	Porteur du dossier à l'agence de la santé (1 entrevue)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des visites - Entrevue portant sur le processus d'implantation, l'identification des facteurs explicatifs du processus et la détermination des effets du projet pilote - Recueil des données sur les coûts associés à l'implantation des projets pilotes - Recueil des données sur le kilométrage parcouru par la flotte ambulancière
	Représentants de la compagnie ambulancière présente sur ce territoire: Ambulance Côte-Nord (1 entrevue)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue sur le processus d'implantation, les facteurs explicatifs du processus et les effets du projet pilote - Dépôt de 22 formulaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP - Recueil de la liste des TAP de la compagnie pour le suivi des formulaires qui devraient être complétés par les TAP
	6 TAP (6 entrevues)	Entrevues portant sur la perception des TAP sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	2 Représentants syndicaux (1 entrevue)	- Entrevue sur le processus d'initiation du projet pilote, le rôle du syndicat et leur perception sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	Deux médecins des urgences de l'hôpital de Baie-Comeau ainsi que la responsable des archives (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue portant sur la perception de la qualité des services ambulanciers avec l'implantation du projet pilote - Obtention de l'autorisation pour avoir accès aux dossiers cliniques des usagers transportés pour la composante « analyse des effets » et « analyse économique » de l'évaluation.
	Responsable de la Centrale de Communication Santé de l'Est du Québec (CAUREQ) (1 entrevue)	Entrevue portant sur le processus d'implantation et les effets du projet pilote et plus particulièrement sur la nature du déploiement dynamique de la flotte ambulancière, ainsi que les enjeux qui y sont associés

Région 03 : Capitale Nationale (Projet pilote du territoire de Portneuf)

Le tableau suivant présente les différents acteurs rencontrés dans le territoire de Portneuf et montre également le lien entre le contenu de ces rencontres avec les principales composantes de l'évaluation. Le nombre total d'entrevues réalisées pour le projet pilote de Portneuf est de 13.

Tableau 3: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 03

Date de la visite	Acteurs rencontrés	Sujets des entrevues et liens avec les principales composantes de l'évaluation
16 au 19 mars 2010	Porteurs du dossier à l'agence de la santé (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des visites - Entrevue portant sur le processus d'implantation, l'identification des facteurs explicatifs du processus et la détermination des effets du projet pilote - Recueil des données sur les coûts associés à l'implantation des projets pilotes - Recueil des données sur le kilométrage parcouru par la flotte ambulancière - Démarche pour l'obtention des autorisations afin d'avoir accès aux dossiers cliniques des usagers transportés pour la composante « analyse des effets » et « analyse économique » de l'évaluation.
	Représentants des quatre compagnies ambulancières: Ambulance Sainte-Catherine, Ambulance Portneuf, Ambulance Benoit, Ambulance Guy Denis (4 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue sur le processus d'implantation, les facteurs explicatifs du processus et les effets du projet pilote - Dépôt des 70 formulaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP - Recueil de la liste des TAP de la compagnie pour le suivi des formulaires qui devraient être complétés par les TAP
	1 TAP pour chacune des compagnies ambulancières (4 entrevues)	Entrevue portant sur la perception des TAP sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	Représentant syndical régional et un ancien représentant syndical qui était également membre du comité Gauthier (2 entrevues)	Entrevue sur le processus d'initiation du projet pilote, le rôle du syndicat et leur perception sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	Responsable de la Centrale de Communication Santé des Capitales (1 entrevue)	Entrevue portant sur le processus d'implantation, les effets du projet pilote et plus particulièrement sur la nature du déploiement dynamique, ainsi que les enjeux associés

Région 02 : Saguenay-Lac-Saint-Jean 02 (Projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Le tableau suivant présente les différents acteurs rencontrés dans le territoire du Saguenay-Lac-Saint-Jean et montre également le lien entre le contenu de ces rencontres avec les principales composantes de l'évaluation. Au Saguenay-Lac-Saint-Jean, le nombre total d'entrevues réalisées est de 12.

Tableau 4: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 02

Date de la visite	Acteurs rencontrés	Sujets des entrevues et liens avec les principales composantes de l'évaluation
23 au 26 mars 2010	Porteur du dossier à l'agence de la santé (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des visites - Entrevue portant sur le processus d'implantation, l'identification des facteurs explicatifs du processus et la détermination des effets du projet pilote - Recueil des données sur les coûts associés à l'implantation des projets pilotes - Recueil des données sur le kilométrage parcouru par la flotte ambulancière - Dépôt des formulaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP
	Représentants des quatre compagnies ambulancières: Ambulance MediNord, Ambulance Mido, Ambulance Medilac, Ambulance SLN (4 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevue sur le processus d'implantation, les facteurs explicatifs du processus et les effets du projet pilote - Dépôt de 110 questionnaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP - Recueil de la liste des TAP de la compagnie pour le suivi des formulaires qui devraient être complétés par les TAP
	1 TAP pour chacune des compagnies ambulancières (4 entrevues)	Entrevue portant sur la perception des TAP sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	2 représentants syndicaux régionaux (1 entrevue)	Entrevue sur le processus d'initiation du projet pilote, le rôle du syndicat et leur perception sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	Directeur médical des services préhospitaliers d'urgence (1 entrevue)	Entrevue portant sur la qualité des soins fournis aux usagers depuis l'implantation du projet pilote et organisation pour l'obtention des autorisations d'accès aux dossiers des usagers transportés par les compagnies ambulancières impliquées dans le projet pilote.

Région 10 : Nord-du-Québec (Projet pilote de Chapais-Chibougamau)

Le tableau 5 présente les différents acteurs rencontrés dans le territoire de Chapais et Chibougamau et montre également le lien entre le contenu de ces rencontres avec les principales composantes de l'évaluation. Le nombre total d'entrevues réalisées pour le projet pilote de Chapais-Chibougamau est de 10.

Tableau 5: Réalisation opérationnelle de la recherche dans la région 10

Date de la visite	Acteurs rencontrés	Sujet des entrevues et liens avec les principales composantes de l'évaluation
30 au 31 mars 2010	Porteur du dossier à l'agence de la santé (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> - Organisation des visites - Entrevue portant sur le processus d'implantation, l'identification des facteurs explicatifs du processus et la détermination des effets du projet pilote - Recueil des données sur les coûts associés à l'implantation des projets pilotes - Recueil des données sur le kilométrage parcouru par la flotte ambulancière - Dépôt des formulaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP - Obtention de l'autorisation pour avoir accès aux dossiers cliniques des usagers transportés pour la composante « analyse des effets » et « analyse économique » de l'évaluation.
	Représentants de la compagnie ambulancière présente sur ce territoire: Ambulance SLN (1 entrevue)	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevue sur le processus d'implantation, les facteurs explicatifs du processus et les effets du projet pilote - Recueil de la liste des TAP de la compagnie pour le suivi des formulaires qui devraient être complétés par les TAP
	3 TAP (3entrevues)	Entrevues portant sur la perception des TAP sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail
	2 Représentants syndicaux et un cadre de l'agence de santé initiateur du projet pilote (2 entrevues)	<ul style="list-style-type: none"> -Entrevue sur le processus d'initiation du projet pilote, le rôle de l'agence et de l'hôpital. - Leur perception sur le projet pilote, le processus d'implantation, les effets du projet pilote sur le temps de réponse ainsi que sur leurs conditions de vie et de travail - Dépôt de 12 questionnaires de satisfaction pour distribution auprès des TAP
	Directeur médical des services préhospitaliers d'urgence à l'agence de santé (1 entrevue)	-Entrevue portant sur la perception de la qualité des services ambulanciers avec l'implantation du projet pilote ainsi que sur les enjeux de la mise en œuvre du volet « Intégration Clinique » du projet pilote.
	Directeur des soins infirmiers et DRH de l'hôpital (1 entrevue)	Entrevue portant sur les enjeux du processus d'implantation du volet « Intégration Clinique » du projet pilote de Chapais-Chibougamau.

Collecte des données pour estimer la proportion de cas urgents

Le tableau 6 présente la chronologie de la collecte des informations cliniques dans les dossiers des usagers de l'échantillon aléatoire de 480 cas où l'ambulance avait été envoyée en priorité 1 ou 3. Trente-trois cas ont été rejetés parce que les données n'étaient pas disponibles ou étaient incomplètes. L'échantillon final examiné par le panel d'experts comprenait donc 447 cas. Le panel d'experts s'est réuni sept fois (cinq jours au total) pour examiner l'ensemble des cas.

Tableau 6: Collecte des données cliniques des usagers transportés par les services ambulanciers

Région/Territoire	Date de la visite	Établissements/installations de santé visés	Nombre de dossiers cliniques consultés
Gaspésie/Baie-des-Chaleurs	29 au 1 ^{er} mars 2010	○ CSSS de la Baie-des-Chaleurs - Hôpital de Maria	70
Côte-Nord/Baie-Comeau	6 au 8 avril 2010	○ CSSS de Manicouagan - Hôpital le Royer	70
Nord-du-Québec/Chapais-Chibougamau	28 au 30 avril 2010	○ CRSSS de la Baie-James - Centre de santé de Chibougamau	70
Capitale Nationale/Portneuf	11 au 13 mai 2010	○ Institut de cardiologie et de pneumologie de Québec ○ CHUQ – Pavillon CHUL ○ CHUQ – Pavillon L'Hôtel-Dieu de Québec ○ CHUQ – Pavillon Saint-François d'Assise ○ CHAUQ - Hôpital de l'Enfant-Jésus ○ CHAUQ - Hôpital du Saint-Sacrement	160
Saguenay-Lac-Saint-Jean	Juin 2010	○ CSSSS Cléophas-Claveau - Hôpital de La Baie ○ CSSSS Domaine-du-Roy - Hôpital de Roberval ○ CSSS Maria-Chapdelaine - Hôpital de Dolbeau-Mistassini ○ CSSS de Chicoutimi - Hôpital de Chicoutimi ○ CSSS de Lac-Saint-Jean-Est - Hôpital d'Alma	110

Le tableau 7 présente le classement des cas de l'échantillon en fonction de la priorité qui leur avait été attribuée par le système de tri (décision de tri) et la priorité correspondant à leur besoin réel (urgence réelle) attribuée par le panel d'experts. La proportion des cas urgents parmi les cas classés en priorité 1 ou 3 par le système de tri téléphonique est donc de 40% : selon le panel d'experts, 14% des cas avaient besoin d'une ambulance en priorité 1 et 26% des cas avaient besoin d'une ambulance en priorité 3. Ces proportions seront utilisées plus loin pour le calcul des coûts liés à la réduction des temps de réponse pour les cas urgents (voir section « Analyse transversale »).

Tableau 7: Urgence réelle des cas selon le panel d'experts

Urgence réelle \ Décision de tri	1	3	Autre	Total
1	53 (53/311 = 17%)	75 (75/311 = 24%)	183 (183/311 = 59%)	311
3	7 (7/133 = 5%)	33 (33/133 = 25%)	93 (93/133 = 70%)	133
Total	60 (60/444 = 14%)	108 (108/444 = 24%)	276 (276/444 = 62%)	444

RÉSULTATS

Dans cette section du rapport, nous présentons les résultats de la recherche en fonction des trois composantes principales de l'évaluation (analyse de l'implantation, analyse des effets et analyse économique) et pour chacun des projets pilotes considérés ici comme les 5 cas à l'étude.

Mais avant d'aller plus en profondeur dans la présentation des résultats, nous allons décrire brièvement la région concernée ainsi que le contexte organisationnel local dans lequel le projet pilote a été élaboré. Par la suite, nous allons présenter les résultats de la première composante de l'évaluation à savoir l'analyse de l'implantation. Pour cette composante de l'évaluation, nous présentons le modèle logique élaboré pour chacun des projets pilotes et nous indiquons la date de début du processus d'implantation et nous présentons les ressources humaines mobilisées, la transformation des horaires de travail des TAP effectuée, le déploiement et/ou le positionnement stratégique réalisé, les équipements rajoutés, le financement obtenu ainsi que les facteurs qui ont influencé le processus d'implantation. Il y a lieu de préciser que les données qui portent sur cette composante de l'évaluation se rapportent aux données qui ont été collectées durant nos entrevues effectuées sur le terrain à l'hiver 2010.

Les résultats de la deuxième composante de l'évaluation incluent les effets des projets pilotes sur le temps de réponse ambulancier et sur la qualité de vie au travail des TAP. Les effets sur le temps de réponse comprennent la description du profil de répartition des appels en fonction du code de priorité, l'analyse des données de chronométrie des transports effectués et l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse des interventions qu'ils effectuent. Alors que pour les effets en lien avec la qualité de vie au travail des TAP, nous présentons les résultats du sondage de satisfaction réalisé auprès des TAP, leur perception sur l'amélioration de leur condition de vie et de travail ainsi que la perception de certains professionnels hospitaliers sur la qualité des services fournis par les TAP.

Pour les résultats de la troisième composante de l'évaluation, l'évaluation économique, nous ne présenterons dans cette section que l'évolution des coûts standardisés suite à l'implantation des projets pilotes dans chacune des régions. La discussion relative à l'analyse économique proprement dite sera présentée dans la section « Analyse transversale » du rapport.

Par ailleurs, les données détaillées sur l'ensemble des coûts standardisés pour chaque région et chaque compagnie ambulancière sont présentées à l'annexe 8 du rapport.

Projet pilote de la Gaspésie (Territoire de la Baie-des-Chaleurs)

Présentation de la région

Le projet pilote de transformation des horaires de travail et de déploiement dynamique en Gaspésie couvre le territoire de la Baie-des-Chaleurs et plus spécifiquement les zones ambulancières de Paspébiac-Bonaventure (zone 111), New Richmond-Caplan (zone 112) et de Maria-Carleton-Nouvelle (zone 113). Ces trois zones ambulancières sont situées le long de la route 132 sur une distance linéaire de 140 km.

Le territoire de la Baie-des-Chaleurs est desservi par trois compagnies ambulancières :

- Service Secours Baie-des-Chaleurs
- La Baie
- Radisson

On note également la présence d'un CSSS situé dans la municipalité de Maria qui dispose d'une urgence fonctionnelle 24h/24 et 7j/7.

Contexte d'initiation du projet pilote

L'idée de transformation des trois zones ambulancières du territoire de la Baie-des-Chaleurs qui sont toutes affiliées au regroupement syndical FTQ, remonte à 2005. À cette période, des TAP de ces zones avaient formé un comité pour initier ce processus de transformation en recherchant l'appui des différents conseillers municipaux de la région ainsi que celui des représentants nationaux du syndicat de la FTQ. À noter que parallèlement à cette initiative menée en Gaspésie, d'autres initiatives devant favoriser la transformation des horaires de travail des TAP se faisaient également dans d'autres régions du Québec. Le projet de transformation des horaires de travail des TAP de la Gaspésie est de ce fait l'un des 5 projets pilotes issus des travaux du comité technique provincial sur la transformation des horaires de travail et de déploiement dynamique des ambulances.

Après la publication du rapport Gauthier en 2007, la direction des services préhospitaliers de l'agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie-Îles-De-La-Madeleine initia la mise en place d'un comité directeur technique dont le mandat principal était la préparation et l'accompagnement du processus d'implantation du projet pilote. Ce comité directeur formé en novembre 2007 était formé des représentants de l'agence de la santé, les représentants des entreprises ambulancières des zones concernées par le projet pilote, les représentants syndicaux régionaux et parfois nationaux des TAP des trois zones ambulancières, ainsi que de certains membres de la Centrale de Communication Santé (CAUREQ).

Entre novembre 2007, période à laquelle fut mis en place le comité et octobre 2008, date à laquelle débuta officiellement le projet pilote, le comité directeur s'attela à préparer les différentes ententes opérationnelles (plan et scénarios de positionnement, les procédures de recrutement et d'affichage des postes, les contrats de services...) qui devaient régir le processus d'implantation du projet pilote dans les zones concernées. Le document « Plan d'affaires » élaboré en décembre 2007, et qui

reprend l'essentiel des paramètres de conception et d'organisation du projet pilote constitue aussi une des réalisations du comité directeur technique.

Également pendant cette période de pré-implantation, des démarches furent effectuées par les syndicats et les entreprises ambulancières afin de recruter le personnel ambulancier requis pour l'implantation du projet pilote. C'est dans ce cadre que des visites dans les CEGEP de la région, ainsi que dans d'autres CEGEP des régions avoisinantes (Québec et Rivière-du-loup) furent effectuées afin d'encourager les finissants des AEC en techniques ambulancières à venir travailler dans la région de la Baie-des-Chaleurs. Des initiatives parallèles pour permettre de recruter des TAP d'expériences et qui exerçaient dans d'autres régions furent également réalisées par le comité directeur.

Modélisation logique

Le projet pilote de la Gaspésie vise principalement l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières et de la qualité de vie au travail des TAP. L'atteinte de ces objectifs passe par la transformation des horaires de faction en horaire à l'heure ainsi que par le positionnement stratégique des ambulances sur le territoire desservi. La transformation des horaires de travail qui a une influence directe sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP nécessite le recrutement de 30 nouveaux TAP. Alors que le positionnement stratégique des ambulances à certains points définis du territoire desservi influence principalement la couverture et la disponibilité des ambulances. Le positionnement stratégique requiert l'implication des ressources de la centrale de communication santé, la CAUREQ en l'occurrence dans le cas du projet pilote de la Gaspésie. Le phénomène «Air Time» en lien avec la qualité limitée des moyens de communication en Gaspésie vient influencer le positionnement stratégique en entraînant un délai dans l'acheminement de l'appel de la centrale à l'ambulancier.

Par ailleurs, la qualité du tri téléphonique effectuée par la CAUREQ pour la répartition des ambulances a une influence directe sur la disponibilité et la couverture et une influence indirecte sur le temps de réponse.

Enfin, la mise en relation entre l'amélioration du temps de réponse avec les coûts investis permet d'améliorer l'efficacité globale du système.

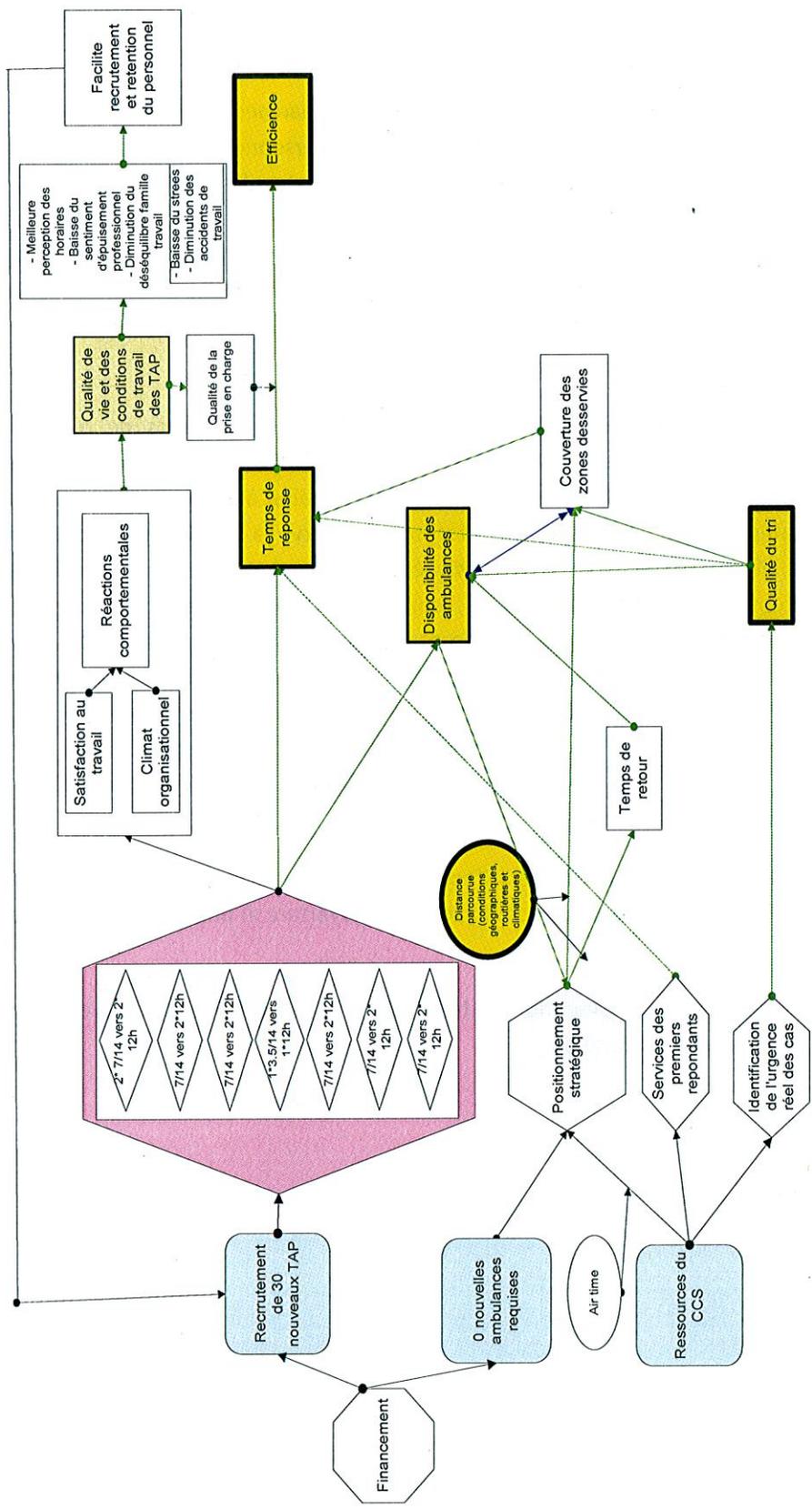


Figure 1: Modèle logique du projet pilote de Gaspésie

Implantation du projet pilote

Au fil des différentes rencontres du comité directeur et compte tenu de l'état d'avancement des travaux préparatoires, il fut décidé de démarrer l'implantation du projet pilote de la Gaspésie le 5 octobre 2008.

Ressources humaines

Concernant les ressources humaines (TAP) pour l'implantation du projet pilote, il était essentiel de trouver 30 nouveaux TAP pour combler tous les postes temps plein et temps partiel requis pour la transformation des 7 horaires et demi de faction en horaires à l'heure. Et à la date du 5 octobre, cette condition n'était entièrement remplie. Il manquait en effet, six postes de TAP à combler dans une des trois entreprises concernées par le projet pilote. Toutefois, en attendant la sortie des TAP qui étaient en formation dans les CEGEP de Québec et de Rivière-du-Loup, les représentants des syndicats et des autres entreprises ambulancières impliquées dans le projet pilote prirent l'engagement de faire le nécessaire pour combler au besoin les postes manquants. Cet engagement qui, devait passer par une offre de disponibilité des TAP pour faire des heures supplémentaires, permit donc au projet pilote de démarrer sur l'ensemble du territoire de la Baie-des-Chaleurs à la date du 5 octobre 2008.

Par la suite au mois de novembre 2008, les six postes de TAP qui manquaient lors du démarrage du projet pilote furent comblés. Et de ce fait, à partir de novembre 2008, l'ensemble des ressources humaines nécessaire à l'implantation du pilote était disponible.

Transformation des horaires

Les 7 horaires de faction et demi des trois zones concernées par le projet pilote furent également transformés, à la date officielle de démarrage du pilote, en horaire à l'heure. Les deux horaires de faction de Paspébiac et l'horaire de faction à Bonaventure furent transformés en 3 horaires de 12 heures à l'heure. L'horaire et demi de faction de New Richmond et de Caplan fut également transformé en un horaire de 12 heures à l'heure et un autre demi-horaire à l'heure. Les trois horaires de faction de la zone 113 soit celle de Maria, Carleton et Nouvelle furent transformés aussi en 3 horaires de 12 heures à l'heure.

Positionnement stratégique

Les points d'attente des ambulances pour chacune des zones furent suggérés par les entreprises ambulancières et les syndicats de TAP à la centrale de communication santé (CAUREQ). Le choix et la priorité accordés à chacun des points d'attente s'appuyaient principalement sur le volume et le nombre d'appels dans chaque zone. Toutefois, un an environ après le démarrage du projet pilote, des modifications furent apportées sur le niveau de priorité attribué à certains points d'attente. Ainsi, dans la zone 111 de Paspébiac, on procéda à une inversion des points d'attente prioritaires. Le point d'attente prioritaire 01 fut transformé en point d'attente prioritaire 03 et le point d'attente prioritaire 03 devint le point d'attente prioritaire 01. Cette modification s'expliquait par le fait que le nombre d'appels dans la zone 111-03 était plus important.

Cependant, au-delà de la définition des points d'attente à certains endroits du territoire comme le stipulait les paramètres de conception du projet pilote, il est ressorti dans les faits que dans deux

des trois zones concernées par le projet pilote, les TAP sont restés en attente, non pas dans les ambulances au niveau des points d'attente, mais plutôt dans les casernes. Ces dernières étant situées, selon certaines personnes rencontrées dans les compagnies ambulancières, non loin des points d'attente définis par le comité directeur et la CAUREQ.

Cette situation d'attente aux casernes dans ces deux zones ambulancières a perduré pendant une année, soit de la période de démarrage du pilote en octobre 2008 jusqu'au mois de novembre 2009. À cette date, l'agence de la santé demanda formellement aux compagnies ambulancières et aux TAP de respecter les paramètres initiaux du projet et de rester par conséquent en attente non pas dans les casernes, mais plutôt dans les ambulances au niveau des points d'attente prioritaires définis par la CAUREQ.

Par ailleurs, compte tenu des limites techniques des moyens de communication entre la centrale de communication santé et les TAP, il n'a pas été possible d'effectuer un véritable déploiement dynamique interzone dans les différentes zones concernées par le projet pilote. Le déploiement réalisé est intrazone et il s'agit davantage d'un positionnement stratégique des ambulances sur le territoire couvert que d'un véritable déploiement dynamique. Ce faisant, chacune des compagnies ambulancières couvre sa propre zone ambulancière à partir des points d'attente prioritaires qui lui ont été assignés par le comité. Mais au besoin et selon les circonstances, une ambulance qui couvre les points prioritaires 2 ou 3 d'une zone donnée peut aller couvrir une autre zone limitrophe lorsque le point prioritaire 1 de cette zone est à découvert.

Ambulances et autres équipements

Aucune nouvelle ambulance n'a été rajoutée avec le projet pilote. Mais compte tenu de l'existence de nombreux cas de transferts interétablissement au niveau de la zone 113, où se trouve le Centre Hospitalier de la Baie-des-Chaleurs, un véhicule ambulancier fut équipé d'un moniteur défibrillateur afin de pallier éventuellement le manque d'ambulances lors des transferts de longue durée vers d'autres établissements de santé de la région de la Gaspésie ou des autres régions avoisinantes.

Moyens de communication

Le projet pilote gaspésien prévoyait également de renouveler les moyens de communication utilisés entre la CAUREQ et les TAP, et ce, afin de limiter les délais occasionnés par le phénomène de « l'air time » sur la transmission des communications. Mais cette composante du projet pilote n'a pas pu être réalisée. Pour cause, les représentants de l'agence de la santé indiquent qu'un autre projet d'envergure plus importante, le « RENIR » et qui implique d'autres ministères dont celui de la Sécurité publique, devrait être initié afin d'accroître la fonctionnalité des moyens de communication utilisés aussi bien par les services ambulanciers que par d'autres services publics. La phase d'implantation pilote de ce projet « RENIR » devrait commencer par la Gaspésie courant 2010 pour être par la suite étendue à l'ensemble de la province en 2014.

Financement

Le financement nécessaire à l'implantation du projet pilote tel que précisé dans le rapport Gauthier a été obtenu dès le début du processus. Le dépassement du montant initialement prévu dans le rapport Gauthier a été également payé par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Par

conséquent, les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet pilote ont été obtenues.

Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation du projet pilote

Le projet pilote de transformation des horaires de travail des TAP et de positionnement dynamique émane essentiellement d'une démarche syndicale. D'autres acteurs concernés par le projet pilote, notamment certains représentants des compagnies ambulancières, n'ont pas été consultés lors des étapes d'initiation et de conception du projet pilote. Ils estiment aussi que l'origine essentiellement syndicale du projet pilote explique la surreprésentation du milieu syndicale dans le comité directeur chargé de l'implantation du projet pilote. Toutes choses qui auraient, selon eux, favorisé le fait que dans deux des trois zones ambulancières concernées par le projet pilote, les TAP sont restés dans les casernes et non dans les camions, et ce, contrairement aux recommandations issues des lignes directrices prévues dans le devis d'implantation du projet pilote. En effet, lors de la phase de négociation pour l'acceptation du projet par les TAP, certains représentants syndicaux avaient donné l'assurance aux TAP qu'ils pouvaient rester en attente dans les casernes pour répondre aux appels. Et c'est dans cette logique qu'une fois le projet pilote mis en œuvre, les TAP avaient formulé une demande au comité directeur via leurs représentants syndicaux afin de rester en attente dans les casernes.

Par la suite la mesure prise par l'agence de santé demandant aux TAP de retourner dans les ambulances et de rester positionné aux points d'attente prédéfinis par la centrale, a entraîné une vague de mécontentement au sein des TAP. Mécontentement qu'ils ont exprimé d'une part par la rédaction et la transmission de pétitions signées dans lesquelles certains TAP s'insurgeaient contre les conditions d'attente dans les ambulances, et d'autre part par la mobilisation du milieu politique municipal et des médias locaux afin que ces derniers interviennent en leur faveur afin de faire changer la décision prise par l'agence. Les TAP expliquent en effet qu'il leur était difficile de rester assis dans les ambulances aux points d'attente pendant 12 heures sans avoir la possibilité d'attendre, à certains moments de leur quart de travail, dans les casernes qui sont situées non loin des points d'attente.

Toujours dans le même ordre d'idées, la présence des TAP de deux des trois compagnies ambulancières dans les casernes au cours de la première année d'implantation du projet pilote, tandis que ceux de la troisième compagnie avaient l'obligation de rester dans les ambulances aux points d'attente, a entraîné une frustration au niveau des TAP de la troisième compagnie ambulancière. Compte tenu de la situation qui obligeait les TAP de cette compagnie à rester dans les ambulances et à ne pas se déplacer des points d'attente prioritaires, les représentants de la compagnie mentionnent que certains TAP refusaient de ce fait de venir aux différentes pratiques de maintien des compétences qu'ils sont censés effectuer durant leur semaine de repos.

Plusieurs intervenants rencontrés considèrent aussi le projet pilote comme un projet rassembleur qui a permis de faire travailler des entités organisationnelles qui n'avaient pas l'habitude de travailler ensemble. Mais qu'à cela ne tienne, certains représentants des compagnies ambulancières auraient voulu avoir plus de souplesse dans l'application des projets pilotes en leur permettant

d'expérimenter de nouvelles façons de faire, comme la répartition interzone des ambulances ou encore l'attente à proximité des casernes. Également, ils estiment que l'agence de santé aurait pu davantage les aider dans la gestion des tensions issues de la demande de réintégration des TAP dans les camions ambulanciers.

Selon un représentant d'une compagnie ambulancière, la planification du projet suivant des considérations principalement syndicales constitue un autre facteur qui a influencé l'offre de services adéquats et appropriés à la population de la région de la Gaspésie. Les trois zones qui ont été retenues pour le projet pilote sont des zones qui sont affiliées à la FTQ. Selon ce représentant de la partie patronale, il aurait été plus pertinent d'adopter une vision plus régionale et moins syndicale lors du choix des zones ambulancières en initiant notamment la transformation d'autres zones ambulancières qui ont une densité populationnelle et un nombre d'appels urgents plus importants, mais qui ne sont pas nécessairement affiliées à la FTQ.

Le manque de ressources technologiques adéquates et d'expertise antérieure de positionnement des véhicules ambulanciers au niveau de la centrale de communication santé a également influencé le processus d'implantation ainsi que la production des effets attendus du projet pilote. Depuis le début du processus d'implantation, la centrale de communication santé ne dispose pas de cartographie informatisée pour faciliter les déplacements et répartitions interzones des ambulances sur tout le territoire concerné par le projet pilote. Les moyens de communication limités entre la centrale et les TAP n'aident pas non plus dans la répartition, car les TAP ne peuvent interagir directement avec les préposés de la centrale et leur indiquer leur position ou encore leur faire des suggestions de repositionnement en cas d'oubli de la part de la centrale.

Effets du projet pilote

Temps de réponse

Cette section inclut des données sur le nombre et la distribution selon le code de priorité des appels, des données sur la durée de transport (entre le lieu de l'incident et l'hôpital), les résultats de l'analyse proprement dite des données de chronométrie ainsi que l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse.

Description de la distribution du nombre d'appels

Entre mai-octobre 2007 et mai-octobre 2009, on note une faible augmentation du nombre total d'appels pour des transports ambulanciers dans les zones concernées par le projet pilote de Gaspésie. Lorsque le nombre d'appels est apprécié sur l'étendue d'une année entière, on constate par contre une diminution totale du nombre d'appels de l'ordre de 13%. La comparaison de la répartition des appels selon le code de priorité indique dans les deux cas une hausse des appels de code 3.

Le tableau suivant présente plus en détail la distribution du nombre d'appels entre les deux périodes à l'étude et selon les années 2007 et 2009.

Tableau 8: Distribution du nombre d'appels en fonction du code de priorité (Gaspésie)

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1	1542 (42,6)	1227 (39,0)	-3,6 ⁽¹⁾	708 (39,8)	730 (40,1)	-0,3 ⁽¹⁾
3	254 (7,0)	434 (13,8)	+6,8 ⁽¹⁾	162 (9,1)	229 (12,6)	+3,5 ⁽¹⁾
Sous-total	1796 (49,6)	1661 (52,8)	+3,2 ⁽¹⁾	870 (48,9)	959 (52,7)	+3,8 ⁽¹⁾
Autres codes	1823 (50,4)	1483 (47,2)	-3,2 ⁽¹⁾	910 (51,1)	863 (47,4)	-3,7 ⁽¹⁾
Total	3619 (100,0)	3144 (100,0)	-13,1 ⁽²⁾	1780 (100,0)	1822 (100,0)	+2,4 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité : $\%_{2009} - \%_{2007}$

(2) Variation relative du nombre d'appels : $(N_{2009} - N_{2007}) / N_{2007}$

Par ailleurs, le tableau 9 indique que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence de temps de réponse objectivée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis. Pour les appels de priorité 1, la durée du transport du lieu d'incident vers l'hôpital était de 15,3 mn en 2007 et de 15,1 mn en 2009. Pour les appels de priorité 3, cette durée de transport était de 16,0 mn en 2007 et de 17,6 mn en 2009.

Tableau 9: Description de la distribution de la durée des transports (Gaspésie)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)	ÉTÉ 2007		ÉTÉ 2009		P
	N	Moy (méd)	N	Moy (méd)	
Durée du transport vers l'hôpital					
Code 1	708	15,25 (13,0)	730	15,12(13,0)	0,83
Code 3	162	16,04 (16,0)	229	17,57 (15,0)	0,17

Analyse des données de chronométrie

En ce qui a trait aux données de chronométrie, nous avons trouvé une amélioration statistiquement significative du délai de mise en route qui est la période de temps entre la réception de l'appel de la centrale et le départ des TAP. Pour la période de mai à octobre 2007 qui représente la période pré de cette évaluation, la moyenne du délai de mise en route pour les appels de priorité 1 était de 4,80 mn tandis qu'aux mêmes dates en 2009, soit un après l'implantation du projet pilote (période post de l'évaluation), la moyenne de ce délai était de 2,19 mn, soit une diminution de 2,61 mn. Pour les appels de priorité 3, le délai moyen était de 4,79 mn en mai et octobre 2007, tandis que pour la même période en 2009, cette moyenne était de 2,25 mn.

Par contre il n'y a pas eu de changement significatif sur la durée de déplacement, c'est-à-dire entre le départ des TAP après la réception de l'appel et leur arrivée sur le lieu de l'incident. Pour les appels de priorité 1, la moyenne pour cette période était de 6,32 mn en mai et octobre 2007 et de 6,57 mn en mai et octobre 2009. Pour les appels de priorité 3, la moyenne pour la durée de déplacement des TAP était de 6,44 mn en 2007 et de 6,42 mn en 2009.

Pour le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident qui est la somme des deux premiers délais, nous avons constaté une amélioration significative du temps de réponse entre les deux périodes à l'étude. Pour les appels de priorité 1, on est passé d'une moyenne de 11,37 mn en 2007 à une moyenne de 8,72 mn en 2009 (diminution de 2,66 mn), tandis que pour les appels de priorité 3, la moyenne du délai d'arrivée sur le lieu d'incident est passée de 11,23 mn à 8,67 mn (diminution de 2,57 mn). En associant les appels codés 1 et 3, on trouve aussi une diminution significative du délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident de 2,64 mn.

Par ailleurs, le pourcentage de personnes prises en charge selon le temps de référence utilisé pour l'offre de services préhospitaliers d'urgence a augmenté suite à l'implantation du projet-pilote. Pour les appels de priorité 1, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 8 mn² est passé de 26,4% à 53,6% entre les périodes pré (mai et octobre 2007) et post (mai et octobre 2009) de l'évaluation. Pour les appels de priorité 3, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 10 mn est passé de 43,5% en 2007 à 70% en 2009.

² 8 et 10 mn constituent les temps de référence utilisés dans la littérature pour la prise en charge des appels de priorité 1 et 3, respectivement.

Enfin, mentionnons que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence observée entre les temps de réponse des deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels les appels ont été émis.

Le tableau suivant présente les résultats détaillés de l'analyse des données de chronométrie pour le projet pilote de la Gaspésie.

Tableau 10: Données de chronométrie (Gaspésie)

Indicateurs de chronométrie (en minutes) [†]	N	ÉTÉ 2007 Moy [méd] (IC 95%)	N	ÉTÉ 2009 Moy [méd] (IC 95%)	$\Delta^{\dagger\dagger}_{2009/2007}$ (IC 95%)	p
A. Délai de mise en route						
Code 1	704	4,80 [5,0] (4,59; 5,01)	723	2,19 [2,0] (1,97; 2,41)	-2,61 (-2,91; -2,30)	<0,0005
Code 3	161	4,79 [5,0] (4,41; 5,17)	227	2,25 [2,0] (1,98; 2,51)	-2,54 (-3,00; -2,08)	<0,0005
B. Durée du déplacement vers le lieu de l'incident						
Code 1	706	6,32 [5,0] (5,82; 6,82)	721	6,57 [5,0] (6,04; 7,10)	+ 0,25 (-0,48; +0,99)	0,50 0,97
Code 3	161	6,44 [5,0] (5,63; 7,25)	227	6,42 [5,0] (5,60; 7,23)	-0,02 (-1,20; +1,16)	
C. Délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident						
Code 1	706	11,37[10,0] (10,73; 12,02)	720	8,72 [7,0] (8,15; 9,29)	-2,66 (-3,52; -1,80)	<0,0005
Code 3	161	11,23[10,0] (10,33; 12,13)	227	8,67 [7,0] (7,78; 9,55)	-2,57 (-3,86; -1,27)	<0,0005
Codes 1+3	867	11,34[10,0] (10,79; 11,90)	947	8,70 [7,0] (8,22; 9,19)	-2,64 (-3,37; -1,91)	<0,0005
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	RR _{2009/2007} (IC 95%)	P
D. % selon les temps de référence[‡]						
≤8 min (code 1)	706	26,4% (23,1; 29,6)	720	53,6% (50,0; 57,3)	2,04 (1,77; 2,34)	<0,0005
≤10 min (code 3)	161	43,5% (35,7; 51,2)	227	70,0% (64,0; 76,1)	1,61 (1,32; 1,96)	<0,0005

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mis en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D)

†† : Différence de moyenne (Moy₂₀₀₉-Moy₂₀₀₇)

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence utilisés

Analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse

Étant donné la transformation complète des horaires de travail des TAP de la faction à l'heure, les TAP rencontrés estiment qu'il y a un gain substantiel sur le temps de réponse des interventions ambulancières. Selon eux, ce gain s'explique par le fait qu'ils n'ont plus à se déplacer de leur domicile pour se rendre à la caserne, rencontrer leur coéquipier, prendre le véhicule ambulancier et se rendre au lieu de l'appel.

Les TAP rencontrés estiment qu'avec le passage des horaires de faction aux horaires à l'heure, ils arrivent plus rapidement sur les lieux d'appel, ce qui leur offre plus d'opportunités de réaliser certaines manœuvres de réanimation qu'ils n'étaient pas en mesure de réaliser auparavant lorsqu'ils étaient en faction. À titre d'exemple, certains TAP mentionnent qu'avec l'arrivée du projet pilote, ils sont finalement parvenus à effectuer et à réussir une manœuvre de défibrillation cardiaque ou encore à donner des médicaments qu'ils n'auraient pas pu donner auparavant, parce qu'ils arrivaient tardivement sur les lieux d'intervention.

Par ailleurs, les TAP expriment des propos qui suggèrent une nette amélioration du temps de réponse et de la qualité des services qu'ils fournissent à la population.

« Le temps de réponse grandement amélioré » (G111, 35 ans, 9 ans d'expérience)

« Je trouve bien l'amélioration du temps de réponse. Ceci est très important pour le patient qui est le but de notre travail » (G113, 21 ans, 1 an d'expérience)

« L'amélioration des soins aux patients et la diminution du temps de réponse lors d'une urgence est très importante pour moi. La qualité des soins est meilleure et permet un rétablissement plus rapide des patients » (G314, 30 ans, 1 an d'expérience)

« Améliorer de beaucoup le temps de réponse. Depuis le projet pilote, des vies ont été sauvées.....Moi, j'appelle ça, un horaire normal de travail » (G33, 39 ans, 10,5 ans d'expériences)

Toutefois, le fait que dans deux des trois zones ambulancières concernées par le projet pilote, les TAP sont restés pendant environ un an en attente non pas dans les ambulances aux points d'attente prioritaire, mais plutôt en caserne, a dû limiter l'amélioration du temps de réponse. En effet, l'attente dans les casernes qui sont situées à une distance non négligeable de la route principale à partir de laquelle sont rejoints les différents endroits couverts par la compagnie ambulancière a pu entraîner un certain délai dans la mise en route de certaines interventions ambulancières.

Qualité de vie au travail des TAP

Sondage de satisfaction auprès des TAP³

En Gaspésie, sur les 70 TAP concernés par le projet pilote et auxquels les questionnaires ont été envoyés, 39 d'entre eux nous ont retourné le questionnaire rempli, ce qui représente un taux de réponse de 55,71%.

L'analyse de la dimension « satisfaction personnelle » des TAP, qui regroupe les 7 premières questions du questionnaire, fait ressortir un score moyen de 4,11. Ceci signifie qu'en matière de contribution à la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients, les TAP se disent dans l'ensemble « Satisfaits ». Lorsque l'on demande à ceux qui étaient présents avant l'implantation du projet pilote, leur perception du changement de la situation relativement à cette dimension, le score moyen est de 3,69, ce qui traduit une situation perçue comme « Améliorée ».

Pour la dimension de la « satisfaction liée à la charge de travail », qui comprend les questions 8, à 12 du questionnaire, les analyses font ressortir une moyenne de 3,74, ce qui représente un niveau « Satisfait ». Dans l'ensemble des questions incluses dans cette dimension, on remarque que la réponse à la question liée aux conditions d'attente des TAP dans les ambulances (question 11) est celle qui a la moyenne la plus faible. Elle est de 2,72, ce qui représente un niveau de satisfaction situé à un niveau « Neutre » sur l'échelle utilisée. La moyenne du niveau de changement perçu est de 3,51, dénotant une situation « Améliorée ». Il convient de noter que la question liée aux conditions d'attente génère le niveau de satisfaction le moins élevé, avec un score moyen de 2,45 sur l'échelle de mesure utilisée.

La moyenne de la dimension de la « satisfaction liée au support professionnel » (questions 13 à 19) est de 3,83 (« Satisfait ») tandis que la moyenne de la perception du changement sur cette dimension entre la période d'avant et d'après implantation est de 3,36 (« Neutre »).

Relativement à la dimension de la « satisfaction par rapport à la paie et aux perspectives d'avenir » (questions 20 à 24), les analyses font ressortir une moyenne de 3,78 (« Satisfait »). Pour la même dimension, la moyenne de la perception de changement entre la période avant l'implantation et celle d'après, la moyenne est de 3,24 (« Neutre »). Le faible niveau de cette moyenne est influencé par la question liée à la planification des horaires des TAP, pour laquelle on observe une moyenne de 2,91.

Enfin pour la dimension de la « satisfaction associée à la formation » (questions 25 et 26), la moyenne observée est de 3,33 (« Neutre »), tandis que la moyenne de la perception de changement sur cette dimension avec l'implantation du projet pilote est de 3,2 (« Neutre »). Ces moyennes sont surtout influencées par les réponses apportées à la question liée aux opportunités de formation dont disposent les TAP dans l'exercice de leur travail; la moyenne pour cette question est de 2,97, alors que pour le changement entre les deux périodes à l'étude, la moyenne est de 3,05.

³ Nous présentons l'ensemble des résultats du sondage réalisé en mettant un accent sur les moyennes des réponses qui se sont avérées inférieures ou égales à 3.

Nous présentons dans les tableaux qui suivent la distribution des niveaux de satisfaction observés pour chacune des questions de satisfaction. Le tableau 11 présente le niveau de satisfaction « actuel » des TAP, c'est-à-dire la satisfaction telle que perçue lors de l'enquête. Le tableau 12 présente les données sur le changement perçu de la satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets pilotes. Le tableau 13 présente les données agrégées sur les 5 dimensions de la satisfaction des TAP.

Tableau 11: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Gaspésie)

Dimensions de la satisfaction		Niveau actuel de satisfaction					Moyenne
		Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	
		N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Personnelle	1-Utilisation des compétences	2 (5,1)	0	5 (12,8)	14 (35,9)	18 (46,2)	4,18
	2-Contribution aux soins	0	0	2 (5,1)	13 (33,3)	24 (61,5)	4,56
	3-Défis dans le travail	1 (2,6)	0	8 (20,5)	15 (38,5)	15 (38,5)	4,10
	4-Diversification du travail	3 (7,7)	3 (7,7)	8 (20,5)	13 (33,3)	12 (30,8)	3,72
	5-Soins fournis	2 (5,1)	1 (2,6)	4 (10,3)	16 (41)	16 (41)	4,10
	6-Qualité du travail	0	0	0	17 (43,6)	22 (56,4)	4,56
	7-Indépendance	4 (10,8)	1 (2,7)	9 (24,3)	14 (37,8)	9 (24,3)	3,62
	Moyenne de la dimension personnelle de satisfaction						4,11
Charge de travail	8-Temps des soins	2 (5,1)	0	3 (7,7)	23 (59)	11 (28,2)	4,05
	9-Temps des services	0	1 (2,6)	2 (5,3)	19 (50)	16 (42,1)	4,32
	10-Charge de travail	0	2 (5,3)	5 (13,2)	19 (50)	12 (31,6)	4,08
	11-Conditions d'attente	10 (25,6)	5 (12,8)	11 (28,1)	12 (30,8)	1 (2,6)	2,72
	12-Temps des déplacements	4 (10,8)	3 (8,1)	4 (10,8)	20 (54,1)	6 (16,2)	3,57
		Moyenne de la dimension liée à la charge de travail					
Support professionnel	13-Support du superviseur	6 (15,4)	1 (2,6)	4 (10,3)	16 (41)	12 (30,8)	3,69
	14-Échanges sur les difficultés	5 (12,8)	5 (12,8)	9 (30,8)	12 (30,8)	8 (20,5)	3,33
	15-Support dans le travail	2 (5,1)	5 (12,8)	12 (30,8)	11 (28,2)	9 (23,1)	3,51
	16-Traitement du superviseur	5 (13,2)	1 (2,6)	3 (7,9)	13 (34,2)	16 (42,1)	3,89
	17-Sentiment d'appartenance	5 (12,8)	3 (7,7)	5 (12,8)	16 (41)	10 (25,6)	3,59
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	1 (2,6)	4 (10,3)	16 (41)	18 (46,2)	4,31
	19-Interaction avec les collègues	0	0	3 (7,7)	13 (33,3)	23 (59)	4,51
		Moyenne de la dimension liée au support professionnel					
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	4 (10,3)	2 (5,1)	8 (20,5)	18 (46,2)	7 (17,9)	3,56
	21-Heures effectuées	1 (2,6)	1 (2,6)	5 (12,8)	17 (43,6)	15 (38,5)	4,13
	22-Planification des horaires	2 (5,1)	1 (2,6)	6 (15,4)	13 (33,3)	17 (43,6)	4,08
	23-Avancement professionnel	5 (12,8)	2 (5,1)	13 (33,1)	16 (41)	3 (7,7)	3,26
	24-Sécurité d'emploi	2 (5,3)	1 (2,6)	8 (21,1)	15 (39,5)	12 (31,6)	3,89
	Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir						3,78
Formation	25-Opportunités de formation	8 (20,5)	6 (15,4)	9 (23,1)	11 (28,2)	5 (12,8)	2,97
	26-Adéquation formation et travail	2 (5,1)	2 (5,1)	8 (20,5)	21 (53,8)	6 (15,4)	3,69
	Moyenne de la dimension liée à la formation						3,33

Tableau 12: Données sur le changement de la satisfaction des TAP

Dimensions de la satisfaction	Niveau de changement de satisfaction					Moyenne	
	Très détérioré	Détérioré	Neutre	Amélioré	Très amélioré		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	2 (8,7)	5 (21,7)	9 (39,1)	7 (30,4)	3,91
	2-Contribution aux soins	0	3 (13)	6 (26,1)	8 (34,8)	6 (26,1)	3,74
	3-Défis dans le travail	1 (4,3)	2 (8,7)	7 (30,4)	7 (30,4)	6 (26,1)	3,65
	4-Diversification du travail	2 (8,7)	3 (13)	7 (30,4)	9 (39,1)	2 (8,7)	3,26
	5-Soins fournis	2 (8,7)	0	4 (17,4)	8 (34,8)	9 (39,1)	3,96
	6-Qualité du travail	3 (13)	0	2 (8,7)	10 (43,5)	8 (34,8)	3,87
	7-Indépendance	1 (4,8)	2 (9,5)	8 (38,1)	7 (33,3)	3 (14,3)	3,43
	Moyenne de la dimension personnelle					3,69	
Charge de travail	8-Temps des soins	0	2 (8,7)	4 (17,4)	14 (60,9)	3 (13)	3,78
	9-Temps des services	0	1 (4,3)	4 (17,4)	11 (47,8)	7 (30,4)	4,04
	10-Charge de travail	2 (9,1)	1 (4,5)	3 (13,6)	10 (45,5)	6 (27,3)	3,77
	11-Conditions d'attente	9 (40,9)	2 (9,1)	5 (22,7)	4 (18,2)	2 (9,1)	2,45
	12-Temps des déplacements	2 (9,5)	3 (14,3)	6 (28,6)	7 (33,3)	3 (14,3)	3,29
	Moyenne de la dimension liée à la charge de travail					3,51	
Support professionnel	13-Support du superviseur	2 (8,7)	7 (30,4)	5 (21,7)	4 (17,4)	5 (21,7)	3,13
	14-Échanges sur les difficultés	3 (13)	6 (26,1)	6 (26,1)	2 (8,7)	6 (26,1)	3,09
	15-Support dans le travail	3 (13)	5 (21,7)	7 (30,4)	3 (13)	5 (21,7)	3,09
	16-Traitement du superviseur	2 (8,7)	5 (21,7)	4 (17,4)	7 (30,4)	5 (21,7)	3,35
	17-Sentiment d'appartenance	5 (22,7)	5 (22,7)	1 (4,5)	7 (31,8)	4 (18,2)	3
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	3 (13)	3 (13)	9 (39,1)	8 (34,8)	3,96
	19-Interaction avec les collègues	1 (4,3)	2 (8,7)	3 (13,0)	8 (34,8)	9 (39,1)	3,96
	Moyenne de la dimension liée au support professionnel					3,36	
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	3 (13)	1 (4,3)	6 (26,1)	7 (30,4)	6 (26,1)	3,52
	21-Heures effectuées	4 (17,4)	6 (26,1)	2 (8,7)	4 (17,4)	7 (30,4)	3,17
	22-Planification des horaires	7 (30,4)	3 (13)	3 (13)	5 (21,7)	5 (21,7)	2,91
	23-Avancement professionnel	3 (13)	3 (13)	5 (21,7)	11 (47,8)	1 (4,3)	3,17
	24-Sécurité d'emploi	1 (4,5)	4 (18,2)	6 (27,3)	7 (31,8)	4 (18,2)	3,41
	Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir					3,24	
Formation	25-Opportunités de formation	2 (9,1)	4 (18,2)	8 (36,4)	7 (31,8)	1 (4,5)	3,05
	26-Adéquation formation et travail	2 (9,1)	1 (4,5)	7 (31,8)	11 (50)	1 (4,5)	3,36
	Moyenne de la dimension liée à la formation					3,2	

Tableau 13: Données sur la satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Gaspésie)

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
N††	39	23	39	23	39	23	39	23	39	22
Moyenne	4,11	3,69	3,74	3,51	3,83	3,36	3,78	3,24	3,33	3,2
Médiane	4,28	3,83	3,8	3,75	4	3,28	3,8	3,4	3,5	3,5

† : Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Les effectifs relatifs au changement de la satisfaction des TAP sont moins importants car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Conditions de vie et de travail des TAP

Avec l'implantation du projet pilote, l'ensemble des TAP rencontrés mentionnent une nette amélioration de leurs conditions de vie et de travail. Le changement des horaires leur a permis d'avoir une meilleure vie sociale, car contrairement aux horaires de faction où ils pouvaient être appelés à travailler à n'importe quel moment de la semaine, avec les horaires à l'heure, les TAP savent l'heure à laquelle ils débutent le travail et l'heure à laquelle ils finissent. Également, avec les horaires à l'heure, ils estiment qu'ils arrivent à planifier et réaliser d'autres activités sociales après leur travail, choses qu'ils ne pouvaient pas faire pendant les sept jours consécutifs de travail en faction. Certains TAP estiment en effet :

« Je crois que le projet pilote nous apporte une meilleure qualité de vie autant familiale que professionnelle » (G314, 30 ans, 1 an)

« La qualité de vie ainsi que ma vie familiale sont des plus agréables! Il faut que ça reste! Vraiment, j'y tiens! » (G22, 30 ans, 7 ans d'expérience)

Par ailleurs, le stress lié au fait d'être toujours prêt à répondre à un appel lorsqu'on travaille en faction, constituait aussi une situation difficile à vivre pour les TAP. À ce propos, certains d'entre eux disent avoir développé avec les horaires de faction des habitudes qui consistaient par exemple à vérifier continuellement la présence du Paget de communication au niveau de la ceinture, ou encore la présence des uniformes de travail à portée de main, et ce, même lorsqu'ils n'étaient pas dans leur semaine de travail.

Également en restant à leur domicile à attendre un nouvel appel de la centrale alors qu'ils venaient tout juste de rentrer d'un autre appel, certains TAP estiment qu'ils se sentaient «dérangés» par l'appel. Par conséquent, ils étaient très peu motivés à retourner travailler lorsque le Paget sonnait à nouveau. Ce sentiment d'être «dérangé» par l'appel de la centrale serait à présent absent, car avec les horaires à l'heure, les TAP savent qu'ils doivent être disponibles à répondre aux appels uniquement pendant un nombre bien défini d'heures. Et après ces heures, ils n'ont plus à attendre un autre appel de la centrale.

Les opinions exprimées par les TAP témoignent de l'influence des nouveaux horaires de travail sur leur motivation :

« Revenir en faction, je m'orienterai vers une autre profession » (G11, 50 ans, 24 ans d'expérience)

« J'ai hâte que les horaires soient commandés pour m'installer en région » (G112, 35 ans, 1 an d'expérience)

L'implantation des horaires de travail à l'heure a également eu une influence sur le climat de travail, car lorsqu'ils travaillent à l'heure, les TAP passent plus de temps ensemble, ce qui constituerait une

opportunité pour développer les affinités entre collègues, mais aussi de pratiquer durant les périodes d'attente dans l'ambulance.

Toutefois, il y a lieu de mentionner que le fait de rester en attente durant 12 heures dans les ambulances est une chose qui est difficilement acceptée par les TAP. La plupart des TAP rencontrés évoquent la longueur de l'attente dans le véhicule ambulancier surtout lorsqu'il n'y a pas d'appels, ainsi que des problèmes de santé physique comme l'apparition de maux de dos ou encore des douleurs musculaires aux membres associés aux conditions d'attente dans les véhicules ambulanciers. Voici quelques propos rapportés par les TAP au sujet des conditions d'attente dans les ambulances :

« Trop de temps assis dans les camions, douleurs physiques et lombaires » (G11, 50 ans, 24 ans d'expérience)

« Employés sont assis trop longtemps: douleurs lombaires, courbatures et tourments psychologiques inutiles (G110, 39 ans, 1,5 an d'expérience)

« Je déplore le manque de souplesse....12 heures dans le camion, c'est inhumain, on devrait avoir une certaine souplesse pour passer plus de temps hors du camion » (G115, 23 ans, 1 an d'expérience)

La venue de nouveaux et jeunes TAP recrutés dans le cadre de l'implantation du projet pilote aurait également eu un effet positif sur les échanges entre les TAP. L'acceptation et l'intégration de ces jeunes TAP semblent s'être faites de façon positive. Et pour preuve, l'on rapporte que les équipes de TAP formées dès le début de l'implantation du projet pilote n'ont pas été changées et ce, un an et demi après la mise en œuvre du projet. Cette dynamique d'intégration entre anciens et nouveaux TAP se ferait par ailleurs dans une logique de complémentarité. Les jeunes TAP qui sortent des CEGEP apportant aux plus anciens de nouvelles connaissances pour ces derniers qui ne disposaient pas nécessairement, tandis que les anciens apportent aux plus jeunes l'expérience de terrain qu'ils ont acquise au fil des années sur le terrain.

Perception du changement sur la qualité des soins fournis par les TAP

Les personnes rencontrées dans la structure hospitalière qui reçoit les usagers transportés par les services ambulanciers visés par le projet pilote ont également constaté une amélioration de la qualité de la prise en charge des patients. Ils estiment que le projet pilote a apporté une dynamique nouvelle dans la réalisation du travail des TAP, car ces derniers, surtout les nouveaux TAP, semblent plus professionnels et plus attentifs dans l'application des protocoles de prise en charge des usagers. Ils estiment également qu'ils montrent plus d'ouverture et de curiosité pour acquérir de nouvelles connaissances sur les soins à porter aux patients. À titre d'exemple, ils questionnent souvent les infirmières et médecins sur les origines et les suites évolutives des patients qu'ils ont eu à transporter. Avec le projet pilote, les TAP semblent également plus enthousiastes et plus aptes à apporter de l'aide lorsque le personnel hospitalier les sollicite.

Autres effets du projet pilote

Un autre effet du positionnement des ambulances à certains points du territoire est aussi le sentiment de sécurité et de proximité que la vue des ambulances procure à la population. Les TAP seraient en effet souvent sollicités par certaines personnes qui en les voyant stationnés sur la route leur demanderaient assez régulièrement des conseils pratiques sur certains problèmes de santé qu'ils rencontrent.

L'implantation du projet pilote a été aussi une opportunité de création d'emplois et d'arrivée de nouvelles personnes ainsi que de jeunes familles dans les endroits où ce le flux populationnel n'est pas aussi important.

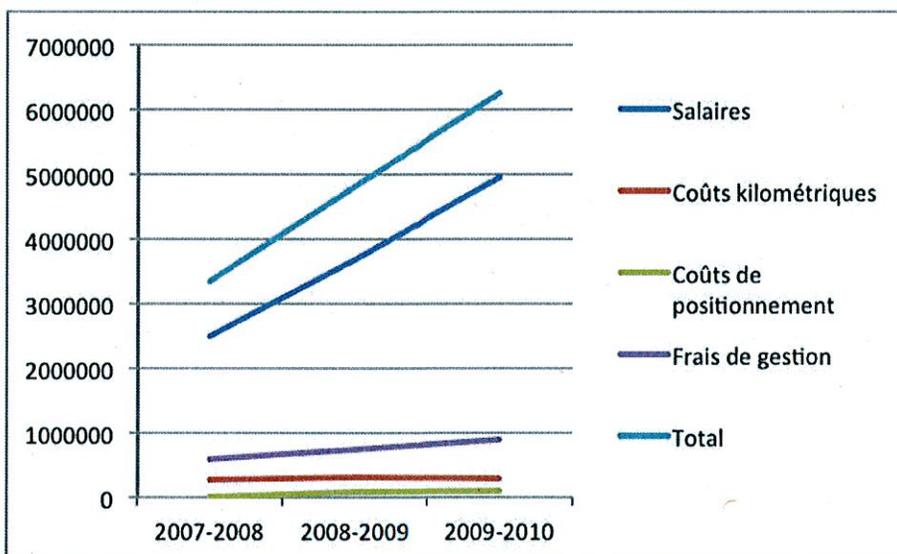
Coûts du projet pilote

Étant donné que l'implantation du projet pilote en Gaspésie a commencé le 5 octobre 2008, nous avons retenu les coûts de l'année financière antérieure au processus d'implantation (2007-2008) et les coûts de l'année financière après l'implantation (2009-2010) pour procéder à l'identification des coûts récurrents du projet pilote. Entre ces deux années, on constate que le coût total associé à l'offre de services ambulanciers avec les nouveaux paramètres du projet pilote a presque doublé. Ce qui est surtout attribuable à l'augmentation de la masse salariale des TAP (le projet pilote avait besoin du double de TAP pour fonctionner) et à l'augmentation des frais de gestion, administration, immobilisation. Le tableau et le graphe suivants présentent l'évolution des coûts du projet pilote en Gaspésie.

Tableau 14: Évolution des coûts standardisés du projet pilote en Gaspésie

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	2 496 783	270 222	0	585 390	3 352 394,79
2008-2009	3 697 458	317 260	79 760	738 839	4 833 317,35
2009-2010	4 967 365	291 928	110 591	903 015	6 272 898
Δ	(99%)	(8%)		(54%)	(87%)

Figure 2: Évolution des coûts standardisés du projet pilote en Gaspésie



Projet pilote de Baie-Comeau

Présentation de la région

Le projet pilote de la Côte-Nord couvre le territoire de Baie-Comeau qui couvre la ville de Baie-Comeau avec ses deux secteurs (Mingan et Marquette) ainsi qu'une municipalité (Ragueneau).

Le territoire concerné par le projet pilote est desservi par une seule compagnie ambulancière, Ambulance Côte-Nord.

On note également la présence d'un centre hospitalier dans la ville de Baie-Comeau, l'hôpital LeRoyer avec une urgence fonctionnelle 24h/24, 7j/7. Avec la présence de l'aéroport de Pointe-Lebel, de nombreux transports médicalisés vers d'autres régions sont effectués, ce qui peut influencer la disponibilité des ambulances pour les appels primaires venant de la population.

Contexte d'initiation du projet

Dans la région de Baie-Comeau, l'idée de la transformation des horaires de travail des TAP remonte au début des années 2000 notamment à travers certaines actions menées par le syndicat régional des TAP affilié à la CSN. À cette période, des pétitions avaient été signées par la population ainsi que certains conseillers municipaux pour soutenir la démarche du syndicat en vue de la transformation des horaires de travail des TAP. Parallèlement à cette démarche régionale, d'autres initiatives syndicales réalisées dans d'autres régions, ainsi qu'au niveau national conduit le ministère de la santé à mettre en place le comité Gauthier pour expérimenter la transformation des horaires de travail des TAP et le positionnement des ambulances dans les territoires concernés. Le projet de Baie-Comeau fut l'un des cinq projets retenus pour expérimentation par le comité Gauthier.

Ainsi, suite à la publication de cette recommandation en octobre 2007, l'agence de la santé et des services sociaux de Baie-Comeau initia la mise en place d'un comité pour préparer et piloter l'implantation du projet pilote. Plus spécifiquement, ce comité avait pour but de trouver les ressources humaines nécessaires à l'implantation du projet, préparer les ententes de gestion et définir les paramètres d'opérationnalisation du déploiement dynamique. Il réunissait la direction des services préhospitaliers de l'agence de santé, les représentants de la seule compagnie ambulancière qui couvre le territoire visé par le projet pilote, les représentants syndicaux, ainsi que les représentants de la centrale de communication santé, la CAUREQ en l'occurrence. La première de réunion du comité eut lieu en janvier 2008. Et c'est au terme de cette première réunion que la date officielle d'implantation du projet pilote fut fixée, à savoir le 29 septembre 2008.

Entre la transmission de la recommandation du MSSS à l'agence en novembre 2007 et le mois de septembre 2008, date prévue pour le démarrage du projet pilote, la compagnie ambulancière et les syndicats effectuèrent des visites à l'extérieur de la région afin de chercher et recruter des TAP. Parallèlement à cette démarche, une attestation d'études collégiales (AEC) fut également initiée dans un des CEGEP de la région pour former une cohorte de TAP et combler ainsi les différents besoins en ressources humaines requis pour l'implantation du projet pilote.

Modélisation logique

Le projet pilote de Baie-Comeau vise principalement l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières et de la qualité de vie au travail des TAP. L'atteinte de ces objectifs passe par la transformation des horaires de faction en horaire à l'heure ainsi que par le déploiement dynamique des ambulances sur le territoire desservi. La transformation des horaires de travail qui a une influence directe sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP nécessite la présence de 22 TAP. Alors que le positionnement stratégique des ambulances à certains points définis du territoire desservi influence principalement la couverture et la disponibilité des ambulances. Le déploiement dynamique requiert l'implication des ressources de la centrale de communication santé, la CAUREQ.

Par ailleurs, la qualité du tri effectuée par la CAUREQ a une influence directe sur la disponibilité et la couverture et une influence indirecte sur le temps de réponse. Enfin, la mise en relation entre l'amélioration du temps de réponse avec les coûts investis permet d'améliorer l'efficacité globale du système.

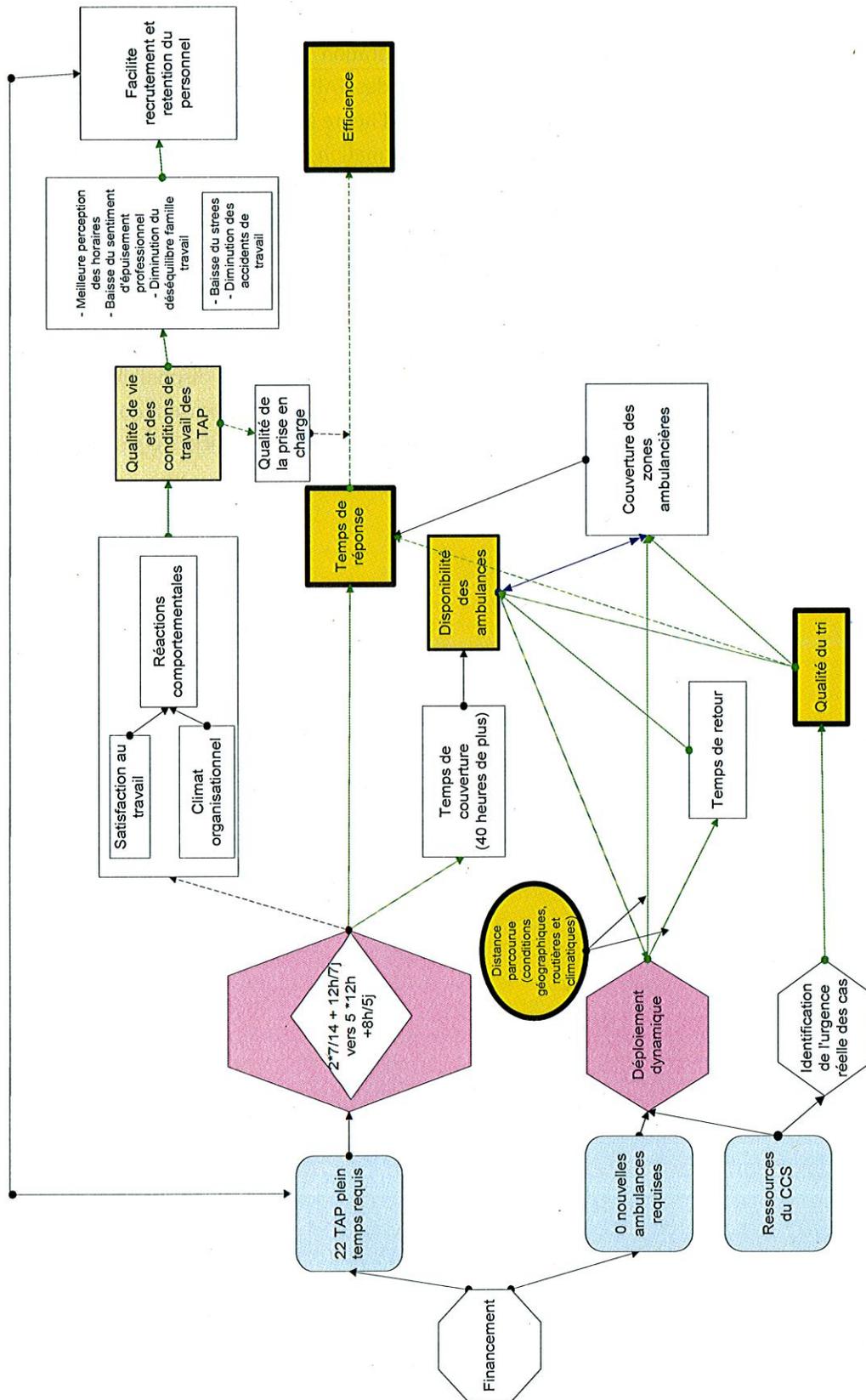


Figure 3: Modèle logique du projet pilote de Baie-Comeau

Implantation du projet pilote

À Baie-Comeau, l'implantation du projet de pilote de transformation des horaires de travail des TAP débuta le 29 septembre 2008.

Ressources humaines

À la date du 29 septembre 2008, les besoins en termes de ressources humaines n'étaient pas tous comblés. Le projet pilote prévoyait en effet un nombre de 22 TAP temps plein ainsi qu'un certain nombre de TAP à temps partiel afin que ces derniers puissent couvrir les vacances et maladies des TAP qui sont à temps plein. Ce faisant, durant la période initiale de l'implantation du projet pilote et ce, jusqu'au printemps 2009, la compagnie ambulancière faisait appel à d'autres TAP qui exerçaient dans les zones ambulancières avoisinantes afin de combler les besoins. Néanmoins, la sortie de la cohorte de TAP du CEGEP permis à l'entreprise ambulancière, à partir du printemps 2009, de faire face aux principaux défis liés à la présence effective des ressources humaines nécessaires à l'implantation du projet pilote.

Transformation des horaires

Le projet pilote de Baie-Comeau prévoyait la transformation de deux horaires de faction 7/14 et d'un horaire à l'heure de 12 heures 7 jours par semaine, en 5 horaires de 12 heures 7 jours par semaine et un horaire de 8 heures, 5 jours par semaine, ce qui rajoute un 40 heures supplémentaire de couverture dans la zone. Cette transformation fut réalisée à partir de la date de début de l'implantation du projet pilote, soit le 29 septembre 2008. Toutefois pour éviter les débordements des quarts de travail aux périodes de changement d'équipe (début et fin de quarts de travail), les horaires de travail qui étaient initialement prévus au début de l'implantation du projet pilote furent légèrement décalés. Le quart de travail qui commençait à 6.30 am et qui se terminait à 6.30 pm fut transformé en un autre quart qui commence à 6.45 am et qui se termine à 6.45 pm. Le quart qui commençait à 6.45 am et qui se terminait à 6.45 pm fut également transformé en quart qui débute à 7.30 am et qui se termine à 7.30 pm. En dehors de cet ajustement sur les heures de début et de fin de quart, il n'y a pas eu de changement majeur par rapport aux horaires qui étaient prévus.

Déploiement dynamique

Il existe deux secteurs et une municipalité dans le territoire couvert par le projet pilote de Baie-Comeau. Il s'agit des secteurs de Mingan et Marquette et la municipalité de Ragueneau. Selon la densité de la population et le pourcentage d'appel primaire, un ordre de priorité de couverture fut élaboré par le comité de pilotage de l'implantation du projet pilote pour ces trois endroits. Avec ces critères, le secteur de Mingan fut ainsi défini comme étant la zone de couverture prioritaire, tandis que le secteur de Marquette et la municipalité de Ragueneau furent respectivement désignés deuxième et troisième zone de couverture en termes de priorité.

Suite à ce découpage du territoire, des points d'attente pour chacune des zones furent également définis par le comité de pilotage. Toutefois, il y a lieu de préciser qu'il ne s'agit pas véritablement de points d'attente en soi, mais plutôt des distances d'attente sur lesquelles, les techniciens ambulanciers peuvent se déplacer ou se stationner en attendant les appels de la centrale. Par exemple, pour le secteur de Mingan qui constitue la première zone de couverture prioritaire et au

sein de laquelle se trouve aussi le centre hospitalier qui dessert le territoire de Baie-Comeau, une distance linéaire de 5 km située le long du boulevard Lafliche fut désignée comme territoire d'attente.

Étant donné que le projet pilote de la Côte-Nord ne couvre qu'une seule zone ambulancière, on considère que c'est un déploiement dynamique qui y est réalisé. S'il n'y a qu'un véhicule ambulancier de disponible, la centrale de communication santé couvre en priorité le point 1 soit le secteur de Mingan. S'il y a deux véhicules ambulanciers de disponibles, ce sont les secteurs de Mingan et de Marquette qui sont couverts. Tandis que si tous les trois véhicules ambulanciers sont disponibles, tous les points d'attente sont couverts.

Ambulances et autres équipements

Le projet pilote de Baie-Comeau ne prévoyait pas de rajout d'ambulances et donc aucune nouvelle ambulance n'a été rajoutée pendant l'implantation du projet pilote. Toutefois, compte tenu du nombre important de transferts aériens de patients du centre hospitalier de Baie-Comeau vers d'autres hôpitaux de la province, de nombreuses demandes ont été formulées par la compagnie ambulancière afin que l'agence leur donne l'autorisation de mettre en circulation un quatrième véhicule ambulancier. Ce quatrième véhicule ambulancier devant par la même occasion permettre de déplacer les 40 heures de couverture additionnelles de nuit (entre 19h30 et 3h45) rajoutées par le projet pilote vers le jour et combler ainsi certains besoins en services ambulanciers qui se manifestent le jour lorsque les véhicules partent pour des déplacements interétablissements pour une longue période.

Mais malgré la pertinence apparente de la demande de rajout d'une nouvelle ambulance par la compagnie ambulancière et les syndicats de TAP, l'agence n'a pu donner de suites favorables, compte tenu semble-t-il des limites budgétaires auxquelles elle était assujettie dans le cadre de l'implantation du projet pilote.

Financement

Le financement initial du projet pilote tel que défini dans les recommandations du rapport Gauthier a été reçu. La demande ultérieure de financement suite à la reconduction du projet pour une deuxième année a été également accordée par le ministère.

Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation du projet pilote

Même si le projet pilote de Baie-Comeau émane également d'une proposition essentiellement syndicale, il y a lieu de souligner que les autres parties concernées par le projet pilote étaient bien au courant de la démarche, et ce, d'autant plus qu'il n'y a qu'une seule compagnie ambulancière dans la région qui est concernée par le projet pilote.

Toutefois, la dynamique de concertation limitée entre l'agence de santé et la compagnie ambulancière constitue l'élément principal qui a influencé le processus de mise en œuvre ainsi que la production des effets du projet pilote. En effet, dans le processus d'implantation du projet pilote, le comité de pilotage mis en place en janvier 2008 et qui réunit tous les acteurs concernés par le projet, devait se rencontrer régulièrement pour faire face et résoudre les différents enjeux qui pouvaient se présenter au cours de la démarche de mise en œuvre du projet pilote. Mais après une première réunion en janvier de 2008, ce comité n'a pu se réunir que deux fois par la suite. Une fois en août 2008 et une autre fois en mars 2009. Les divergences de vues exprimées par les différents acteurs (agence, compagnie ambulancière, syndicat et centrale de communication) notamment sur la possibilité de rajouter une nouvelle ambulance aux trois autres existantes, ou encore l'incompréhension entre les représentants syndicaux avec les représentants de la CAUREQ ont été autant d'éléments qui ont concouru à l'arrêt des réunions de concertation du comité. Plus spécifiquement, sur les relations entre la centrale de communication santé et les syndicats, les représentants syndicaux estiment que la centrale ne dispose pas de toute l'expertise nécessaire pour effectuer un déploiement dynamique efficace des ambulances. Ils rapportent également une méconnaissance du terrain par les préposés chargés de la répartition des appels ainsi qu'un manque de ressources humaines et technologiques au niveau de la centrale pour faire le déploiement dynamique approprié des ambulances. Selon les représentants syndicaux, les préposés de la centrale solliciteraient fréquemment l'aide des TAP afin que ces derniers puissent les aider dans la réalisation du déploiement dynamique, toutes choses que le syndicat ne semble pas cautionner.

Par ailleurs, la concertation limitée entre l'agence de santé, la compagnie ambulancière et les syndicats a été également un obstacle dans la réalisation effective des différentes formations des TAP pourtant requises pour le maintien des compétences de ces derniers. Il ressort en effet que l'absence d'entente sur le choix de l'entité organisationnelle qui doit se charger de payer les heures de formation des TAP a été le nœud principal qui a limité la réalisation de cette activité. L'agence estime que c'est l'entreprise ambulancière qui doit payer pour les heures de formation des TAP, tandis que la compagnie ambulancière estime que cette démarche ne relève pas de son ressort, d'autant plus que lorsque les TAP sont libérés pendant leur heure de travail pour effectuer une formation, l'entreprise doit trouver et payer d'autres TAP pour remplacer ceux qui sont en formation. Le nombre de TAP qui a également augmenté avec le projet pilote et donc une augmentation des coûts pour le remplacement des TAP qui sont en formation a certainement limité la possibilité de trouver une solution à la problématique de paiement des séances de formations des TAP.

Enfin, la faible dotation en ressources humaines de l'équipe préhospitalière de l'agence de santé qui a vu certains de ces cadres techniques et professionnels de terrain partir pour des congés maladie,

des congés sans solde ou encore en préretraite, constitue un autre élément d'importance qui a limité la capacité de l'agence à assurer le leadership nécessaire pour la conduite du processus d'implantation du projet pilote.

Effets du projet pilote

Temps de réponse

Cette section inclut des données sur le nombre et la distribution selon le code de priorité des appels, des données sur la durée de transport (entre le lieu de l'incident et l'hôpital), les résultats de l'analyse proprement dite des données de chronométrie ainsi que l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse.

Description de la distribution des appels

Dans la zone ambulancière concernée par le projet pilote, le nombre d'appels incluant tous les codes de priorité est passé de 1318 à 1428 appels entre les deux périodes à l'étude (mai-octobre 2007 et mai-octobre 2009). Cette augmentation de 8,4% du nombre d'appels provient de la hausse des appels codés en priorité 1, où l'on est passé de 524 à 718 appels. Par ailleurs, lorsque l'appréciation de la distribution des appels est faite par année et non par période de 6 mois, on constate à l'inverse une baisse de 9,6% du nombre total d'appels, avec cependant une augmentation des proportions d'appels de priorité 1 ou 3.

Le tableau ci-après présente les détails de la distribution des appels dans la zone ambulancière concernée par le projet pilote.

Tableau 15: Distribution des appels en fonction du code de priorité

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1	1156 (43,6)	1141 (47,6)	+4,0 ⁽¹⁾	524 (39,8)	718 (50,3)	+10,5 ⁽¹⁾
3	343 (12,9)	357 (14,9)	+2,0 ⁽¹⁾	238 (18,1)	201 (14,1)	-4,0 ⁽¹⁾
Sous-total	1499 (56,5)	1498 (62,5)	+6,0 ⁽¹⁾	762 (57,9)	919 (64,4)	+6,5 ⁽¹⁾
Autre codes	1154 (43,5)	900 (37,5)	-6,0 ⁽¹⁾	556 (42,2)	509 (35,6)	-6,6 ⁽¹⁾
Total	2653 (100,0)	2398 (100,0)	-9,6 ⁽²⁾	1318 (100)	1428 (100)	+8,4 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité : $\%_{2009} - \%_{2007}$

(2) Variation relative du nombre d'appels : $(N_{2009} - N_{2007}) / N_{2007}$

Par ailleurs, le tableau 16 indique que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence de temps de réponse objectivée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis. Pour les appels de priorité 1, la durée du transport du lieu d'incident vers l'hôpital est passée de 13,0 mn en 2007 et de 14,6mn en 2009. Pour les appels de priorité 3, cette durée de transport était de 12,0 mn en 2007 et de 14,8 mn en 2009.

Tableau 16: Description de la distribution de la durée des transports (Baie-Comeau)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)	ÉTÉ 2007		ÉTÉ 2009		P
	N	Moy (méd)	N	Moy (méd)	
Durée du transport vers l'hôpital					
Code 1	524	12,99(11,0)	718	14,60(11,0)	0,027
Code 3	238	12,02 (9,0)	201	14,79(11,0)	0,023

Analyse des données de chronométrie

À la suite de l'analyse des données de chronométrie pour le projet pilote de Baie-Comeau, nous avons trouvé une amélioration significative du délai de mise en route qui est la période de temps entre la réception de l'appel de la centrale et le départ des TAP. Pour la période de mai à octobre 2007 qui représente la période pré de cette évaluation, la moyenne du délai de mise en route pour les appels de priorité 1 était de 4,10 mn tandis qu'aux mêmes dates en 2009, soit un après l'implantation du projet pilote (période post de l'évaluation), la moyenne de ce délai était de 0,89 mn (diminution de 3,20 mn). Pour les appels de priorité 3, la moyenne observée de ce délai était de 4,5 mn en mai et octobre 2007, tandis que pour la même période en 2009, cette moyenne était de 0,7 mn (diminution de 3,78 mn).

Par contre il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif sur la durée de déplacement, c'est-à-dire entre le départ des TAP après la réception de l'appel et leur arrivée sur le lieu de l'incident. Pour les appels de priorité 1, la moyenne pour la durée de déplacement des TAP durant cette période était de 10,35 mn en mai et octobre 2007 et de 9,77 mn en mai et octobre 2009 (diminution de 0,59 mn). Pour les appels de priorité 3, cette moyenne était de 9,3 mn en 2007 et de 10,2 mn en 2009.

Pour le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident qui est la somme des deux premiers délais, nous avons constaté une amélioration significative du temps de réponse entre les deux périodes à l'étude. Pour les appels de priorité 1, on est passé d'une moyenne de 14,56 mn en 2007 à une moyenne de 10,66 mn en 2009 (diminution de 3,90mn), tandis que pour les appels de priorité 3, la moyenne du délai total d'arrivée sur le lieu d'incident est passée de 13,75 mn à 10,88 mn (diminution de 2,88 mn). Lorsque les appels codés 1 et 3 sont mis en ensemble, on constate aussi une diminution du délai total d'arrivée sur le lieu d'incident de 3,60 mn.

Par ailleurs, le pourcentage de personnes prises en charge selon les temps de référence utilisés pour l'offre de services préhospitaliers d'urgence a augmenté entre les deux périodes de l'évaluation. Pour les appels de priorité 1, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 8 mn est passé de 26,5% à 54,8% entre les périodes pré (mai et octobre 2007) et post (mai et octobre 2009) de l'évaluation. Pour les appels de priorité 3, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 10 mn est passé de 35,7% en 2007 à 60,5% en 2009.

Enfin, mentionnons que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence de temps de réponse objectivée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis.

Le tableau suivant présente les données détaillées portant sur l'analyse des données de chronométrie dans le territoire de Baie-Comeau.

Tableau 17: Données de chronométrie pour le projet pilote de Baie-Comeau

Indicateurs de chronométrie (en minutes)†	N	ÉTÉ 2007 Moy [méd] (IC 95%)	N	ÉTÉ 2009 Moy[méd] (IC 95%)	Δ†† ₂₀₀₉₋₂₀₀₇ (IC 95%)	P
A. Délai de mise en route						
Code 1	523	4,10 [2,0] (3,77; 4,42)	717	0,89 [1,0] (0,77; 1,02)	-3,20 (-3,55; -2,85)	<0,0005
Code 3	238	4,45 [3,0] (3,95; 4,95)	200	0,67 [1,0] (0,53; 0,81)	-3,78 (-4,30; -3,26)	<0,0005
B. Durée du déplacement vers le lieu de l'incident						
Code 1	524	10,35 [8,0] (9,60; 11,11)	717	9,77 [5,0] (8,98; 10,55)	-0,59 (-1,68; +0,50)	0,29
Code 3	238	9,31 [6,50] (8,35; 10,27)	201	10,19 [7,0] (8,90; 11,48)		0,27
C. Délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident						
Code 1						
Code 3	524	14,56[12,0] (13,68; 15,43)	717	10,66 [6,0] (9,86; 11,46)	-3,90 (-5,10; -2,70)	<0,0005
Codes 1+3	238	13,75[13,0] (12,61; 14,89)	200	10,88 [7,0] (9,57; 12,18)	-2,88 (-4,60; -1,16)	0,001
	762	14,31[12,0] (13,61; 15,00)	918	10,71 [7,0] (10,02; 11,39)	-3,60 (-4,59; -2,61)	<0,0005
D. % selon les temps de référence‡						
≤8 min (code 1)	524	26,5% (29,6; 41,9)	717	54,8% (51,2; 58,5)	2,06 (1,77; 2,42)	<0,0005
≤10 min (code 3)	238	35,7% (22,7; 30,3)	201	60,5% (53,7; 67,3)	1,69 (1,38; 2,08)	<0,0005

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mis en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D)

†† : Différence de moyenne (Moy₂₀₀₉-Moy₂₀₀₇)

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence utilisés.

Analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse

Au niveau des TAP rencontrés, il y a une unanimité qui se dégage autour de l'amélioration du temps de réponse des services ambulanciers, amélioration qui serait liée au fait que les ambulanciers n'aient plus à partir de leur domicile pour se rendre à la caserne, rencontrer leur coéquipier et répondre finalement à l'appel de la centrale. Pour illustrer cette amélioration, certains TAP estiment à présent arriver au lieu d'appel avant les policiers ou encore les chauffeurs de taxi qui, lorsqu'ils étaient en faction, arrivaient plus rapidement qu'eux. Une équipe de TAP estime également qu'avec le projet pilote, elle a réussi à réaliser trois réanimations chez des patients en détresse. Toutes choses qu'ils ne réussissaient pas à faire avant le projet pilote, parce qu'ils arrivaient souvent lorsqu'il était déjà trop tard. Les TAP considèrent aussi qu'ils arrivent à utiliser plus souvent les médicaments qu'ils ont l'autorisation d'administrer aux patients depuis la transformation de leurs horaires de travail et le positionnement dynamique des ambulances sur le territoire qu'ils desservent.

Voici quelques propos rapportés par certains TAP sur les effets du projet pilote sur le temps de réponse :

« Pour le patient, les projets à l'heure sont beaucoup mieux.....j'ai réanimé deux personnes en quelques mois grâce au projet pilote » (C11, 22 ans, 1 an d'expérience)

« Service à la population est amélioré de beaucoup. Les réanimations cardiaques sont plus fréquentes.....satisfaction des patients et de leur entourage » (C14, 23 ans, 4 ans d'expérience)

« Il n'y a aucune comparaison à faire entre le 7/14.....les soins aux patients sont plus que multipliés...on prend en charge les patients qui se dégradent et de les réanimer, chose qui était impossible avec le 7/14 » (C111, 29 ans, 9,5 ans d'expérience)

Une autre mesure indirecte de l'amélioration du temps de réponse est liée au fait que les TAP mentionnent qu'avec l'implantation du projet pilote, il y a moins de réactions négatives de la population lorsqu'ils arrivent sur les lieux d'appel. Avant le projet pilote, la population se plaignait souvent que les ambulances arrivaient avec beaucoup de retard aux lieux d'appel. Ils trouvent que cette attitude a changé depuis le début du projet pilote parce qu'ils arrivent maintenant plus rapidement. Ce constat fait par les TAP a en outre été confirmé par certains professionnels qui travaillent au niveau des urgences des hôpitaux. Ces professionnels estiment également que les usagers transportés ou leurs proches se plaignent moins à présent de l'arrivée tardive des ambulances.

Qualité de vie au travail des TAP

Sondage de satisfaction auprès des TAP⁴

Dans le territoire de Baie-Comeau, sur les 22 questionnaires de satisfaction envoyés aux TAP, nous avons eu un retour de 13 questionnaires, ce qui représente un taux de réponse de 59%.

L'analyse de la dimension « satisfaction personnelle » de satisfaction des TAP à Baie-Comeau (les 7 premières questions) fait ressortir un score moyen de 4,4. Ceci signifie qu'en matière de contribution à la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients, les TAP se disent dans l'ensemble « Très satisfaits ». Lorsque l'on demande à ceux qui étaient présents avant l'implantation du projet pilote, leur perception du changement de la situation relativement à cette dimension, le score moyen est de 4,03, ce qui traduit une situation perçue comme « Amélioré ».

Pour la dimension de « la satisfaction liée à la charge de travail » (questions 8 à 12), les analyses font ressortir une moyenne de 3,66, donc un niveau de satisfaction qu'on peut qualifier de « Satisfait ». Notons toutefois que la réponse à la question liée aux conditions d'attente indique une plus faible moyenne qui est de 3.

La moyenne du niveau de changement perçu sur cette dimension entre la période avant l'implantation et celle après l'implantation dénote une situation « Amélioré » avec un score moyen de 3,86.

Le score moyen de la dimension de « satisfaction des TAP en lien avec le support professionnel qu'ils reçoivent de leur superviseur ou de leur collègue » est de 3,02 (satisfaction « neutre »). Sur les 7 questions incluses dans cette dimension de la satisfaction, il y a 4 questions pour lesquelles les moyennes de réponse obtenues sont inférieures ou égales à 3. Il s'agit des questions liées au support obtenu par le superviseur, les opportunités pour échanger sur les difficultés professionnelles vécues, le traitement du superviseur et le sentiment d'appartenance à une équipe solidaire.

Sur la perception du changement sur cette dimension entre la période d'avant et d'après implantation, le score moyen obtenu est de 3,38 (« Neutre »). Deux questions de cette dimension ont également des moyennes qui sont inférieures ou égales à 3. Il s'agit des questions liées au support et au traitement du superviseur.

Relativement à la dimension de « satisfaction des TAP portant sur la paie et leurs perspectives d'avenir » (questions 20 à 24), les analyses font ressortir un score moyen de 3,1 (« Neutre »). Dans cette dimension, les questions relatives à la paie reçue et aux chances d'avancement professionnel présentent de faibles moyennes qui sont respectivement de 2,90 et de 1,77 sur l'échelle utilisée. Pour la même dimension de la satisfaction, le score moyen du changement perçu entre la période avant l'implantation et celle d'après, la moyenne est de 3,07 (« Neutre »).

⁴ Nous présentons l'ensemble des résultats du sondage effectué en mettant néanmoins un accent particulier sur les moyennes des réponses qui sont inférieures ou égales à 3.

Enfin pour la dimension de « satisfaction des TAP associée à la formation » (questions 25 et 26), le score moyen de satisfaction objectivée reste faible. Il est de 2,46 (« Insatisfait »). Le score du changement perçu sur cette dimension avec l'implantation du projet pilote est de 2,9 (« Neutre »).

Nous présentons dans les tableaux qui suivent la distribution des niveaux de satisfaction observée pour chacune des questions de satisfaction. Le tableau 18 présente le niveau de satisfaction « actuel » des TAP tel que perçu lors de l'enquête. Le tableau 19 présente les données sur le changement perçu de la satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets pilotes. Le tableau 20 présente les données agrégées sur les 5 dimensions de la satisfaction des TAP.

Tableau 18: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Baie-Comeau)

Dimensions de la satisfaction		Niveau de satisfaction					Moyenne
		Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	
		N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	0	0	5 (38,5)	8 (61,5)	4,62
	2-Contribution aux soins	0	0	2 (15,4)	3 (23,1)	8 (61,5)	4,46
	3-Défis dans le travail	0	0	1 (7,7)	2 (15,4)	10 (76,9)	4,69
	4-Diversification du travail	0	0	2 (15,4)	4 (30,8)	7 (53,8)	4,38
	5-Soins fournis	0	0	3 (23,1)	3 (23,1)	7 (53,8)	4,31
	6-Qualité du travail	0	0	2 (16,7)	2 (16,7)	8 (66,7)	4,50
	7-Indépendance	0	0	4 (30,8)	6 (46,2)	3 (23,1)	3,92
	Moyenne de la dimension personnelle						4,4
Charge de travail	8-Temps des soins	0	1 (7,7)	4 (30,8)	5 (38,5)	3 (23,1)	3,77
	9-Temps des services	0	0	5 (38,5)	3 (23,1)	5 (38,5)	4
	10-Charge de travail	0	0	3 (23,1)	4 (30,8)	6 (46,2)	4,23
	11-Conditions d'attente	3 (23,1)	3 (23,1)	1 (7,7)	3 (23,1)	3 (23,1)	3
	12-Temps des déplacements	1 (8,3)	2 (16,7)	4 (33,3)	3 (25,0)	2 (16,7)	3,25
		Moyenne de la dimension liée à la charge de travail					
Support professionnel	13-Support du superviseur	4 (30,8)	4 (30,8)	2 (15,4)	3 (23,1)	0	2,31
	14-Échanges sur les difficultés	1 (7,7)	3 (23,1)	7 (53,8)	1 (7,7)	1 (7,7)	2,85
	15-Support dans le travail	1 (7,7)	2 (15,4)	4 (30,8)	6 (46,2)	0	3,15
	16-Traitement du superviseur	6 (46,2)	0	3 (23,1)	2 (15,4)	2 (15,4)	2,54
	17-Sentiment d'appartenance	1 (7,7)	4 (30,8)	4 (30,8)	2 (15,4)	1 (7,7)	2,83
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	1 (7,7)	3 (23,1)	6 (46,2)	3 (23,1)	3,85
	19-Interaction avec les collègues	1 (7,7)	0	4 (30,8)	3 (23,1)	5 (38,5)	3,85
	Moyenne de la dimension liée au support professionnel						3,02
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	2 (20,0)	1 (10)	3 (30%)	4 (40)	0	2,90
	21-Heures effectuées	1 (7,7)	2 (15,4)	2 (15,4)	5 (38,5)	3 (23,1)	3,54
	22-Planification des horaires	1 (8,3)	2 (16,7)	3 (25,0)	3 (25,0)	3 (25,0)	3,42
	23-Avancement professionnel	8 (61,5)	1 (7,7)	3 (23,1)	1 (7,7)	0	1,77
	24-Sécurité d'emploi	0	1 (7,7)	2 (15,4)	5 (38,5)	5 (38,5)	4,08
	Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir						3,1
Formation	25-Opportunités de formation	5 (38,5)	4 (30,8)	3 (23,1)	0	1 (7,7)	2,08
	26-Adéquation formation et travail	2 (18,2)	1 (9,1)	4 (36,4)	2 (18,2)	2 (18,2)	3,08
	Moyenne de la dimension liée à la formation						2,46

Tableau 19: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Baie-Comeau)

Dimensions de la satisfaction	Niveau de satisfaction					Moyenne	
	Très détérioré	Détérioré	Neutre	Amélioré	Très amélioré		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	1 (10)	1 (10)	4 (40)	4 (40)	4,1
	2-Contribution aux soins	0	0	1 (10)	3 (30)	6 (60)	4,5
	3-Défis dans le travail	1 (10)	0	1 (10)	3 (30)	5 (50)	4,1
	4-Diversification du travail	0	1 (10)	2 (20)	3 (30)	4 (40)	4
	5-Soins fournis	0	1 (10)	1 (10)	4 (40)	4 (40)	4,1
	6-Qualité du travail	0	1 (11,1)	2 (22,2)	3 (33,3)	3 (33,3)	3,89
	7-Indépendance	1 (10)	0	4 (40)	2 (20)	3 (30)	3,6
Moyenne de la dimension personnelle							4,03
Charge de travail	8-Temps des soins	0	0	3 (30)	4 (40)	3 (30)	4
	9-Temps des services	0	0	1 (10)	5 (50)	4 (40)	4,3
	10-Charge de travail	1 (10)	1 (10)	0	5 (50)	3 (30)	3,8
	11-Conditions d'attente	2 (20)	2 (20)	0	2 (20)	4 (40)	3,4
	12-Temps des déplacements	0	2 (20)	1 (10)	4 (40)	3 (30)	3,8
	Moyenne de la dimension liée à la charge de travail						
Support professionnel	13-Support du superviseur	2 (20)	2 (20)	3 (30)	2 (20)	1 (10)	2,8
	14-Échanges sur les difficultés	1 (10)	3 (30)	3 (30)	0	3 (30)	3,1
	15-Support dans le travail	1 (10)	1 (10)	3 (30)	4 (40)	1 (10)	3,3
	16-Traitement du superviseur	2 (20)	2 (20)	4 (40)	2 (20)	0	2,6
	17-Sentiment d'appartenance	1 (10)	0	5 (50)	3 (30)	1 (10)	3,3
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	0	3 (30)	4 (40)	3 (30)	4
	19-Interaction avec les collègues	0	0	1 (10)	2 (20)	7 (70)	4,6
Moyenne de la dimension liée au support professionnel							3,38
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	1 (14,3)	1 (14,3)	4 (57,1)	0	1 (14,3)	2,86
	21-Heures effectuées	1 (10)	4 (40)	0	2 (20)	3 (30)	3,2
	22-Planification des horaires	2 (22,2)	1 (11,1)	0	2 (22,2)	4 (44,4)	3,56
	23-Avancement professionnel	5 (50)	1 (10)	4 (40)	0	0	1,9
	24-Sécurité d'emploi	0	0	2 (20)	5 (50)	3 (30)	4,1
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir							3,07
Formation	25-Opportunités de formation	1 (11,1)	4 (44,4)	2 (22,2)	1 (11,1)	1 (11,1)	2,67
	26-Adéquation formation et travail	0	3 (33,3)	2 (22,2)	2 (22,2)	2 (22,2)	3,33
Moyenne de la dimension liée à la formation							2,9

Tableau 20: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Baie-Comeau)

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
	N††									
N††	13	10	13	10	13	10	13	10	13	10
Moyenne	4,4	4,03	3,66	3,86	3,02	3,38	3,1	3,07	2,46	2,9
Médiane	4,57	4,21	3,8	4,2	3	3,64	3	3	2	2,75

† : Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Les effectifs relatifs au changement de la satisfaction des TAP sont moins importants car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Conditions de vie et de travail des TAP

Les différents TAP rencontrés à Baie-Comeau semblent satisfaits du projet pilote et ils estiment que l'horaire à l'heure leur permet d'avoir une qualité de vie qui est bien meilleure à celle qu'ils avaient lorsqu'ils travaillaient avec les horaires de faction. Ce nouvel horaire leur permet en effet d'avoir une certaine qualité de vie sociale et de ne pas, par exemple, quitter leur domicile en plein milieu du repas, comme c'était parfois le cas, lorsqu'ils étaient en faction. Ayant une heure précise de début et de fin de quart de travail avec le projet pilote, les TAP estiment qu'ils peuvent à présent planifier d'autres activités socioprofessionnelles aussi bien durant leur semaine de travail que durant leur semaine de repos. Un TAP mentionnait à ce propos :

« Notre qualité de vie en est beaucoup améliorée. Lorsque notre quart est terminé, nous pouvons décrocher, améliorer notre vie familiale et passer à autre chose » (C111, 29 ans, 9,5 ans d'expérience)

Le fait de ne plus avoir à se préoccuper de la bonne marche du téléavertisseur au réveil et au coucher, ou encore de l'avoir tout le temps avec soi constitue un autre effet positif de la transformation des horaires de travail.

Cependant, le fait d'avoir l'obligation d'attendre pendant 12 heures de temps assis dans l'ambulance constitue une des principales difficultés rencontrées par les TAP dans l'exercice de leurs tâches professionnelles avec le changement de type d'horaires de travail. Le fait d'être limité dans leur déplacement lorsqu'ils sont en attente dans les ambulances sur une distance linéaire de 5 km, ainsi que la mention faite aux TAP de ne pas sortir ensemble du camion lors des périodes d'attente, constituent d'autres mesures mises en place par la compagnie ambulancière qui sont difficilement vécu par les TAP. Également, certains TAP rapportent plusieurs problèmes de santé potentiels liés à l'attente prolongée dans les ambulances :

« 12 heures assis dans un VA, c'est trop long! L'employeur devrait nous laisser le droit de sortir prendre un café » (C11, 22 ans, 1 an d'expérience)

« On veut moins d'heures de travail. 12 heures assis dans une ambulance sur le coin d'une rue est sujet à dépression....Au manque d'exercice, à vouloir toujours mangé et prendre du poids, nous rend sujet à des phlébites.... » (C15, 49 ans, 32 ans d'expérience)

« Je suis d'accord qu'il y a une grande amélioration du temps de réponse, j'aimerais que les points d'attente soient dotés d'une caserne ou de tout autre bâtiment dans lequel, l'attente pourrait se faire. Je crois que demeurer dans un camion pendant 12 heures est très néfaste pour la santé » (C112, 33 ans, 7 ans d'expérience)

Par contre, bien que la plupart des TAP rencontrés estiment qu'ils sont plus motivés à travailler avec les horaires à l'heure, nous avons rencontré un TAP qui préfère travailler avec les horaires de faction. Ce dernier mentionne :

« Le projet est bon pour la population, le délai est très rapide. Mais la nuit, un seul véhicule sur les 3 travaille....beaucoup trop d'argent jeté par la fenêtre.....Avant, j'aimais mon travail, mais aujourd'hui, j'ai hâte de finir ma journée et ne plus entendre parler d'ambulance. Plus, je suis en congé, plus je suis bien » (C15, 49 ans, 32 ans d'expérience)

Perception du changement sur la qualité des soins fournis par les TAP

Les professionnels des urgences rencontrés dans le cadre de l'évaluation mentionnent qu'il y a eu une amélioration notable des soins fournis aux usagers transportés. La revue régulière des dossiers des usagers transportés dans le service de traumatologie leur a permis de faire ce constat. Les discussions et les remises à nouveau semblent également plus faciles avec les nouveaux TAP recrutés dans le cadre du projet pilote. Ces derniers étant plus souples et ouverts à ce genre de démarche d'amélioration des compétences.

Autres effets du projet pilote

Avec le positionnement des ambulances à certains endroits du territoire et non pas au niveau des casernes, les TAP se font souvent solliciter par la population pour demander des conseils pour leur santé. La population leur soulignerait également le fait qu'elle se sentirait plus en sécurité avec la présence des ambulances sur le terrain.

Le recrutement de nouveaux TAP et le passage de certains TAP du statut de temps partiel à celui de temps plein ont aussi permis à de nouvelles personnes avec leurs familles de s'établir dans la région.

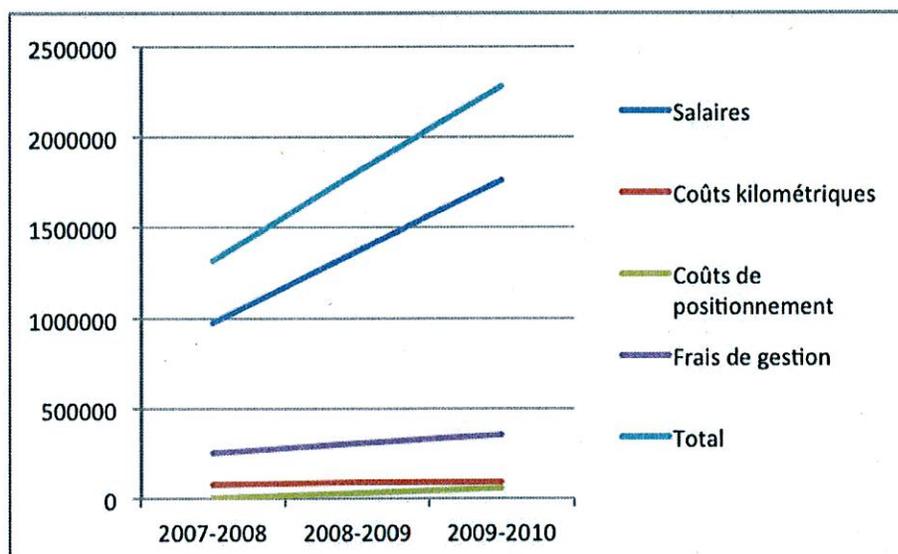
Coûts des projets pilotes

Étant donné que l'implantation du projet pilote à Baie-Comeau a commencé le 29 septembre 2008, les coûts de l'année financière 2007-2008 et celle de 2009-2010 ont été retenus pour procéder à l'identification des coûts récurrents du projet pilote. Avec l'implantation du projet pilote, le coût total associé au fonctionnement des services ambulanciers a augmenté de 73,70%. La contribution la plus importante à cette augmentation est liée à l'augmentation de 80,64% des coûts salariaux. L'augmentation des frais de gestion, administration et immobilisation de plus de 40% entre les deux années comparées contribue également à l'évolution du coût total constaté. Le tableau et la figure qui suivent présentent l'évolution des coûts du projet pilote à Baie-Comeau.

Tableau 21: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Baie-Comeau)

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	979 424	84 507	0	251 147	1 315 077
2008-2009	1 376 255	98 893	30 100	304 431	1 809 680
2009-2010	1 769 248	97 034		358 297	2 284 289
Δ	(81%)	(15%)	59 710	(42,66%)	(74%)

Figure 4 : Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Baie-Comeau)



Projet pilote de la Capitale Nationale (Portneuf)

Présentation de la région

Le projet pilote de la Capitale Nationale couvre le territoire de Portneuf qui est un espace carré caractérisé par la présence de peu de routes transversales. Ce qui peut entraîner que les TAP effectuent de nombreux détours pour rejoindre certains lieux d'appel.

Le territoire de Portneuf comprend 5 zones ambulancières couvertes par 4 compagnies ambulancières. Ces zones ambulancières sont :

- Zone de Saint-Catherine-de-la-Jacques-Cartier
- Zone de Saint-Raymond
- Zone de Donnacona
- Zone de Saint-Marc-des-Carrières
- Zone de Sain-Ubalde et du Lac Blanc

Les véhicules ambulanciers desservent 6 centres hospitaliers avec des urgences 24h/24 et 7j/7.

Contexte d'initiation du projet pilote

Les actions entreprises par les syndicats de TAP du territoire de Portneuf ont été l'un des précurseurs du projet provincial de transformation des horaires de travail et de déploiement dynamique des services ambulanciers. La mobilisation des médias depuis 2002, les demandes d'appui adressées à certains élus locaux et provinciaux, associées aux autres démarches initiées dans d'autres régions de la province, ont été des éléments qui ont permis d'aboutir à la mise en place, par le ministère de la santé et des services sociaux, du comité technique provincial «Gauthier». Ce comité technique formé à l'automne 2006 recommanda entre autres l'implantation à l'échelle provinciale de cinq projets pilotes, parmi lesquels figure le projet pilote de Portneuf dans la région de la Capitale-Nationale.

À l'instar d'autres régions, les recommandations du comité Gauthier sur la transformation des horaires de travail des TAP s'appuyaient principalement sur les différents paramètres de conception soumis par les représentants syndicaux du territoire de Portneuf. La partie patronale, les compagnies ambulancières concernées par le projet pilote, ainsi que l'agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale ne furent pas impliquées lors de la phase d'élaboration des paramètres de conception du projet soumis au comité Gauthier.

Après la publication du rapport Gauthier en 2007, l'agence de la santé et des services sociaux de la capitale nationale initia la mise en place de comité directeur pour soutenir le processus d'implantation du projet pilote. Ce comité directeur réunissait les représentants des quatre compagnies ambulancières, de l'agence de la santé, des syndicats de TAP et de la centrale de communication santé des capitales (CCSC) qui couvre le territoire de Portneuf. Il avait pour mission d'expliquer le projet pilote aux autres parties intervenant dans le projet pilote notamment les compagnies ambulancières et la CCSC, ainsi que définir les différents paramètres d'opérationnalisation du projet pilote, à savoir la préparation des protocoles de répartition des

ambulances sur le territoire, les ententes de gestion, la gestion des débuts et fin de quarts de travail ou encore la période de prise de repas des TAP. La date de début du projet pilote fut également définie par le comité directeur pour le 22 juin 2008.

Entre la date de mise en place du comité directeur et le début d'implantation du projet pilote, les rencontres du comité étaient mensuelles. Après le démarrage du processus d'implantation, les rencontres du comité régional d'implantation se faisaient au besoin. Au total, le comité s'est réuni 7 à 8 fois depuis l'initiation du projet pilote jusqu'à la période à laquelle cette évaluation a été réalisée, soit en mars 2010.

Modélisation logique

Le projet pilote vise principalement l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières et de la qualité de vie au travail des TAP. L'atteinte de ces objectifs passe par la transformation des horaires de faction en horaire à l'heure ainsi que par le déploiement dynamique des ambulances sur le territoire desservi. La transformation des horaires de travail a une influence directe sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP. Toutefois, compte tenu de la diminution du temps de couverture qui accompagne le projet pilote de Portneuf, très peu d'ajouts de ressources humaines (4 TAP temps plein) ont été nécessaires pour faire fonctionner le projet avec les nouveaux horaires.

Le déploiement dynamique des ambulances à certains points définis du territoire desservi influence principalement la couverture et la disponibilité des ambulances et ultimement le temps de réponse. Le déploiement dynamique requiert l'implication des ressources de la centrale de communication santé, la Centrale de Communication Santé des Capitales (CCSC). Dans le cas de Portneuf, on fait également mention de la présence d'une équipe de premiers répondants dont les actions devraient favoriser aussi le temps de réponse ambulancier.

Par ailleurs, la qualité du tri effectuée par la centrale de communication a une influence directe sur la disponibilité et la couverture et une influence indirecte sur le temps de réponse. Enfin, la mise en relation entre l'amélioration du temps de réponse avec les coûts investis permet d'améliorer l'efficacité globale du système.

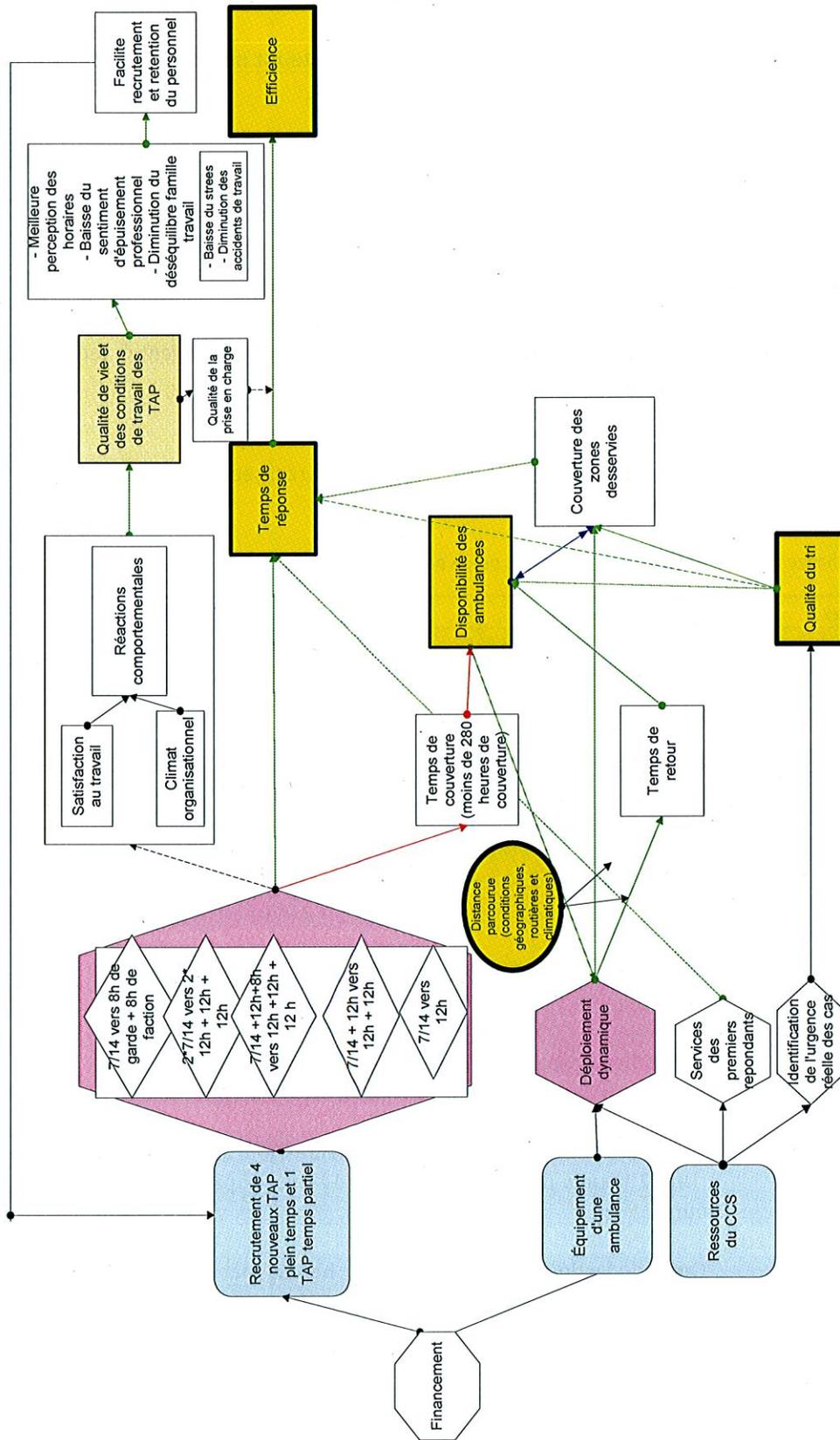


Figure 5: Modèle logique de projet pilote de Portneuf

Implantation du projet pilote

La date prévue par le comité directeur pour le démarrage du projet pilote fut maintenue. Et de ce fait, l'implantation du projet pilote de Portneuf commença le 22 juin 2008.

Ressources humaines

Contrairement aux autres régions, où l'implantation du projet pilote nécessitait le recrutement de nombreux TAP pour couvrir les horaires rajoutés par le projet pilote, la problématique des ressources humaines n'a pas été un grand enjeu dans l'implantation du projet de Portneuf. Telle que conçue, la transformation des horaires de faction en horaires à l'heure dans le territoire de Portneuf ne nécessitait en effet que l'ajout de quatre TAP additionnels temps plein. Ces postes furent comblés dès le début du projet pilote en sollicitant notamment les TAP de la région qui étaient à temps partiel.

Transformation des horaires

La transformation des horaires proposée par le comité Gauthier fut réalisée dès le début du processus d'implantation selon le tableau suivant :

Tableau 22: Aperçu du changement des horaires effectué dans le projet pilote de Portneuf

Zones ambulancières	Anciens horaires	Horaires du projet pilote
Sainte-Catherine-de-la-Jacques-Cartier	Horaire de faction 7/14	Coreflex avec 8 heures dans le véhicule et 8 heures en faction
Saint Raymond	Deux horaires de faction 7/14	- Deux quarts de 12 heures par sur 7 jours - Rajout d'un 12 heures par jour sur 7 jours - Rajout d'un 12 heures par jour sur 7 jours
Donnacona	- Quart de faction 7/14 - Un 12 heures par jour sur 7 jours - Un 8 heures par jour sur 7 jours	- 12 heures/jour sur 7 jours - Un 12 heures par jour sur 7 jours - Un 12 heures par jour sur 7 jours
Saint-Marc-des-Carières	- Quart de faction 7/14 - Un 12 heures par jour sur 7 jours	- 12 heures/jour sur 7 jours - Un 12 heures par jour sur 7 jours
Saint-Ubalde et Lac Blanc	- Quart de faction 7/14	- 12 heures par jour sur 7 jours

En plus de la transformation des horaires suggérée dans le rapport Gauthier, certains ajustements ont eu lieu notamment dans la zone de Sainte-Catherine. Au tout début du processus d'implantation, l'horaire hybride « Coreflex » de cette zone était organisé comme suit : un huit heures à l'heure soit de 6.00 am à 2.00 pm et un huit heures de faction entre 2.00 pm et 10.00 pm. Mais compte tenu du nombre important d'appels pour les transferts pendant la période de faction (entre 2.00 pm et 10.00 pm) et suite aux demandes formulées par les TAP, l'horaire « Coreflex » fut décalé au bout des six premiers mois d'implantation de sorte que les TAP travaillent à l'heure entre 3.00 pm et 11 pm et par la suite en faction entre 11.00 pm et 7.00 am.

Déploiement dynamique

Dans le territoire de Portneuf, le déploiement dynamique qui est pratiqué est un déploiement interzone. Des points d'attente prioritaires des ambulances ont été définis à certains endroits du territoire couvert par les différentes parties impliquées dans le processus d'implantation du projet pilote. Étant donné la grandeur du territoire à couvrir et donc l'éloignement entre les différents points d'attente, associé également au nombre relativement important de compagnies ambulancières dans le territoire de Portneuf (quatre compagnies) qui, de surcroît avaient l'habitude de travailler essentiellement dans leur zone, la mise en œuvre du déploiement dynamique fut une démarche qui nécessita plusieurs ajustements au cours du processus d'implantation du projet pilote.

La grandeur du territoire de Portneuf explique le fait que les différents points d'attente des ambulances sont éloignés les uns des autres, ce qui peut entraîner, lors de la réalisation du déploiement dynamique, un déplacement important des différents véhicules ambulanciers. À titre illustratif, au cours de la première année d'implantation du projet pilote, les points d'attente prioritaires qui avaient été définis étaient Saint-Casimir et Pont-Rouge qui sont respectivement situés aux extrémités est et ouest du territoire de Portneuf. Toutefois, la désignation par la CCSC, au cours de la deuxième année d'implantation de Pont-Rouge comme unique point d'attente de couverture prioritaire, et ce, en tenant compte du nombre plus important d'appels en provenance de cet endroit, a eu comme effet indirect d'amener le deuxième véhicule de la zone Saint-Marc-des-Carières à effectuer beaucoup de déplacements à vide pour couvrir ce nouveau point d'attente prioritaire.

Par ailleurs, le protocole de répartition actuellement pratiqué par la CCSC fait encore l'objet de plusieurs interrogations de la part de plusieurs acteurs impliqués dans le projet pilote. Ces interrogations concernent plus particulièrement le fait de positionner les véhicules ambulanciers principalement dans la zone de couverture prioritaire et non pas à des endroits qui sont situés à mi-distance des différentes zones desservies par le projet pilote.

Ambulances et autres équipements

Le projet pilote de Portneuf ne nécessitait pas de rajout de nouvelles ambulances. Et de ce fait, aucune ambulance n'a été rajoutée. Toutefois, une ambulance qui servait de mulet a été équipée d'un moniteur-défibrillateur pour servir de véhicule de remplacement.

Compte tenu de l'absence de commodités au niveau de certains points d'attente, l'agence de la santé et des services sociaux a mis à la disposition des TAP de salles de bains à certains points d'attente.

Financement

Le financement prévu a été obtenu du ministère de la Santé et des Services sociaux dès le début du processus d'implantation du projet pilote. Toutefois, avec les nombreux déplacements à vide que les ambulances effectuent et les bris mécaniques qui pourraient en résulter, les représentants des compagnies ambulancières estiment que le financement initialement prévu risque de ne pas couvrir toutes les dépenses liées à l'implantation du projet pilote.

La compagnie ambulancière qui pratique l'horaire Coreflex estime également que les différents paramètres liés au paiement de l'horaire Coreflex ne sont pas tout à fait clairs, car ce type d'horaire n'est pas inclus dans les différentes modalités de paiement répertoriées dans les ententes de convention collective signée entre les syndicats, le ministère et la partie patronale.

Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote

Comme mentionné en introduction, les paramètres de conception du projet pilote de Portneuf présentés au comité Gauthier ont été principalement élaborés par les représentants syndicaux. Tel que conçu, le projet pilote de transformation des horaires a entraîné une diminution du temps de couverture de 280 heures sur l'ensemble du territoire de Portneuf. Cette diminution du nombre d'heures de couverture explique en partie les réticences de certaines compagnies ambulancières à s'impliquer de façon plus positive dans le processus d'implantation du projet pilote. Ainsi, certaines compagnies ambulancières exerçant sur le territoire de Portneuf ont vu leurs temps de couverture et donc la possibilité d'effectuer des transports de patients se réduire. En effet, trois sur les cinq compagnies ambulancières exerçant sur le territoire de Portneuf, n'étaient pas en accord avec les paramètres de transformation des horaires suggérés par le projet pilote. Elles considèrent que le projet pilote tel que conçu ne permet pas d'améliorer le temps d'intervention des services ambulanciers. La première compagnie ambulancière qui couvre la zone de Saint-Ubalde, Saint-Thuribe et le Lac Blanc considère que la transformation d'un horaire de faction 7/14 qui permettait de couvrir le territoire pendant 24 heures en un seul horaire à l'heure de 12 heures, ainsi que le déplacement du point de positionnement de son ambulance du point d'attente de Saint-Ubalde vers celui de Saint-Casimir sont tous des éléments du projet pilote qui limitent l'offre adéquate de services ambulanciers à la population de leur zone. D'ailleurs suite à ces transformations, la population de Saint-Ubalde avait sollicité l'appui du député de la zone pour le maintien de leur ambulance. La deuxième compagnie ambulancière qui couvre la zone de Donnacona estime aussi que la transformation de l'horaire de faction 7/14 en un horaire à l'heure de 12 heures réduit également l'offre de services qu'elle fournissait à la population de sa zone avant l'implantation du projet pilote. Tandis que la troisième compagnie estime que la transformation du quart de faction 7/14 en un horaire hybride Coreflex avec un 8 heures de faction et un 8 heures à l'heure réduit également le temps de couverture de 56 heures par semaine dans la zone de Saint-Catherine-de-la-Jacques-Cartier.

Ce faisant, le désaccord exprimé par ces trois compagnies ambulancières sur les paramètres de conception du projet pilote a limité la nature et l'intensité de leur implication dans la dynamique de concertation et de collaboration qui était nécessaires au processus d'implantation du projet pilote ce, aussi bien au niveau des différentes activités du comité directeur, qu'au niveau de la réalisation du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers.

Par ailleurs, l'expérimentation de l'horaire hybride Coreflex dans la zone ambulancière de Saint-Catherine-de-la-Jacques-Cartier constitue un autre élément qui a limité le processus d'implantation et par conséquent la production des effets du projet. La longueur du quart de travail avec l'horaire hybride Coreflex (16 heures avec parfois des débordements de fin de quarts) a eu des effets sur la motivation et la rétention du personnel dans cette zone. Au démarrage du projet, un des 4 TAP de la zone aurait démissionné à cause de l'implantation de l'horaire Coreflex, tandis qu'un autre aurait demandé un congé sans solde, chose qui lui a été refusée. Lorsque s'ajoute à cela le fait que certains TAP étaient dès au départ très peu favorable à l'implantation du projet pilote, - les horaires de faction leur permettaient d'avoir d'autres activités socioprofessionnelles parallèlement à leur travail

de TAP- l'on peut considérer que la conjugaison de ces différents ont grandement influencé la dynamique d'implantation du projet pilote dans la région de Portneuf.

Cependant, en dehors du cas des TAP qui travaillent avec l'horaire Coreflex, la plupart des autres TAP estiment que leur qualité de vie au travail s'est grandement améliorée avec l'implantation du projet pilote.

La non-satisfaction ou encore la non-compréhension des principes du déploiement dynamique régional constitue également un autre facteur qui a influencé le processus de mise en œuvre du projet pilote. En effet, certains représentants de compagnies ambulancières ainsi que certains TAP ont exprimé leur préoccupation quant à l'efficacité du déploiement dynamique tel qu'actuellement pratiqué sur le temps de réponse. Ils estiment que l'absence de points d'attente situés à mi-distance des différentes zones à couvrir occasionne plusieurs déplacements à vide. En plus d'avoir le sentiment d'être toujours en déplacement, les TAP et les représentants des compagnies ambulancières estiment que ces fréquents déplacements conduit à découvrir une grande étendue du territoire où certes la densité populationnelle n'est pas aussi importante au profit d'autres zones qui sont plus densément peuplées.

L'existence de travaux de reconstruction sur certains ponts notamment de celui de Saint-Casimir entre les mois de février et novembre 2009 a également occasionné certains détours des véhicules ambulanciers lors qu'il était question de répondre aux appels provenant de la zone de Saint-Ubalde, Saint-Thuribe et le Lac Blanc. Il en est de même pour la fermeture momentanée des ponts de Pont-Rouge et de Donnacona. Ces différents évènements ont également influencé l'amélioration du temps de réponse des services ambulanciers dans le territoire de Portneuf.

Mentionnons enfin que l'arrêt des rencontres du comité directeur qui a été décidé par l'agence de la santé et des services sociaux à la suite du dépôt de son rapport d'évaluation à l'été 2009, a été un élément qui a limité les possibilités de concertation entre les différents acteurs sur certains enjeux du processus d'implantation. De ce fait, certains acteurs rencontrés déplorent l'absence de ces rencontres qui auraient pu permettre aux différentes parties d'exposer leurs points de vue respectifs et de tenter de trouver par exemple des solutions plus adéquates aux difficultés rencontrées dans la pratique du déploiement dynamique des véhicules ambulanciers.

La représentativité au sein du comité directeur d'implantation du projet pilote a également influencé le processus d'implantation. Certains TAP et représentants des compagnies ambulancières rencontrés estiment en effet que leurs différentes préoccupations n'ont pas été suffisamment prises en considération par le comité directeur et de ce fait, ils estiment qu'au lieu d'avoir un seul représentant des TAP pour toutes les zones, il aurait été plus judicieux d'associer un membre de chacune des cinq zones ambulancières dans le comité directeur. Ceci permettrait de prendre davantage en considération les différentes préoccupations vécues par les TAP dans chacune des zones ambulancières concernées par le projet pilote.

Effets du projet pilote

Temps de réponse

Cette section inclut des données sur le nombre et la distribution selon le code de priorité des appels, des données sur la durée de transport (entre le lieu de l'incident et l'hôpital), les résultats de l'analyse proprement dite des données de chronométrie ainsi que l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse.

Description de la distribution des appels

Dans les zones ambulancières couvertes par le projet pilote de Portneuf, le nombre total d'appels a légèrement augmenté entre les deux périodes à l'étude (mai-octobre 2007 et mai-octobre 2009). La proportion d'appels de priorité 1 est demeurée stable, tandis que c'est la proportion d'appels de priorité 3 qui est un peu plus grande. Lorsque le calcul de nombre d'appels est effectué sur une durée d'une année, on constate une diminution de 11% du nombre total d'appels mais une hausse importante des proportions d'appels de priorité 1 et 3.

Le tableau suivant présente la répartition des appels selon les périodes (année ou période de 6 mois) en fonction des codes de priorité.

Tableau 23: Description de la répartition des appels en fonction des codes de priorité d'affectation (Portneuf)

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1	1569 (35,2)	1634 (41,2)	+6,0 ⁽¹⁾	912 (41,0)	956 (41,1)	0
3	440 (9,9)	670 (16,9)	+7,0 ⁽¹⁾	310 (14,0)	387 (16,6)	+2,6 ⁽¹⁾
Sous total	2009 (45,0)	2304 (58,1)	13 ⁽¹⁾	1222 (55,0)	1343 (57,7)	+2,7 ⁽¹⁾
Autres codes	2453 (55,0)	1663 (41,9)	-13,1 ⁽¹⁾	1000 (45,0)	983 (42,3)	-2,7 ⁽¹⁾
Total	4462 (100,0)	3967 (100,0)	-11,1 ⁽²⁾	2222 (100,0)	2326 (100,0)	+4,7 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité : $\%_{2009} - \%_{2007}$

(2) Variation relative du nombre d'appels : $(N_{2009} - N_{2007}) / N_{2007}$

Par ailleurs, le tableau 24 indique que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence de temps de réponse objectivée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis. Pour les appels de priorité 1, la durée du transport du lieu d'incident vers l'hôpital est passée de 26,7 mn en 2007 à 28,2 mn en 2009. Pour les appels de

priorité 3, cette durée de transport était de 27,1 mn en 2007 et de 27,4 mn en 2009. Nous rapportons dans le tableau ci-après les chiffres exhaustifs des analyses effectuées.

Tableau 24: Description de la distribution des appels (Portneuf)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)†	ÉTÉ 2007		ÉTÉ 2009		P
	N	Moy (méd)	N	Moy (méd)	
Durée du transport vers l'hôpital					
Code 1	902	26,66 (26,0)	938	28,22 (27,0)	0,02
Code 3	305	27,09 (28,0)	382	27,36 (28,0)	0,81

Analyse des données de chronométrie

L'analyse des données de chronométrie des interventions ambulancières pour le territoire de Portneuf nous a permis de constater une amélioration statistiquement significative du délai de mise en route qui est la période de temps entre la réception de l'appel de la centrale et le départ des TAP. Pour la période de mai à octobre 2007 (période pré), la moyenne du délai de mise en route pour les appels de priorité 1 était de 3,76 mn tandis qu'aux mêmes dates en 2009, soit un après l'implantation du projet pilote (période post), la moyenne de ce délai était de 0,6 mn, ce qui représente une diminution de 3,16 mn. Pour les appels de priorité 3, la moyenne observée pour ce délai était de 3,04 mn en mai et octobre 2007, tandis que pour la même période en 2009, cette moyenne était de 0,35 mn, soit une diminution de 2,69 mn.

Par contre il n'y a pas eu de changement statistiquement significatif pour la durée de déplacement qui est le temps entre le départ des TAP après la réception de l'appel par la centrale et leur arrivée sur le lieu de l'incident. Pour les appels de priorité 1, la moyenne pour cette période était de 8,66 mn en mai et octobre 2007 et de 9,16 mn en mai et octobre 2009 (augmentation de 0,5 mn). Pour les appels de priorité 3, la moyenne pour la durée de déplacement des TAP était de 9,57 mn en 2007 et de 9,73 mn en 2009, soit une augmentation de 0,16mn.

Pour le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident qui est la somme des deux premières durées, nous avons constaté une amélioration significative du temps de réponse entre les deux périodes à l'étude. Pour les appels de priorité 1, on est passé d'une moyenne de 12,41 mn en 2007 à une moyenne de 9,66 mn en 2009 (diminution de 2,76mn), tandis que pour les appels de priorité 3, la moyenne du délai d'arrivée sur le lieu d'incident est passée de 12,61 mn à 10,06 mn (diminution de 2,55 mn). Pour l'ensemble des appels (code 1 et 3), on constate également une diminution de 2,69mn pour le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident.

Par ailleurs, le pourcentage de personnes prises en charge selon les temps de référence utilisés pour l'offre de services préhospitaliers d'urgence a augmenté entre les deux périodes de l'évaluation. Pour les appels de priorité 1, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 8 mn est passé de 21,7% à 46,5% entre les périodes pré (mai et octobre 2007) et post (mai et octobre 2009)

de l'évaluation. Tandis que pour les appels de priorité 3, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 10 mn est passé de 34,4% en 2007 à 55,2% en 2009.

Enfin, mentionnons que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence des temps de réponse observée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels les appels ont été émis.

Nous rapportons dans le tableau ci-après les chiffres exhaustifs des analyses effectuées.

Tableau 25: Données de chronométrie pour le temps de réponse (Portneuf)

Indicateurs de chronométrie (en minutes) [†]	N	ÉTÉ 2007 Moy [méd] (IC 95%)	N	ÉTÉ 2009 Moy [méd] (IC 95%)	Δ ^{††} ₂₀₀₉₋₂₀₀₇ (IC 95%)	p
A. Délai de mise en route						
Code 1	900	3,76 [3,0] (3,51; 4,02)	934	0,60 [0] (0,48; 0,72)	-3,16 (-3,44; -2,88)	<0,0005
Code 3	305	3,04 [1,0] (2,66; 3,43)	381	0,35 [0] (0,25; 0,46)	-2,69 (-3,09; -2,29)	<0,0005
B. Durée du déplacement vers le lieu de l'incident						
Code 1	901	8,66 [8,0] (8,18; 9,14)	935	9,16 [7,0] (8,65; 9,67)	+0,50 (-0,20; +1,20)	0,16
Code 3	305	9,57 [9,0] (8,88; 10,26)	380	9,73 [8,0] (8,98; 10,47)	+0,16 (-0,88; +1,20)	0,76
C. Délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident						
Code 1	899	12,41 [12,0] (11,89; 12,93)	931	9,66 [8,0]	-2,76 (-3,48; -2,04)	<0,0005
Code 3	305	12,61 [12,0] (11,88; 13,34)	379	10,06 [9,0] (9,31; 10,80)	-2,55 (-3,62; -1,49)	<0,0005
Codes 1+3	1204	12,46 [12,0] (12,03; 12,89)	1310	9,77 [8,0] (9,36; 10,18)	-2,69 (-3,29; -2,09)	<0,0005
D. % selon les temps de référence[‡]						
	N	% (IC 95%)		% (IC 95%)	RR _{2009/2007} (IC 95%)	p
≤8 min (code 1)	899	21,7% (19,0; 24,4)	931	46,5% (43,3; 49,7)	2,15 (1,86; 2,47)	<0,0005
≤10 min (code 3)	305	34,4% (29,1; 39,8)	379	55,2% (50,1; 60,2)	1,60 (1,34; 1,92)	<0,0005

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mise en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180mn (pour C et D)

†† : Différence de moyenne (Moy₂₀₀₉-Moy₂₀₀₇)

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence

Analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse

Les différents acteurs rencontrés lors cette évaluation estiment qu'un gain temps de réponse des interventions ambulancières devrait théoriquement résulter de la transformation des horaires de faction en horaires à l'heure, car avec les nouveaux horaires, les TAP n'ont plus à déplacer de leur domicile pour se rendre à caserne pour prendre le véhicule ambulancier et répondre à l'appel. Nous rapportons les propos de certains TAP sur leur perception quant à l'amélioration du temps de réponse dans certaines zones avec l'implantation du projet pilote :

« Le temps de réponse et l'efficacité du service sont de beaucoup meilleures » (P32, 36 ans, 9 ans d'expérience)

« Je crois que ce projet pilote est très bénéfique pour le patient. Nous arrivons très rapidement sur les lieux, d'ailleurs les patients nous le disent très souvent et c'est le but premier de notre travail » (P42, 22 ans, 2 ans)

Toutefois, la diminution de 280 heures de couverture ambulancière par semaine incluse dans les paramètres de conception du projet pilote a réduit le temps dans certaines zones ambulancières. En effet, la zone de Saint-Ubalde qui a vu leur ambulance déplacée à Saint-Casimir afin qu'elle puisse davantage participer au déploiement dynamique régional, certains représentants de l'agence de la santé estiment que le temps de réponse dans cette zone n'a pas été amélioré. Il en est de même pour la zone de Sainte-Catherine où l'horaire de faction a été transformé en horaire hybride, avec une découverte de 8 heures de jour. Cette découverte durant ces 8 heures aurait également limité, selon les TAP de la zone, l'amélioration du temps de réponse ambulancier, selon les TAP et les représentants de la compagnie ambulancière rencontrés.

Par ailleurs, les représentants des compagnies ambulancières estiment que s'il y a une amélioration du temps de réponse avec l'implantation du projet pilote, cette amélioration serait surtout due au changement d'horaire et non au déploiement dynamique des ambulances. Ils questionnent en effet l'efficacité du déploiement dynamique tel qu'actuellement pratiqué par la CCSC.

Qualité de vie au travail des TAP

Sondage de satisfaction auprès des TAP⁵

Pour le territoire de Portneuf, nous avons transmis 70 questionnaires pour l'ensemble des TAP concernés par le projet pilote. De ces 70 questionnaires, 28 nous ont été retournés. Ce qui représente un taux de réponse de 40%.

L'analyse de la dimension « Satisfaction personnelle » des TAP (questions 1 à 7) pour le territoire de Portneuf fait ressortir un score moyen de 4,13. Ce faisant, sur la contribution à la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients, les TAP se disent dans l'ensemble « Satisfaits » sur notre échelle de mesure. Lorsque l'on demande à ceux qui étaient présents avant l'implantation du projet pilote, leur perception de changement de la situation relativement à cette dimension, le score moyen est de 4,00. Ce qui traduit une situation perçue comme « Amélioré ».

Pour la dimension de la « satisfaction liée à la charge de travail », les analyses effectuées font ressortir un score moyen de 3,53 donc un niveau « Satisfait » sur notre échelle de mesure. Sur l'ensemble des questions de cette dimension, la moyenne des réponses à la question 11 qui porte sur les conditions d'attente des TAP est la plus faible. Elle est de 2,70. La moyenne du niveau de changement perçu entre la période avant l'implantation et celle après l'implantation est de 3,52 (« Amélioré »).

La moyenne de la dimension de « satisfaction en lien avec le support professionnel » que les TAP reçoivent de leur superviseur ou de leur collègue (questions 13 à 19) est de 3,61 (« Satisfait ») tandis que la moyenne du changement perçu sur cette dimension entre la période d'avant et d'après implantation est de 3,70 (« Amélioré »).

Relativement à la dimension de la « satisfaction portant sur la paie et les perspectives d'avenir » des TAP (questions 20 à 24), les analyses font ressortir un score moyen de 3,59 (« Satisfait »). Notons toutefois que la moyenne des réponses à la question relative aux chances d'avancement professionnel (question 23) est la plus faible pour cette dimension de la satisfaction. Elle est de 2,65.

Pour la même dimension, le score moyen du changement perçu entre la période avant l'implantation et celle d'après est de 3,43 (« Amélioré »). À ce niveau, c'est également les réponses à la question liée aux chances d'avancement professionnel qui ont la moyenne la plus faible (moyenne de 2,64).

Enfin pour la dimension de « satisfaction liée à la formation des TAP », la score moyen observé est de 3,5 (« Satisfait »), tandis que la moyenne de la perception de changement sur cette dimension avec l'implantation du projet pilote est de 3,43 (« Amélioré »).

⁵ Nous présentons l'ensemble des résultats du sondage en mettant un accent particulier sur les moyennes des réponses qui sont inférieures ou égales à 3.

Nous présentons dans les tableaux qui suivent la distribution des niveaux de satisfaction observés pour chacune des questions de satisfaction. Le tableau 26 présente le niveau de satisfaction « actuel » des TAP tel que perçu lors l'enquête. Le tableau 27 présente les données sur le changement de la satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets pilotes. Le tableau 28 présente les données agrégées sur les 5 dimensions de la satisfaction des TAP.

Tableau 26: Données de la satisfaction "actuelle" des TAP (Portneuf)

Dimension de la satisfaction		Niveau de satisfaction					Moyenne
		Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	
		N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	0	4 (14,8)	13 (48,1)	10 (37,0)	4,22
	2-Contribution aux soins	2 (3,6)	0	5 (8,9)	13 (23,2)	36 (64,3)	4,44
	3-Défis dans le travail	1 (1,8)	1 (1,8)	10 (17,9)	16 (28,6)	28 (50,0)	4,04
	4-Diversification du travail	2 (3,7)	1 (1,9)	6 (11,1)	23 (42,6)	22 (40,7)	4,19
	5-Soins fournis	1 (1,8)	3 (5,4%)	8 (14,3)	15 (26,8)	29 (51,8)	3,89
	6-Qualité du travail	1 (1,8)	1 (1,8)	2 (3,6)	19 (33,9)	33 (58,9)	4,56
	7-Indépendance	1 (1,8)	4 (7,1)	12 (21,4)	20 (35,7)	19 (33,9)	3,62
Moyenne de la dimension personnelle							4,13
Charge de travail	8-Temps des soins	1 (1,8)	1 (1,8)	13 (23,2)	16 (28,6)	25 (44,6)	3,89
	9-Temps des services	1 (1,8)	0	8 (14,3)	18 (32,1)	29 (51,8)	4,22
	10-Charge de travail	1 (1,8)	2 (3,6)	5 (8,9)	23 (41,1)	24 (42,9)	3,70
	11-Conditions d'attente	4 (7,3)	8 (14,5)	18 (32,7)	17 (30,9)	8 (14,5)	2,70
	12-Temps des déplacements	1 (1,9)	4 (7,5)	15 (28,3)	23 (43,4)	10 (18,9)	3,07
	Moyenne de la dimension liée à la charge de travail						
Support professionnel	13-Support du superviseur	19 (39,6)	4 (8,3)	6 (12,5)	7 (14,6)	12 (25,0)	3,35
	14-Échanges sur les difficultés	7 (13,0)	8 (14,8)	9 (16,7)	15 (27,8)	15 (27,8)	3,26
	15-Support dans le travail	7 (12,7)	5 (9,1)	18 (32,7)	16 (29,1)	9 (16,4)	3,44
	16-Traitement du superviseur	5 (10,4)	4 (8,3)	9 (18,8)	17 (35,4)	13 (27,1)	3,94
	17-Sentiment d'appartenance	4 (7,3)	3 (5,5)	9 (16,4)	16 (29,1)	23 (41,8)	3,44
	18-Interaction avec toutes les personnes	1 (1,8)	3 (5,5)	4 (7,3)	27 (49,1)	20 (36,4)	3,93
	19-Interaction avec les collègues	2 (3,7)	3 (5,6)	18 (33,3)	31 (57,4)	31 (57,4)	4,07
Moyenne de la dimension liée au support professionnel							3,61
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	6 (10,9)	8 (14,5)	15 (27,3)	18 (32,7)	8 (14,5)	3,22
	21-Heures effectuées	3 (5,6)	2 (3,7)	8 (14,8)	22 (40,7)	19 (35,2)	3,89
	22-Planification des horaires	5 (9,3)	2 (3,7)	8 (14,8)	14 (25,9)	25 (46,3)	3,85
	23-Avancement professionnel	12 (21,8)	8 (14,5)	14 (25,5)	15 (27,3)	6 (10,9)	2,65
	24-Sécurité d'emploi	3 (5,5)	1 (1,8)	8 (14,5)	18 (32,7)	25 (45,5)	4,33
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir							3,59
Formation	25-Opportunités de formation	9 (16,4)	5 (9,1)	17 (30,9)	14 (25,5)	10 (18,2)	3,30
	26-Adéquation formation et travail	2 (3,6)	3 (5,3)	13 (23,6)	20 (36,4)	17 (30,9)	3,70
Moyenne de la dimension liée à la formation							3,5

Tableau 27: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Portneuf)

Dimension de sa satisfaction	Niveau de satisfaction					Moyenne	
	Très détérioré	Détérioré	Neutre	Amélioré	Très amélioré		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	0	6 (26,1)	14 (31,8)	20 (45,5)	4,09
	2-Contribution aux soins	1 (4,3)	0	4 (17,4)	13 (29,5)	23 (52,3)	4,13
	3-Défis dans le travail	2 (8,7)	0	3 (13)	9 (39,1)	9 (39,1)	4
	4-Diversification du travail	1 (4,3)	0	3 (13)	9 (39,1)	10 (43,5)	4,17
	5-Soins fournis	1 (4,3)	0	9 (39,1)	7 (30,4)	6 (26,1)	3,74
	6-Qualité du travail	1 (4,3)	0	3 (13)	8 (34,8)	11 (47,8)	4,22
	7-Indépendance	2 (8,7)	0	7 (30,4)	8 (34,8)	6 (26,1)	3,70
Moyenne de la dimension personnelle							4
Charge de travail	8-Temps des soins	2 (8,7)	0	7 (30,4)	5 (21,7)	9 (39,1)	3,83
	9-Temps des services	1 (4,3)	1 (4,3)	4 (17,4)	9 (39,1)	8 (34,8)	3,96
	10-Charge de travail	2 (8,7)	1 (4,3)	6 (26,1)	10 (43,5)	4 (17,4)	3,57
	11-Conditions d'attente	5 (22,7)	3 (13,6)	2 (9,1)	8 (36,4)	4 (18,2)	3,14
	12-Temps des déplacements	2 (9,1)	6 (27,3)	2 (9,1)	6 (27,3)	6 (27,3)	3,36
Moyenne de la dimension liée à la charge de travail							3,52
Support professionnel	13-Support du superviseur	1 (6,7)	4 (26,7)	4 (26,7)	2 (13,3)	4 (26,7)	3,27
	14-Échanges sur les difficultés	1 (4,3)	2 (8,7)	10 (43,5)	5 (21,7)	5 (21,7)	3,48
	15-Support dans le travail	1 (4,3)	1 (4,3)	7 (30,4)	12 (52,2)	2 (8,7)	3,57
	16-Traitement du superviseur	1 (6,3)	1 (6,3)	3 (18,8)	3 (18,8)	8 (50)	4
	17-Sentiment d'appartenance	2 (8,7)	2 (8,7)	3 (13)	11 (47,8)	5 (21,7)	3,65
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	0	8 (34,8)	10 (43,5)	5 (21,7)	3,87
	19-Interaction avec les collègues	0	0	8 (34,8)	6 (26,1)	9 (39,1)	4,04
Moyenne de la dimension liée au support professionnel							3,7
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	2 (8,7)	2 (8,7)	12 (52,2)	6 (26,1)	1 (4,3)	3,09
	21-Heures effectuées	4 (17,4)	0	5 (21,7)	5 (21,7)	9 (39,1)	3,65
	22-Planification des horaires	2 (8,7)	2 (8,7)	4 (17,4)	7 (30,4)	8 (34,8)	3,74
	23-Avancement professionnel	4 (18,2)	4 (18,2)	10 (45,5)	4 (18,2)	0	2,64
	24-Sécurité d'emploi	0	0	6 (26,1)	10 (43,5)	7 (30,4)	4,04
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir							3,43
Formation	25-Opportunités de formation	1 (4,3)	3 (13)	9 (39,1)	8 (34,8)	2 (8,7)	3,3
	26-Adéquation formation et travail	0	2 (8,7)	8 (34,8)	11 (47,8)	2 (8,7)	3,57
Moyenne de la dimension liée à la formation							3,43

Tableau 28: Données sur la satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Portneuf)

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
N††	27	23	28	24	27	25	27	23	27	23
Moyenne	4,13	4	3,53	3,52	3,61	3,7	3,59	3,43	3,5	3,43
Médiane	4,42	4,14	3,6	3,5	3,8	3,85	3,8	3,6	4	3,5

†: Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Les effectifs relatifs au changement de la satisfaction des TAP sont moins importants car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Conditions de travail et qualité de vie des TAP

Contrairement aux autres projets pilotes, l'implantation du projet pilote de Portneuf ne semble pas avoir généré de consensus sur l'amélioration des conditions de vie et de travail des TAP. En effet, les TAP des zones qui se sont vus attribuer l'horaire Coreflex (zone de Saint-Catherine) ainsi que ceux des zones dans lesquelles de nombreux déplacements à vide sont effectués, ne considèrent pas que le projet pilote ait permis d'améliorer leurs conditions de vie et de travail.

Les premiers considèrent que leur charge de travail a considérablement augmenté avec l'implantation de l'horaire hybride «Coreflex». Ils sont souvent amenés à faire des quarts de travail de près de 16 heures. Les débordements de fin de quarts ainsi que les découvertures liées aux règles de la CSST (un TAP ne doit pas travailler plus de 16 heures d'affilée auquel cas, il ferme le véhicule ambulancier et prend un repos de 8 heures) font que cet horaire semble difficilement vécu par les TAP. Voici quelques exemples de propos rapportés par les TAP sur le travail avec les horaires hybrides Coreflex :

« Cet horaire est très difficile à gérer dans un contexte familial. Très difficile de trouver garderie ou gardienne et très peu de personnel à temps partiel intéressé à venir nous remplacer » (P12, 38 ans, 1,5 an d'expérience)

« Horaire Coreflex: pire horaire jamais testé, complètement inutile » (P410, 33 ans, 9 ans d'expérience)

Les seconds considèrent quant à eux que le déploiement dynamique les conduit d'une part à parcourir de grandes distances sans nécessairement offrir plus de services à la population, et d'autre part, à également effectuer de nombreux déplacements à vide, ainsi qu'à s'éloigner de leur zone de couverture d'origine. Le corolaire des déplacements éloignés des zones de couverture d'origine est qu'ils n'ont pas la possibilité de retourner manger dans leur zone d'appartenance d'origine. Toutes choses qui les amènent soit à conserver et à prendre leur repas dans des endroits non nécessairement appropriés comme dans les ambulances, soit de manger de façon régulière dans les restaurants. Cette deuxième alternative pouvant leur revenir cher à la longue. Les propos suivants illustrent ces constats :

« Jamais ou presque jamais d'endroits pour prendre notre repas comme le prévoit la convention collective » (P31, 39 ans, 19 ans d'expérience)

« Le problème récurrent est le manque de locaux pour manger sans déboursier de nos poches au restaurant » (P32, 36 ans, 9 ans d'expérience)

Perception du changement de la qualité des soins fournis par les TAP

Étant donné que le projet pilote de Portneuf n'a pas nécessité le recrutement de nouveaux TAP et vu qu'il n'intégrait aucun volet de formation supplémentaire, les professionnels des urgences hospitalières n'ont pas constaté d'amélioration sur la qualité des soins apportés aux usagers.

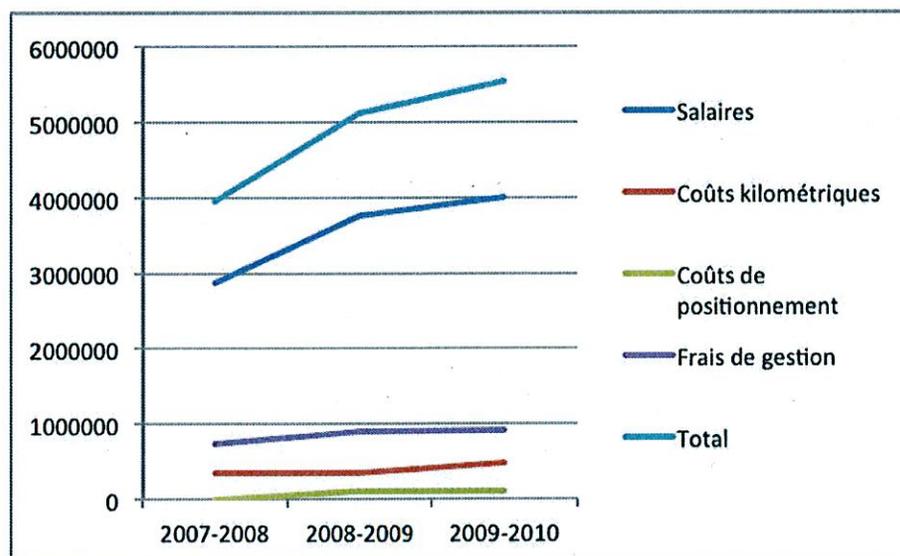
Coûts des projets pilotes

Le projet pilote de Portneuf a commencé le 22 juin 2008. Les coûts récurrents retenus dans le cadre de cette évaluation ont donc été les coûts de l'année financière antérieure au processus d'implantation (2007-2008) et les coûts de l'année financière après l'implantation (2009-2010). Le coût total de fonctionnement des services ambulanciers en lien avec l'implantation du projet pilote a augmenté d'environ 40%. Cette augmentation étant beaucoup plus associée coûts des salaires et aux frais de gestion, administration et immobilisation. Le tableau et le graphe suivants présentent l'évolution des coûts du projet pilote à Portneuf.

Tableau 29: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Portneuf)

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	2 876 503	350 250	0	742 802	3 969 554
2008-2009	3 758 974	349 803	119 939	902 426	5 131 142
2009-2010	4 015 626	487 914		932 806	5 556 285
Δ	(40%)	(39%)	119 939	(26%)	(40%)

Figure 6: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Portneuf)



Projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Présentation de la région

Le projet pilote de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean couvre une partie du territoire du Saguenay et l'ensemble du territoire du Lac-Saint-Jean. Les zones ambulancières des territoires concernés par le projet pilote sont couvertes par 5 compagnies ambulancières :

- Ambulance SLN
- Ambulance MédiNord
- Ambulance Mido
- Ambulance Médilac
- Ambulance Marc Leclerc

Toutefois, bien que n'étant pas incluse dans le projet pilote, une autre compagnie ambulancière, la CTAQ est requise pour participer à la réalisation du déploiement dynamique dans le sous-territoire du Saguenay.

Ces compagnies ambulancières desservent 5 centres hospitaliers qui ont des urgences fonctionnelles 24h/24 et 7j/7.

Contexte d'initiation du projet pilote

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, la zone ambulancière de Chicoutimi-Jonquière avait bénéficié, il y a de cela une dizaine d'années, d'une transformation des horaires de travail de faction des TAP en horaires à l'heure. Et depuis cette période, les autres zones ambulancières du Saguenay et du Lac-Saint-Jean sollicitaient également une transformation des horaires de faction en horaires à l'heure. Ce faisant, la dynamique pour la transformation des horaires de travail des TAP dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean existait déjà bien avant l'initiation du mouvement de mobilisation syndicale constaté dans les autres régions du Québec. Les compagnies ambulancières ainsi que l'agence de santé et des services sociaux étaient ainsi au fait des différentes démarches entreprises par les TAP et leur syndicat afin que les horaires de travail des zones ambulancières du Saguenay-Lac-Saint-Jean soient transformés en horaire à l'heure. C'est également dans le même ordre d'idées que les TAP et les syndicats avaient sollicité l'appui de leurs député et maires pour favoriser l'initiation du projet pilote.

Ainsi avec la mise en place du comité Gauthier par le MSSS à l'automne 2006, le syndicat des TAP de la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean proposa un projet de transformation des horaires de travail des TAP. Ce projet de transformation fut accepté et intégré dans les recommandations publiées dans le rapport Gauthier à l'automne 2007. Informée par le MSSS de l'implantation prochaine d'un projet pilote de transformation des horaires de travail des TAP, l'agence de santé et de services sociaux mit en place un comité tripartite composé des compagnies ambulancières visées par le projet pilote, des représentants des TAP, ainsi que des représentants de la centrale de communication santé. Ce comité avait pour mandat de préparer l'opérationnalisation du projet pilote et d'accompagner le processus de mise en œuvre. Durant les rencontres du comité, il fut entre autres question de définir

la date de début de l'implantation et de trouver les différentes avenues possibles afin de résoudre la problématique liée au nombre insuffisant de TAP requis pour démarrer le projet pilote. Des visites furent effectuées au CEGEP de Chicoutimi et des annonces de postes furent publiées dans les régions avoisinantes. Également, pour faire face à la problématique d'insuffisance des ressources humaines, les différentes parties représentées au comité directeur décidèrent de procéder à une implantation progressive du projet pilote. C'est ainsi que les dates du 25 mai 2008 et du 12 octobre 2008 furent retenues afin de commencer l'implantation du projet pilote dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Parallèlement à la réalisation de ces différentes activités, l'organisation d'une autre rencontre permit à certaines compagnies ambulancières d'avoir l'assurance d'une ouverture et d'une flexibilité de la part du Ministère de la santé sur les différents paramètres de transformation des horaires proposés par le projet pilote. Et c'est dans ce contexte que des demandes de rajout de deux 4 heures au projet initialement proposé furent soumises et acceptées par le MSSS.

Modélisation logique

Le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean vise principalement l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières et de la qualité de vie au travail des TAP. L'atteinte de ces objectifs passe par la transformation de certains horaires de faction en horaires à l'heure ainsi que par le déploiement dynamique et le positionnement stratégique des ambulances sur les territoires desservis. La transformation des horaires de travail qui a une influence directe sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP nécessite le recrutement de 31 nouveaux TAP. Le déploiement dynamique et le positionnement stratégique des ambulances à certains points définis du territoire desservi influencent principalement la couverture et la disponibilité des ambulances et ultimement le temps de réponse. Le déploiement dynamique requiert l'implication des ressources de la centrale de communication santé, la Centrale de Communication Santé des Capitales (CCSC).

Par ailleurs, la qualité du tri effectuée par la centrale de communication a une influence directe sur la disponibilité et la couverture et une influence indirecte sur le temps de réponse. Enfin, la mise en relation entre l'amélioration du temps de réponse avec les coûts investis permet d'améliorer l'efficience globale du système.

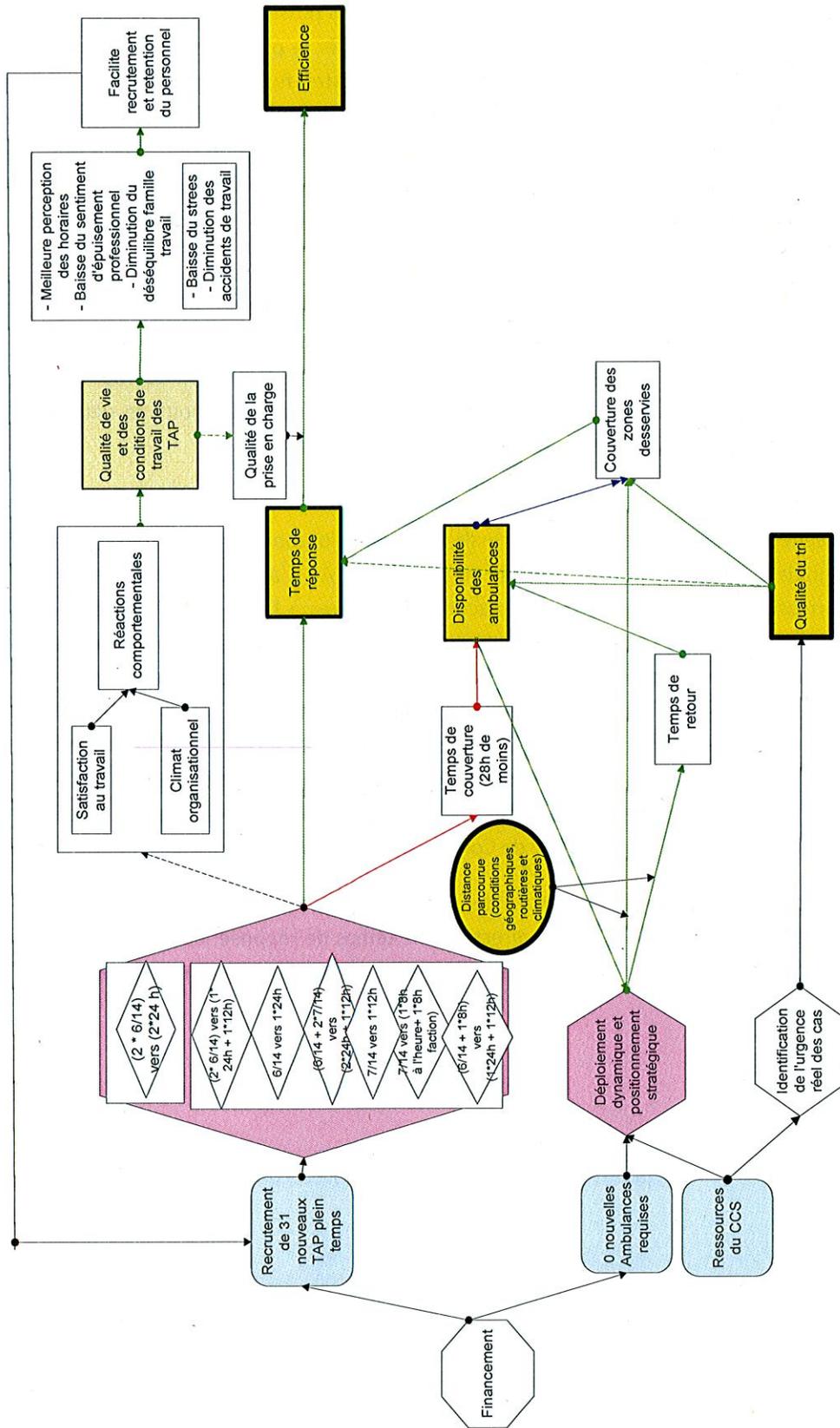


Figure 7: Modèle logique du projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Implantation du projet pilote

Compte tenu du nombre insuffisant de TAP pour couvrir toutes les transformations proposées, le projet pilote démarra dans certaines zones ambulancières du sous-territoire du Saguenay le 25 mai 2008. Tandis que dans les autres zones ambulancières restantes, l'implantation du projet pilote commença le 12 octobre 2008.

Ressources humaines

Le projet pilote de transformation des horaires dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean nécessita le recrutement de 31 TAP équivalent temps plein. Le recrutement de quelques TAP à l'extérieur, l'acceptation des TAP de faire des heures supplémentaires, ainsi que la collaboration des différentes compagnies ambulancières permirent de commencer l'implantation du projet pilote aux dates initialement prévues. Également, une cohorte de TAP au CEGEP de Chicoutimi fut lancée dès après la prise de décision pour l'implantation du projet pilote. La sortie de cette cohorte de TAP en janvier 2009 permit donc de combler les besoins en ressources humaines du projet pilote.

Transformation des horaires

Les horaires de faction du sous-territoire du Saguenay furent les premiers à être transformés à l'heure à la date du 25 mai 2008. Par la suite, le 12 octobre, les horaires du sous-territoire du Lac-Saint-Jean furent également transformés. Et donc à compter de la date du 12 octobre, toutes les transformations d'horaire prévues par le projet pilote furent réalisées selon les données du tableau suivant :

Tableau 30: Aperçu du changement des horaires effectué dans le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Zones ambulancières	Anciens horaires	Horaires du projet pilote
La Baie	3 horaires de faction 6/14	Deux horaires à l'heure (2*24 heures) et un horaire de faction 6/14
Dolbeau	Deux horaires de faction 6/14	Deux horaires à l'heure (1*24 heures et 1*12 heures)
Normandin	1 horaire de faction	1 horaire à l'heure (1*24 heures)
Saint-Félicien et Roberval	1 horaire de faction 6/14 et deux horaires de faction 7/14	Deux horaires à l'heure (2*24 heures) et un horaire à l'heure (1*12 heures)
Lac Bouchette	Horaire de faction 7/14	Coreflex : Un 8 heures à l'heure et un 8 heures en faction
Hebertville	Horaire de faction 7/14	Horaire à l'heure 1*24 heures
Alma	Un horaire de faction Deux horaires à l'heure - 1*24 heures - 1*8 heures	Horaire à l'heure (1*24 h) Deux horaires à l'heure - 1*24 heures - 1*12 heures

Déploiement dynamique

Les différents points d'attente des ambulances sur les territoires desservis furent précisés lors des rencontres du comité directeur. Ces points étaient choisis en fonction du volume d'appel des différentes zones, mais aussi selon les distances à parcourir pour couvrir la ou les zones voisines, ainsi que la disponibilité des commodités sanitaires. Des protocoles de répartition des ambulances existaient déjà au niveau de la centrale de communication santé pour le sous-territoire du Saguenay. En effet, une des compagnies ambulancières qui couvre une partie du sous-territoire du Saguenay, notamment la CTAQ travaillait déjà à l'heure et en mode déploiement dynamique bien avant l'implantation du projet pilote. Au début du processus de transformation des horaires, il s'agissait donc d'étendre ces protocoles de répartition aux autres zones ambulancières du Saguenay couvertes par la compagnie SLN et de les adapter aussi pour les autres zones du sous-territoire du Lac-Saint-Jean.

Ainsi, étant donné la caractéristique urbaine du sous-territoire du Saguenay, des points d'attente interzones furent définis et c'est un déploiement dynamique interzone qui y est pratiqué depuis le début de l'implantation pilote. Toutefois, les difficultés de collaboration entre les deux compagnies ambulancières présentes dans ce sous-territoire, l'une (la SLN) étant incluse dans le projet pilote et

l'autre ne l'étant pas (CTAQ) rendent difficile l'opérationnalisation optimale du déploiement dynamique. Les TAP de la SLN estiment en effet qu'ils sont davantage sollicités par la centrale de communication santé pour assurer la couverture des zones découvertes. Et de ce fait, ils estiment que la centrale leur fait faire plus déplacement à vide par rapport à l'autre compagnie ambulancière.

Dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean, compte tenu des distances séparant les zones, ainsi que l'absence de commodités sanitaires pour les TAP entre les zones, les ambulances ont été positionnées dans leur zone respective. Pour ce territoire, il n'y a donc pas de déploiement interzone, il s'agit davantage d'un positionnement stratégique des ambulances à certains endroits du territoire qu'elles desservaient avant l'implantation du projet pilote. Ce faisant, chaque ambulance reste en attente dans sa zone tout en restant disponible pour couvrir les zones ambulancières avoisinantes au besoin.

Ambulances et équipement

Le projet pilote ne prévoyait pas de nouvelles ambulances pour le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Et donc, aucune nouvelle ambulance n'a été rajoutée. Toutefois, les représentants des compagnies ambulancières ainsi que certains TAP rencontrés font état d'une augmentation importante des bris mécaniques des différents véhicules ambulanciers depuis le début de l'implantation du projet pilote. Ceci se traduisant par une utilisation fréquente des mulets qui servent habituellement de véhicules ambulanciers de remplacement, lorsque les ambulances sont envoyées pour effectuer des transports sur de longues distances ou qu'elles sont en réparation.

Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'initiation du projet pilote de transformation des horaires de travail des TAP s'est faite dans un climat de concertation et de cohésion des différents partenaires impliqués dans le processus d'implantation. Les compagnies ambulancières étaient au courant des différentes démarches entreprises par les représentants des syndicats de TAP. Le projet n'était donc pas le projet d'une seule partie. En effet, la plupart des parties attendaient l'implantation d'un projet de ce type, car une dizaine d'années déjà auparavant, une transformation similaire de toutes les zones ambulancières du territoire avait été prévue. Mais l'absence de ressources suffisantes fit qu'à l'époque, seulement quelques zones ambulancières purent bénéficier de cette transformation des horaires de travail. Ce faisant, à l'arrivée du projet pilote, aussi bien les compagnies ambulancières que les TAP, chacune des parties était ouverte et prête à fournir les efforts nécessaires pour l'initiation et l'implantation du projet de transformation des horaires de travail des TAP.

La tenue d'une rencontre entre le MSSS et certaines compagnies ambulancières pour permettre le rajout de quelques heures de couverture sur celles qui étaient initialement proposées dans le rapport Gauthier permit aussi de renforcer l'adhésion des différentes parties et de créer ainsi un cadre favorable au processus d'implantation du projet pilote.

La proximité d'une zone ambulancière qui travaille depuis quelques années avec des horaires à l'heure ainsi qu'avec un déploiement territorial dynamique donnait également aux différents partenaires impliqués dans le processus un exemple de faisabilité du type de transformation proposé.

Concernant le volet déploiement dynamique, il y a lieu de mentionner que c'est davantage dans le sous-territoire du Saguenay que des difficultés opérationnelles ont été rencontrées. Dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean, toutes les compagnies ambulancières ont été intégrées au projet pilote et comme les distances entre les points d'attente sont grandes, il n'y a pas véritablement de déploiement dynamique. Et de ce fait chaque ambulance reste en attente dans sa zone et dessert en priorité les appels provenant de sa zone. Par contre dans le sous-territoire du Saguenay, comme une des zones ambulancières pratiquait déjà des horaires à l'heure et un déploiement dynamique, la compagnie qui dessert cette zone n'a donc pas été intégrée dans le projet pilote. Certes, elle était invitée à prendre part aux rencontres du comité directeur notamment celles plus spécifiques à l'opérationnalisation du déploiement dynamique, sans toutefois être considérée, comme une entité organisationnelle incluse à part entière dans le projet pilote.

Ce faisant, la coordination du déploiement des ambulances pour couvrir les différentes zones ambulancière du sous-territoire du Saguenay par l'une ou l'autre compagnie ambulancière ne s'est pas faite de façon optimale. L'implication de la centrale de communication santé pour faire intervenir l'une ou l'autre des compagnies ambulancières pour certains appels, notamment ceux relatifs à la couverture des fin et début de quarts, ou encore la période prise de repas est également questionnée par certains TAP et représentants de la compagnie ambulancière rencontrés.

Ce sont les difficultés d'entente entre ces deux compagnies dans la pratique du déploiement dynamique dans le sous-territoire du Saguenay qui auraient d'ailleurs conduit à l'arrêt des activités du comité directeur de l'implantation du projet pilote. La dernière réunion formelle de ce comité remonte au mois de janvier 2009. Les rencontres de concertations qui ont suivi cette réunion ne se font plus dans le cadre du comité directeur initialement mis en place. Elles se font davantage de façon restreinte et sous la houlette de l'agence de santé et des services sociaux, mais toutefois sans nécessairement l'implication simultanée de toutes les parties concernées dans l'implantation du projet pilote. L'absence d'un cadre de concertation au sein duquel participent tous les acteurs impliqués dans le projet pilote pouvant nuire à l'initiation et à la mise en pratique des différents ajustements nécessaires pour assurer l'implantation optimale du projet pilote.

Effets du projet pilote

Temps de réponse

Cette section inclut des données sur le nombre et la distribution des appels selon le code de priorité, des données sur la durée de transport (entre le lieu de l'incident et l'hôpital), les résultats de l'analyse proprement dite des données de chronométrie ainsi que l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse.

Description de la distribution du nombre d'appels

Dans les zones ambulancières du projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean, le nombre total d'appels a augmenté de 13%, passant de 4491 à 5084 appels entre la période de mai-octobre 2007 et celle de mai-octobre 2009. Les proportions d'appels de priorité 1 et 3 ont augmenté de 5,4% et 2,9%, respectivement. Par contre, lorsqu'on examine le nombre d'appels sur toute l'année, on constate une diminution de 5,6% du nombre d'appels entre les années 2007 et 2009. Les proportions d'appels de priorité 1 et 3 sont toutes deux en hausse, de 4,1% et 8,3% respectivement.

Le tableau ci-après indique les chiffres détaillés de la distribution des appels entre les années 2007 et 2009 et entre les deux périodes à l'étude en tenant compte du code de priorité d'affectation des transports.

Tableau 31: Description des appels en fonction des codes de priorité d'affectation

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1	3824 (41,1)	3950 (45,2)	+4,1 ⁽¹⁾	1811 (40,3)	2322 (45,7)	+5,4 ⁽¹⁾
3	1079 (11,6)	1736 (19,9)	+8,3 ⁽¹⁾	765 (17,0)	1010 (19,9)	+2,9 ⁽¹⁾
Sous total	4903 (52,7)	5686 (65,1)	+12,4 ⁽¹⁾	2576 (57,4)	3332 (65,5)	8,1 ⁽¹⁾
Autres codes	4394 (47,3)	3058 (35,0)	-12,3 ⁽¹⁾	1915 (42,6)	1752 (34,5)	-8,1 ⁽¹⁾
Total	9297 (100,0)	8744 (100,0)	-5,6 ⁽²⁾	4491 (100,0)	5084 (100,0)	+13,2 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité : $\%_{2009} - \%_{2007}$

(2) Variation relative du nombre d'appels : $(N_{2009} - N_{2007}) / N_{2007}$

Par ailleurs, le tableau 32 indique que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ce qui signifie que la différence de temps de réponse objectivée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis. Pour les appels de priorité 1, la durée du transport du lieu

d'incident vers l'hôpital était de 12,8 mn en 2007 et de 12,9 mn en 2009. Pour les appels de priorité 3, cette durée de transport était de 12,24 mn en 2007 et de 12,25 mn en 2009. Le tableau ci-après présente les résultats de l'analyse des données de chronométrie pour le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Tableau 32: Description de la durée des transports (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)	ÉTÉ 2007		ÉTÉ 2009		p
	N	Moy (méd)	N	Moy (méd)	
Durée du transport vers l'hôpital					
Code 1	1807	12,79 (9,0)	2299	12,93 (8,0)	0,76
Code 3	764	12,24 (8,0)	1000	12,25 (8,0)	0,99

Analyse des données de chronométrie

L'analyse des données de chronométrie portant sur le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean montre une amélioration significative du délai de mise en route qui est la période de temps entre la réception de l'appel de la centrale et le départ des TAP. Pour les appels de priorité 1, la moyenne du délai de mise en route est passée de 4,13 mn en mai et octobre 2007 à 0,60 mn aux mêmes dates en 2009 (diminution de 3,54 mn). Pour les appels de priorité 3, la moyenne observée pour ce délai était de 3,81 mn en mai et octobre 2007 et de 0,57 mn pour la même période en 2009 (diminution de 3,24mn).

Par contre il n'y a pas eu de changement significatif sur la durée de déplacement, c'est-à-dire entre le départ des TAP après la réception de l'appel et leur arrivée sur le lieu de l'incident. Pour les appels de priorité 1, la moyenne pour cette période était de 7,41 mn en mai et octobre 2007 et de 7,84 mn en mai et octobre 2009 (augmentation de 0,43 mn). Pour les appels de priorité 3, la moyenne objectivée de la durée de déplacement des TAP était de 7,64 mn en 2007 et de 7,79 mn en 2009 (augmentation de 0,15 mn).

Pour le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident qui est la somme des deux premiers délais, nous avons constaté une amélioration significative du temps de réponse entre les deux périodes à l'étude. Pour les appels de priorité 1, on est passé d'une moyenne de 11,58 mn en 2007 à une moyenne de 8,44 mn en 2009 (diminution de 3,13 mn), tandis que pour les appels de priorité 3, la moyenne du délai d'arrivée sur le lieu d'incident est passée de 11,45 mn à 8,34 mn (diminution de 3,13 mn). Lorsque les appels codés 1 et 3 sont mis ensemble, on constate également une diminution 3,13 mn.

Par ailleurs, le pourcentage de personnes prises en charge selon les temps de référence utilisés pour l'offre de services préhospitaliers d'urgence a augmenté entre les deux périodes de l'évaluation. Pour les appels de priorité 1, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 8 mn a presque doublé et est passé de 33,3% à 62,5% entre les périodes pré (mai et octobre 2007) et post

(mai et octobre 2009) de l'évaluation. Pour les appels de priorité 3, le pourcentage de personnes prises en charge en moins de 10 mn est passé de 49,4% en 2007 à 70,8% en 2009.

Enfin, mentionnons que la configuration des appels n'a pas significativement changé entre les deux périodes à l'étude. Ceci signifie que la différence de temps de réponse observée entre les deux périodes ne peut pas être attribuée à un quelconque changement des lieux à partir desquels, les appels ont été émis.

Le tableau 33 présente les résultats de l'analyse des données de chronométrie pour le projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Tableau 33: Données de chronométrie (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)†	N	ÉTÉ 2007 Moy [méd] (IC 95%)	N	ÉTÉ 2009 Moy [méd] (IC 95%)	$\Delta^{++}_{2009-2007}$ (IC 95%)	p
A. Délai de mise en route						
Code 1	1806	4,13 [4,0] (3,97; 4,30)	2295	0,60 [0] (0,53; 0,66)	-3,54 (-3,71; -3,36)	<0,0005
Code 3	764	3,81 [4,0] (3,56; 4,06)	998	0,57 [0] (0,49; 0,65)	-3,24 (-3,50; -2,98)	<0,0005
B. Durée du déplacement vers le lieu de l'incident						
Code 1	1807	7,41 [5,0] (7,01; 7,81)	2296	7,84 [5,0] (7,46; 8,22)	+0,43 (-0,28; +0,99)	0,13
Code 3	764	7,64 [5,0] (7,00; 8,28)	998	7,79 [5,0] (7,20; 8,38)	+0,15 (-0,73; +1,03)	0,74
C. Délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident						
Code 1	1807	11,58 [10,0] (11,14; 12,01)	2294	8,44 [6,0] (8,05; 8,83)	-3,13 (-3,72; -2,55)	<0,0005
Code 3	764	11,45 [10,0] (10,77; 12,13)	997	8,34 [6,0] (7,74; 8,93)	-3,11 (-4,02; -2,21)	<0,0005
Codes 1+3	2571	11,54 [10,0] (11,17; 11,90)	3591	8,41 [6,0] (8,09; 8,74)	-3,13 (-3,62; -2,64)	<0,0005
	N	% (IC95%)	N	% (IC 95%)	RR _{2009/2007}	p
D. (%) selon les temps de référence[‡]						
≤8 min (code 1)	1807	33,3% (31,1; 35,5)	2294	62,5% (60,5; 64,5)	1,88 (1,75; 2,02)	<0,0005
≤10 min (code 3)	764	49,4% (45,8; 52,9)	997	70,8% (68,0; 73,6)	1,43 (1,32; 1,56)	<0,0005

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mise en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D)

†† : Différence de moyenne (Moy₂₀₀₉-Moy₂₀₀₇)

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence

Analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse

Les TAP rencontrés estiment que la transformation des horaires de faction en horaires à l'heure leur permet de réagir plus rapidement lorsqu'ils ont des appels. Le fait de ne pas se déplacer de chez soi pour se rendre à la caserne et partir avec le véhicule ambulancier constitue pour eux une avancée majeure pour l'amélioration du temps de réponse. Certains TAP estiment que lorsqu'ils étaient en faction, il était pratiquement impossible de répondre à un appel urgent en moins de 10 mn. Mais avec le changement d'horaire et le positionnement des véhicules à certains endroits du territoire, à présent ils arrivent à intervenir en moins de 5 mn. Nous rapportons les propos exprimés par certains TAP sur leur perception du changement sur le temps de réponse des interventions ambulancières :

« Grande amélioration des soins avec un temps de réponse grandement amélioré; sensation du devoir accompli, car on arrive plus vite sur les lieux » (S17, 31 ans, 3 ans d'expérience)

« Les temps de réponse sont énormément diminués et la population nous est reconnaissanteJe pense qu'on se sent plus utile à être toujours prêt et disponible » (S113, 34 ans, 2 ans d'expérience)

« C'est aussi une grande amélioration dans les soins donnés aux patients, nous posons certes les mêmes gestes, mais plus rapidement grâce au temps de réponse diminué. Donc nos soins sont plus efficaces » (S44, 27 ans, 1 an d'expérience)

Les TAP trouvent également qu'avec l'évolution de leur profession survenue au cours des dix dernières années au Québec (formation plus poussée et administration de certains médicaments), le projet pilote leur donne une opportunité de pratiquer et de réussir des gestes qu'ils n'arrivaient pas à faire lorsqu'ils étaient en faction, car ils arrivaient souvent bien trop tard sur les lieux d'appel. De plus, il semble que lorsqu'ils pratiquaient avec les horaires de faction, les TAP arrivaient toujours après les policiers et les pompiers. Mais maintenant avec le projet pilote, ils arrivent avant et parfois, ils demandent de l'aide à ces derniers, tout le contraire, semble-t-il, de ce qui se faisait avant.

Qualité de vie au travail des TAP

Sondage de satisfaction auprès des TAP⁶

Dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, sur les 110 questionnaires envoyés aux TAP concernés par le projet pilote, nous avons eu un retour de 58 (taux de réponse de 52,7%).

L'analyse des questionnaires reçus fait ressortir que le score moyen de la dimension de « satisfaction personnelle » des TAP est de 4,25. Autrement dit, sur la contribution à la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients, les TAP se disent globalement « Très satisfaisant ». Lorsque l'on demande à ceux qui étaient présents avant l'implantation du projet pilote, leur perception de changement de la situation relativement à cette dimension, le score moyen de leur réponse est de 4,14, ce qui traduit une situation perçue comme « Amélioré » sur notre échelle de mesure.

Pour la dimension de la « satisfaction liée à la charge de travail » (questions 1 à 7), les analyses font ressortir un score moyen de 3,91 qui, sur l'échelle de satisfaction, traduit un niveau « Satisfait ». Le score moyen du changement perçu sur cette dimension entre la période avant l'implantation et celle après l'implantation est de 3,75 (« Amélioré »).

Le score moyen de la dimension de « satisfaction en lien avec le support professionnel » des TAP qui comprend les questions allant de 13 à 19 est de 3,66 (« Satisfait »). Sur l'ensemble de ces questions, nous constatons que la moyenne des réponses à la question 13 qui est relative au support obtenu du superviseur est la plus faible. La moyenne de cette question est de 2,5. Le score moyen du changement perçu sur la dimension du support professionnel entre la période d'avant et d'après l'implantation est de 3,55 (« Amélioré »). À ce niveau aussi, c'est la question en lien avec le support du superviseur qui a la moyenne la plus faible (moyenne de 2,77).

Relativement à la dimension « de satisfaction portant sur la paie et les perspectives d'avenir » des TAP (questions 20 à 24), les analyses font ressortir un score moyen de 3,63 (« Satisfait »). Toutefois, les réponses à la question 23 qui est relative aux chances d'avancement professionnel présentent une faible moyenne. Elle est de 2,79. Pour la même dimension, le score moyen du changement perçu entre la période avant l'implantation et celle d'après est de 3,66 (« Amélioré »). À ce niveau également, ce sont les réponses à la question liée aux chances d'avancement professionnel qui ont la moyenne la plus faible (moyenne de 2,91).

Enfin pour la dimension « de satisfaction associée à la formation » des TAP, le score moyen de satisfaction a été de 3,52 (« Satisfait »), tandis que le score moyen du changement perçu sur cette dimension avec l'implantation du projet pilote est de 3,38 (« Neutre »).

Nous présentons dans les tableaux qui suivent la distribution des niveaux de satisfaction observés pour chacune des questions de satisfaction. Le tableau 34 présente le niveau de satisfaction « actuel » des TAP tel que perçu lors l'enquête. Le tableau 35 présente les données sur le changement de la satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets

⁶ Nous présentons l'ensemble des résultats du sondage réalisé en mettant en relief les moyennes des réponses qui sont inférieures ou égales à 3.

pilotes. Tandis que le tableau 36 présente les données agrégées des 5 dimensions de la satisfaction des TAP.

Tableau 34: Données sur la satisfaction "actuelle" des TAP (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Dimensions de la satisfaction	Niveau de satisfaction					Moyenne	
	Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	2 (3,6)	0	3 (5,4)	24 (42,9)	27 (48,2)	4,32
	2-Contribution aux soins	0	0	2 (7,4)	11 (40,7)	14 (51,9)	4,45
	3-Défis dans le travail	1 (3,7)	3 (11,1)	2 (7,4)	9 (33,3)	12 (44,4)	4,23
	4-Diversification du travail	0	3 (11,1)	4 (14,8)	5 (18,5)	15 (55,6)	4,15
	5-Soins fournis	0	2 (7,4)	7 (25,9)	10 (37,0)	8 (29,6)	4,21
	6-Qualité du travail	0	1 (3,7)	1 (3,7)	7 (25,9)	18 (66,7)	4,46
	7-Indépendance	2 (7,7)	2 (7,7)	5 (19,2)	12 (46,2)	5 (19,2)	3,93
Moyenne de la dimension personnelle						4,25	
Charge de travail	8-Temps des soins	1 (3,7)	0	9 (33,3)	8 (29,6)	9 (33,3)	4,13
	9-Temps des services	0	2 (7,4)	1 (3,7)	13 (48,1)	11 (40,7)	4,32
	10-Charge de travail	1 (3,7)	1 (3,7)	10 (37,0)	8 (29,8)	7 (25,9)	4,22
	11-Conditions d'attente	3 (11,1)	8 (29,6)	10 (37,0)	6 (22,2)	0	3,31
	12-Temps des déplacements	2 (7,4)	5 (18,5)	10 (37,0)	9 (33,3)	1 (3,7)	3,70
	Moyenne de la dimension liée à la charge de travail						3,91
Support professionnel	13-Support du superviseur	1 (5,9)	4 (23,4)	4 (23,5)	4 (23,5)	4 (23,5)	2,77
	14-Échanges sur les difficultés	1 (3,7)	5 (18,5)	11 (40,7)	6 (22,2)	4 (14,8)	3,43
	15-Support dans le travail	1 (3,7)	3 (11,1)	8 (29,6)	13 (48,1)	2 (7,4)	3,27
	16-Traitement du superviseur	1 (5,6)	2 (11,1)	3 (16,7)	3 (16,7)	9 (50,0)	3,60
	17-Sentiment d'appartenance	3 (11,1)	2 (7,4)	8 (29,6)	8 (29,6)	6 (22,2)	3,93
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	2 (7,4)	5 (18,5)	13 (48,1)	7 (25,9)	4,13
	19-Interaction avec les collègues	0	0	7 (25,9)	11 (40,7)	9 (33,3)	4,41
Moyenne de la dimension liée au support professionnel						3,66	
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	2 (7,4)	4 (14,8)	9 (33,3)	10 (37,0)	2 (7,4)	3,25
	21-Heures effectuées	1 (3,7)	3 (11,1)	2 (7,4)	13 (48,1)	8 (29,6)	3,96
	22-Planification des horaires	3 (11,1)	1 (3,7)	3 (11,1)	10 (37,0)	10 (37,0)	3,96
	23-Avancement professionnel	4 (15,4)	6 (23,1)	12 (46,2)	3 (11,5)	1 (3,8)	2,91
	24-Sécurité d'emploi	0	0	4 (14,8)	10 (37,0)	13 (48,1)	4,11
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir						3,63	
Formation	25-Opportunités de formation	4 (14,8)	2 (7,4)	6 (22,2)	12 (44,4)	3 (11,1)	3,20
	26-Adéquation formation et travail	0	3 (11,1)	5 (18,5)	16 (59,3)	3 (11,1)	3,85
Moyenne de la dimension liée à la formation						3,52	

Tableau 35: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Dimensions de la satisfaction	Niveau de satisfaction					Moyenne	
	Très détérioré	Détérioré	Neutre	Amélioré	Très amélioré		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	2 (4,5)	0	8 (18,2)	14 (31,8)	20 (45,5)	4,14
	2-Contribution aux soins	0	1 (2,3)	7 (15,9)	13 (29,5)	23 (52,3)	4,32
	3-Défis dans le travail	0	3	7	18 (40,9)	16 (36,4)	4,07
	4-Diversification du travail	2 (4,9)	3 (7,3)	4 (9,8)	19 (46,3)	13 (31,7)	3,93
	5-Soins fournis	0	0	9 (20,5)	14 (31,8)	21 (47,7)	4,27
	6-Qualité du travail	0	0	5 (11,4)	11 (25)	28 (63,6)	4,52
	7-Indépendance	2 (4,5)	2 (4,5)	11 (25)	18 (40,9)	11 (25)	3,77
	Moyenne de la dimension personnelle					4,14	
Charge de travail	8-Temps des soins	0	1 (2,3)	8 (18,2)	17 (38,6)	18 (40,9)	4,18
	9-Temps des services	1 (2,3)	0	11 (25)	12 (27,3)	20 (45,5)	4,14
	10-Charge de travail	3 (7,0)	1 (4,3)	7 (16,3)	19 (44,2)	13 (30,2)	3,88
	11-Conditions d'attente	4 (9,3)	8 (18,6)	10 (23,3)	12 (27,9)	9 (20,9)	3,33
	12-Temps des déplacements	5 (12,2)	3 (7,3)	14 (34,1)	13 (31,7)	6 (14,6)	3,29
		Moyenne de la dimension liée à la charge de travail					3,75
Support professionnel	13-Support du superviseur	12 (35,3)	4 (11,8)	10 (29,4)	5 (14,7)	3 (8,8)	2,5
	14-Échanges sur les difficultés	5 (11,9)	5 (11,9)	10 (23,8)	12 (28,6)	10 (28,6)	3,4
	15-Support dans le travail	4 (9,3)	5 (11,6)	17 (39,5)	13 (30,2)	4 (9,3)	3,19
	16-Traitement du superviseur	5 (13,9)	5 (13,9)	9 (25)	12 (33,3)	5 (13,9)	3,19
	17-Sentiment d'appartenance	3 (7,1)	3 (7,1)	7 (16,7)	12 (28,6)	17 (40,5)	3,88
	18-Interaction avec toutes les personnes	2 (4,7)	2 (4,7)	5 (11,6)	2 (4,7)	0	4,05
	19-Interaction avec les collègues	2 (4,7)	0	4 (9,3)	16 (37,2)	21 (48,8)	4,26
	Moyenne de la dimension liée au support professionnel					3,55	
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	2 (4,8)	6 (14,3)	8 (19)	18 (42,9)	8 (19)	3,57
	21-Heures effectuées	3 (7,3)	2 (4,9)	5 (12,2)	10 (24,4)	21 (51,2)	4,07
	22-Planification des horaires	4 (9,3)	1 (2,3)	6 (14)	10 (23,3)	22 (51,2)	4,05
	23-Avancement professionnel	10 (23,3)	8 (18,6)	10 (23,3)	11 (25,6)	4 (9,3)	2,79
	24-Sécurité d'emploi	2 (4,8)	1 (2,4)	11 (26,2)	13 (31)	15 (35,7)	3,90
	Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir					3,66	
Formation	25-Opportunités de formation	5 (11,9)	4 (9,5)	21 (50)	6 (14,3)	14,3	3,10
	26-Adéquation formation et travail	1 (2,4)	3 (7,1)	14 (33,3)	13 (31)	11 (26,2)	3,71
	Moyenne de la dimension liée à la formation					3,38	

Tableau 36: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
	N††		N		N		N		N	
N††	56	44	56	44	55	43	55	43	55	43
Moyenne	4,25	4,14	3,91	3,75	3,66	3,55	3,63	3,66	3,52	3,38
Médiane	4,42	4,14	4	3,9	3,8	3,71	3,8	3,8	3,5	3,5

†: Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Les effectifs relatifs au changement de la satisfaction des TAP sont moins importants car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Conditions de vie et de travail des TAP

Sur les 6 TAP rencontrés en entrevues durant notre séjour de recherche, cinq d'entre eux estiment que les conditions de vie et de travail se sont grandement améliorées avec le projet pilote. Ils arrivent à mieux concilier leurs activités professionnelles avec leur vie familiale et sociale car ils savent les heures auxquelles commence et finit le travail. Ils ont également moins de stress dans la réalisation de leur travail, car en étant en attente dans les ambulances et prêts à partir dès la réception de l'appel provenant de la centrale, ils se sentent suffisamment alertes et n'ont pas à chercher à gagner du temps comme lorsqu'ils avaient à se déplacer à partir de leur domicile. Les opinions exprimées par les TAP sur le questionnaire de satisfaction expriment les mêmes sentiments quant à leur perception sur les effets du projet pilote sur leurs conditions de vie et de travail:

« S'il y avait encore des horaires de faction, je n'aurai pas fait mes cours de paramédics malgré que ce soit le plus beau métier, car la faction, ce n'est pas une vie..... » (S123, 36 ans, 1 an d'expérience)

«grande amélioration de la qualité de vie des TAP....avoir gardé les horaires de faction, j'aurai quitté la profession » (S44, 27 ans, 3 ans d'expérience)

Toutefois, l'attente dans les véhicules ambulanciers durant 12 heures de temps constitue une situation qui semble difficile à vivre pour les TAP. Cette situation serait encore plus difficile à vivre dans certaines zones semi-rurales où le nombre d'appels n'est pas très important. Un TAP rencontré estime à cet effet qu'avec les longues périodes d'attente dans les ambulances sans offrir de services, l'attente en mode faction était préférable pour lui. Voici les propos d'autres TAP sur les conditions d'attente dans les ambulances :

« L'attente dans les VA est infernale; 12h sur un point de service: douleur dorsale » (S14, 46 ans, 24 ans)

« La différence entre le point de service (caserne) et l'attente dans les camions est à questionner pour la condition physique: dos, cou, genoux... » (S114, 50 ans, 30 ans d'expérience)

« Les 12h en ligne sont très longs. Les trucks ne sont pas très confortables et on gèle en hiver malgré le chauffage de travail » (S121, 45 ans, 25 ans d'expérience)

Mais qu'à cela ne tienne, certains TAP considèrent que l'attente dans les ambulances est positive dans un certain sens parce qu'elle favorise les échanges de connaissance et d'expériences entre les nouveaux et les anciens TAP. C'est également une occasion pour les TAP à apprendre à mieux se connaître et mieux interagir entre eux.

Relativement à l'horaire hybride « Coreflex » implanté au Lac-Bouchette, le TAP de cette zone qui a été rencontré estime que ce type d'horaire permet certes d'aller au-delà de l'horaire de faction aussi bien en termes de temps de réponse que de conditions de travail, mais il considère qu'il aurait été préférable d'avoir à la place soit un horaire ou un demi-horaire à l'heure. Ce, ne serait-ce que pour mieux utiliser l'ambulance pour couvrir autres les zones ambulancières limitrophes où les appels peuvent être plus importants qu'au Lac-Bouchette.

Perception du changement sur la qualité des soins fournis par les TAP

Les professionnels médicaux rencontrés à l'agence considèrent qu'ils ont une perception plus positive des soins fournis aux patients depuis le début de l'implantation du projet pilote. Ils ont également l'impression que les TAP font plus fréquemment des gestes qu'ils n'avaient pas l'habitude de faire, comme le fait de faire des procédures de réanimation cardiaque avec le défibrillateur.

Autres effets du projet pilote

Le positionnement des ambulances sur le territoire a aussi favorisé le rapprochement des ambulanciers avec la population locale. Ces derniers les sollicitent davantage sur les questions de santé lorsqu'ils sont en attente aux points de positionnement. De plus, en sachant également qu'ils sont en attente dans les ambulances et non chez eux, la population hésiterait de les appeler surtout la nuit pour ne pas les déranger alors qu'ils peuvent procéder autrement pour se rendre à l'hôpital (Taxi). Ce constat a été davantage rapporté par les TAP qui vivent dans les régions rurales où, la proximité aidant, les différents membres de la communauté se connaissent davantage.

Dans le sous-territoire du Saguenay, l'implantation du projet pilote a également créé un sentiment de revalorisation pour les TAP touchés par l'implantation du pilote. Étant donné qu'avec le projet pilote les TAP sont en attente dans les ambulances qui sont positionnées à certains endroits du territoire, ils estiment qu'ils arrivent à intervenir plus rapidement lorsqu'ils ont des appels. Et de ce fait, ils se sentent donc aussi efficaces que leurs collègues de la zone Chicoutimi, Jonquière et Alma qui travaillaient déjà sur un horaire à l'heure depuis plusieurs années.

L'implantation du projet pilote a permis par ailleurs la création d'emplois pour les jeunes de la région, ainsi que le passage d'un statut de temps partiel vers un statut de plein pour certains anciens TAP, leur offrant par la même occasion davantage de stabilité.

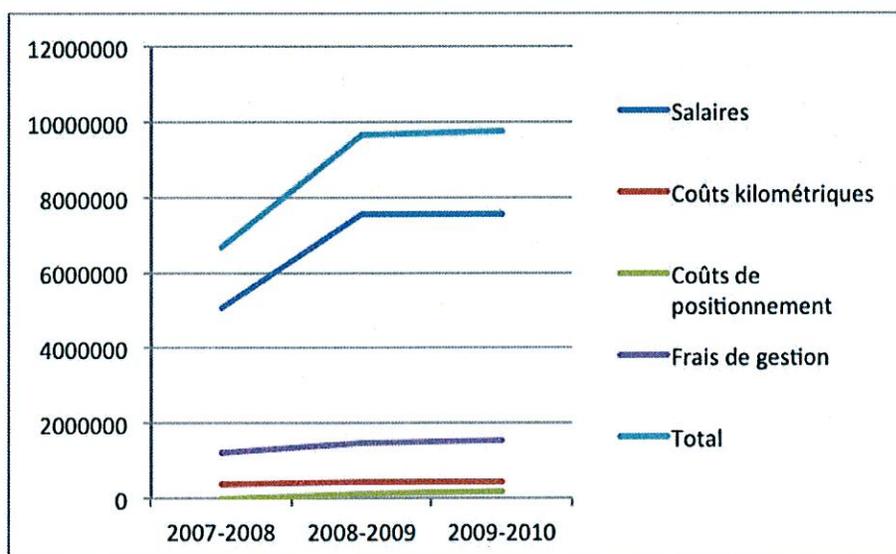
Coûts du projet pilote

L'implantation du projet pilote dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean a commencé en mai et octobre 2008. Pour procéder à l'identification des coûts récurrents du projet pilote, nous avons donc retenu les coûts de l'année financière antérieure au processus d'implantation (2007-2008) et les coûts de l'année financière après l'implantation (2009-2010). Et nous avons trouvé que le coût total d'offre de services ambulancier lié à l'implantation du projet pilote a augmenté de 46,33%. Cette augmentation est en grande partie liée d'une part aux coûts des salaires des TAP ont augmenté de près de 50% avec le projet pilote et d'autre part aux frais de gestion qui ont augmenté de 27%. Le tableau et le graphe suivants présentent l'évolution des coûts du projet pilote dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean.

Tableau 37: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Saguenay-Lac-Saint-Jean)

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	5 076 272	393 010	0	1 219 240	6 688 522
2008-2009	7 585 366	473 028	209 242	1 479 692	9 682 171
2009-2010	7 578 440	450 727		1 549 222	9 787 632
Δ	(49%)	(15%)	209 242	(27%)	(46%)

Figure 8 : Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Saguenay-Lac-Saint-Jean)



Projet Pilote de Chapais-Chibougamau

Présentation de la région

Le projet pilote de la région du Nord-du-Québec couvre les territoires de Chibougamau et de Chapais. Ces deux territoires sont inclus dans la zone ambulancière 213 qui reste néanmoins vaste à couvrir. Une seule compagnie ambulancière intervient dans l'offre de services ambulanciers dans cette zone. Il s'agit de la compagnie Ambulance SLN. C'est la même compagnie qui couvre également une partie du sous-territoire du Saguenay ainsi que la zone voisine du Parc de Chibougamau.

Dans le territoire de Chibougamau, il ya la présence d'un centre hospitalier avec une urgence fonctionnelle 24h/24, 7j/7.

Contexte d'initiation

Lors de l'initiation des activités du comité Gauthier, la démarche d'implantation des projets pilotes était essentiellement orientée vers quatre territoires ou régions à savoir Portneuf, Baie-Comeau, Gaspésie et Saguenay-Lac-Saint-Jean. Le territoire de Chapais-Chibougamau n'était pas inclus au départ. C'est au cours d'une des rencontres de concertation des coordonnateurs des services préhospitaliers des agences régionales de santé au MSSS que les représentants de l'agence régionale de santé à Chibougamau ont également jugé nécessaire de proposer un projet pilote pour la région du Nord-du-Québec. En effet, étant donné qu'un projet pilote permettant d'améliorer le temps de réponse des services ambulanciers et la qualité de vie des TAP allait être mis en œuvre dans la région du Saguenay-Lac-Saint-Jean, les représentants des services préhospitaliers de l'agence de santé de la région 10 ont trouvé qu'il était plus que nécessaire d'en proposer un afin d'éviter le départ massif des TAP pour la région voisine du Saguenay-Lac-Saint-Jean. De plus, compte tenu du nombre relativement limité de TAP dans la région, ainsi que de leur faible exposition dans un territoire qui est du reste très vaste, les représentants de l'agence avaient également estimé utile d'adjoindre au projet pilote de transformation des horaires de travail des TAP, un volet d'amélioration et de maintien des compétences dénommé « Volet d'intégration clinique ». Ce volet d'intégration clinique qui allait permettre de faire le lien entre les milieux hospitaliers et préhospitaliers constitue de ce fait une des particularités du projet pilote de Chapais-Chibougamau.

C'est donc un projet incluant aussi bien une proposition de transformation des horaires de travail des TAP, ainsi qu'une proposition d'un volet d'amélioration et de maintien de leurs compétences qui fut soumis au comité Gauthier par les représentants des services préhospitaliers de l'agence de santé de la région 10. Et ce n'est que suite à cette démarche que les autres acteurs qui allaient être impliqués dans le processus d'implantation du projet pilote à savoir la compagnie ambulancière, les syndicats, la CCS et les structures hospitalières furent contactés et approchés par l'agence de la santé de la région 10. Les recommandations du comité Gauthier publiées à l'automne 2007 pour la région du Nord-du-Québec s'appuyaient donc essentiellement sur les propositions soumises par l'agence de santé qui, par ailleurs avait pris l'engagement auprès du ministère de la santé d'assurer le financement de la première année d'implantation du projet pilote.

Compte tenu de la nature de la transformation des horaires proposée, ainsi que le nombre peu élevé d'acteurs impliqués dans le processus d'implantation du projet pilote, un comité de direction du projet n'a pas été formellement mis en place après la publication des recommandations du rapport Gauthier. Mais qu'à cela ne tienne, la décision de commencer l'implantation du projet pilote à la date du 1^{er} avril 2008 fut néanmoins prise de façon consensuelle par l'ensemble des acteurs impliqués dans le processus de transformation des horaires de travail.

Entre la publication du rapport Gauthier et la date de début du projet pilote, il fut par ailleurs question de trouver des pistes de solutions afin de disposer du nombre requis de TAP nécessaire à l'implantation du projet pilote, ainsi que de préciser les différentes ententes de gestion entre l'agence, la compagnie ambulancière et les syndicats de TAP devant régir l'implantation du projet pilote.

Modélisation logique

Le projet pilote de Chapais-Chibougamau vise principalement l'amélioration de la qualité de vie au travail des TAP, le maintien de leur compétence et accessoirement l'amélioration du temps de réponse des interventions des services ambulanciers. L'atteinte de ces objectifs passe par la transformation des horaires de faction 7/14 en horaire de faction 5/14 comprenant un 4 heures de garde à l'heure ainsi que par le positionnement stratégique des ambulances sur le territoire desservi durant ces 4 heures.

L'existence de 4 heures de garde issues de la transformation des horaires de travail des TAP permet d'effectuer une série d'activités pour accroître et maintenir la compétence des TAP et ultimement la qualité des soins offerts à la population. Ces activités comprennent les pratiques supervisées entre TAP, les pratiques interdisciplinaires avec d'autres professionnels (infirmières, inhalothérapeutes) ainsi les stages d'observation en salles d'urgence.

Le passage de 7 à 5 jours de travail sur 2 semaines constitue une mesure qui permet d'accroître la satisfaction des TAP par rapport à leur condition de vie au travail et de favoriser ainsi le recrutement et la rétention des TAP dans cette région éloignée.

Le positionnement stratégique des ambulances à certains points définis du territoire desservi pendant 4 heures par jour influence la couverture, la disponibilité des ambulances et ultimement le temps de réponse pendant ces heures. Le déploiement dynamique requiert l'implication des ressources de la centrale de communication santé, la CAUREQ.

Par ailleurs, la qualité du tri effectuée par la CAUREQ a une influence directe sur la disponibilité et la couverture et une influence indirecte sur le temps de réponse. Enfin, la mise en relation entre l'amélioration du temps de réponse avec les coûts investis permet d'améliorer l'efficacité globale du système.

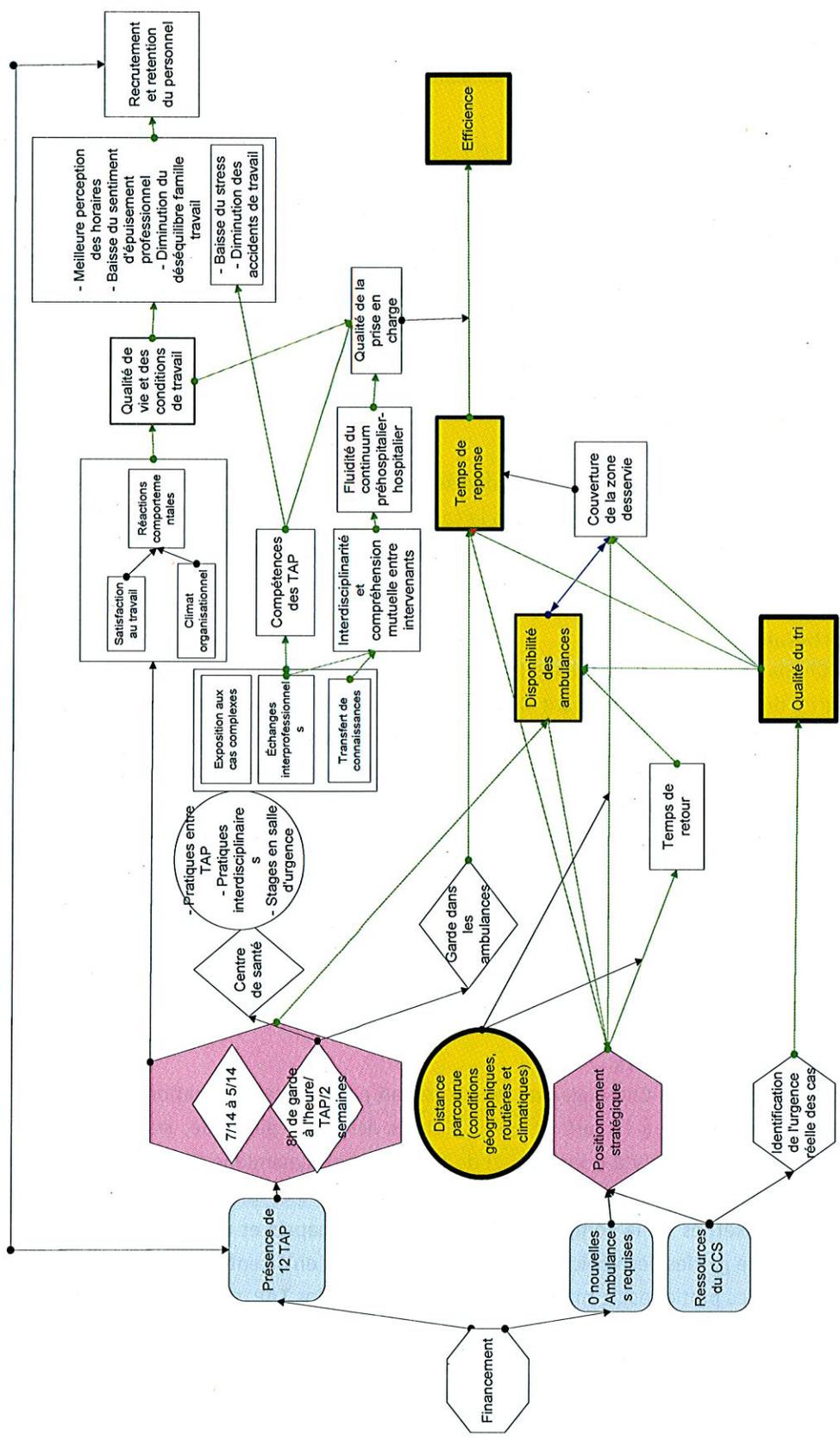


Figure 9: Modèle logique du projet pilote de Chapais-Chibougamau

Implantation du projet pilote

Dans la région du Nord-du-Québec, l'implantation du projet pilote commença donc officiellement le 1^{er} avril 2008.

Ressources humaines

Tel que conceptualisé, le projet pilote de Chapais-Chibougamau nécessitait la présence de 10 TAP temps plein régulier supplémentaire sur les 12 qui étaient déjà présents dans la région. Compte tenu des difficultés antérieurement rencontrées pour attirer et retenir des TAP dans la région, ainsi que dans le but d'obtenir le nombre requis de TAP pour commencer l'implantation du projet pilote, une entente contractuelle fut signée entre la compagnie ambulancière et la Banque des Techniciens Ambulanciers du Québec (BTAQ). La BTAQ devant garantir une disponibilité suffisante de TAP pour couvrir les heures rajoutées par le projet pilote, mais aussi pour couvrir les congés et maladies ou encore les débordements CSST des TAP.

Parallèlement à cette démarche, la formation d'une cohorte de TAP fut initiée dans un CEGEP de la région pour combler les différents postes ouverts dans le cadre de l'implantation du projet pilote. La fin de la formation de la cohorte de TAP correspondait par ailleurs à la fin de l'entente contractuelle signée avec la BTAQ.

Transformation des horaires

Le projet pilote de Chapais-Chibougamau prévoyait la transformation de deux horaires de faction 7/14 en deux horaires de faction 5/14 incluant 4 heures de blocs de garde à l'heure aux deux semaines pour chaque TAP. Dès le début du projet pilote, les horaires de faction 7/14 furent transformés en horaires de faction 5/14 incluant les 4 heures de blocs de garde à l'heure. Ces blocs de garde à l'heure sont répartis sur six jours durant la semaine et sont placés aux heures pendant lesquelles, le nombre d'appels urgents est censé être le plus important dans les deux zones ambulancières couvertes par le projet pilote. Une évaluation et un éventuel réajustement des heures des blocs de garde étaient réalisés tous les six mois. Toutefois compte tenu de la difficulté de cibler les heures les plus appropriées pour placer les blocs de garde à l'heure, l'agence de la santé a récemment décidé de réévaluer et réajuster au besoin ces heures de garde sur une fréquence de trois mois au lieu de la fréquence des six mois qui étaient antérieurement pratiqués.

Déploiement des véhicules ambulanciers

Étant donné que le projet de Chapais-Chibougamau ne nécessitait pas une transformation complète des horaires de faction en horaires à l'heure et qu'en dehors des blocs de garde, les véhicules ambulanciers restaient en faction, il n'y a donc pas eu de déploiement dynamique des ambulances sur le territoire couvert. Lors des heures de faction, les deux véhicules ambulanciers restent stationnés au niveau des casernes de la compagnie ambulancière à Chapais et à Chibougamau. Et pendant les quatre heures de gardes, les véhicules ambulanciers restent en attente soit au niveau de l'édifice où sont effectuées les pratiques de maintien des compétences des TAP, soit en circulation le long du boulevard principal des zones de Chapais et de Chibougamau.

Toutefois, dans certaines situations au cours desquelles il n'y aurait qu'un véhicule ambulancier disponible pour desservir l'ensemble des zones ambulancières de la région du Nord-du-Québec soit

Chapais, Chibougamau et le parc de Chibougamau, la centrale de communication santé procède à un positionnement stratégique de ce véhicule à mi-chemin de ces trois zones. En dehors de ce type de situation, chaque véhicule ambulancier reste stationné ou en attente dans sa zone de couverture.

Ambulance et autres équipements

Tel que prévu dans les recommandations du comité Gauthier, il n'y a pas eu de rajout de nouvelles ambulances dans le territoire de Chapais-Chibougamau. Mais compte tenu des déplacements relativement fréquents du véhicule ambulancier de la zone de Chibougamau où le nombre d'appels est par ailleurs le plus élevé, certains TAP rencontrés estiment qu'il serait nécessaire de rajouter un véhicule ambulancier dans cette zone afin de palier les absences prolongées de l'ambulance lorsque des appels nécessitant de longs déplacements sont effectués.

Financement

L'engagement de l'agence de la santé à financer la première année de mise en œuvre du projet pilote fut tenu. Le principe d'assurer la poursuite du financement du projet pilote par le ministère de la santé au terme de la première année d'implantation est également acquis et effectif.

Intégration clinique

Compte tenu de la faible exposition des TAP, le projet pilote de Chapais-Chibougamau intégrait aussi la mise en œuvre d'un volet d'amélioration et de maintien des compétences pour les TAP de la région durant leur période de garde. Ce volet impliquait la réalisation de pratiques supervisées entre TAP, de pratiques interdisciplinaires, ainsi que des stages d'observation à l'urgence en soins infirmiers et en inhalothérapie.

Les pratiques supervisées entre TAP permettent à ces derniers de réviser, avec des partenaires et des superviseurs, certains cas cliniques auxquels ils peuvent être exposés durant l'exercice de leur fonction. La réalisation des pratiques interdisciplinaires qui impliquent des TAP, des infirmières ainsi que des inhalothérapeutes sur des sujets d'intérêt commun devait permettre de favoriser les échanges d'expériences et d'expertises entre ces différentes catégories professionnelles. Alors que la présence des TAP dans les salles d'urgence devant leur permettre d'accroître leur connaissance sur des sujets auxquels ils ne sont pas fréquemment exposés dans leur pratique sur le terrain. Le corolaire de cette démarche étant de maintenir et d'accroître les connaissances et compétences des TAP, mais aussi de favoriser le développement d'un continuum entre les milieux préhospitalier et hospitalier.

Toutefois, de ces différentes activités, seules les pratiques supervisées entre TAP et dans une moindre mesure les pratiques interdisciplinaires ont pu être réalisées durant l'implantation du projet pilote. Les pratiques entre TAP ont été réalisées depuis le début du processus d'implantation et elles continuent de l'être durant les blocs de garde à l'heure. Les pratiques interdisciplinaires avaient commencé au début de l'implantation du projet pilote. Un équivalent de 10.5 heures de pratiques entre TAP, infirmières et inhalothérapeutes a ainsi été réalisé. Quelques difficultés organisationnelles liées notamment à la préparation des pratiques interdisciplinaires, la détermination des heures appropriées pour leur réalisation, le changement du personnel à l'agence,

ainsi que l'existence d'une éventualité d'annulation en cas de non-disponibilité des TAP (répondre à un appel urgent) ont été les facteurs qui ont entraîné l'arrêt des pratiques interdisciplinaires.

Nécessitant l'accord et l'implication de la direction des soins infirmiers et celle des ressources humaines du centre hospitalier, les stages d'observation des TAP en salle d'urgence qui étaient initialement prévus dans le projet pilote n'ont pu être réalisés. Les raisons évoquées par ces deux directions étaient liées à la non-pertinence de la présence continue des TAP dans les salles d'urgence, ainsi qu'à la difficile réalisation de leur intégration avec les autres catégories professionnelles qui travaillent dans le milieu hospitalier (infirmiers, brancardiers, préposés aux bénéficiaires....).

Facteurs ayant influencé le processus d'implantation du projet pilote

Le processus de mise en œuvre et la production des effets du projet pilote dans le territoire de Chapais-Chibougamau ont été influencés dans une large mesure par la non implication de la direction des soins infirmiers dans la conception du volet « Intégration Clinique » du projet pilote. Étant donné le court délai dont disposaient les représentants des services préhospitaliers d'urgence pour que le projet de Chapais-Chibougamau puisse être intégré dans les recommandations du comité Gauthier, ils n'ont pas été en mesure d'informer et d'impliquer la direction des soins infirmiers et les instances administratives du centre hospitalier, dans lequel devaient se dérouler les stages d'observation en urgence. Or comme cette composante d'intégration des TAP dans les salles d'urgence devait nécessiter une transformation profonde des habitudes de travail du personnel hospitalier (infirmiers, préposés aux bénéficiaires, brancardiers, bénévoles), l'association et l'implication des structures hospitalières étaient nécessaires afin de définir les différentes modalités organisationnelles (période de présence des TAP, tâches dévolues aux TAP) autour desquelles l'intégration clinique des TAP allait être réalisée. De plus, cette implication de la direction des soins infirmiers et des instances administratives de l'hôpital était d'autant plus nécessaire que le projet pilote proposait une série de mesures qui allaient réorienter de façon majeure les rôles et attributions des TAP dans le milieu clinique notamment à travers une présence constante des TAP dans les salles d'urgence ainsi que la possibilité de réaliser certaines activités pour venir en aide au personnel clinique et hospitalier.

Ainsi, même si cela n'avait pas été pris en considération lors de la conception du projet pilote, cette composante d'intégration clinique des TAP dans les salles d'urgence fait ressortir l'existence d'autres enjeux organisationnels d'implantation plus importants et qui sont notamment liés aux limites difficilement franchissables des rôles et attributions précises de chacune des professions impliquées dans la prise en charge des usagers transportés par les services ambulanciers (TAP, infirmières, préposés aux bénéficiaires, bénévoles).

Par ailleurs, en plus des enjeux liés à la difficulté de franchir les barrières interprofessionnelles sur la mise en œuvre de la composante d'intégration clinique dans les salles d'urgence, les rencontres réalisées avec les TAP font ressortir le fait que les TAP ne s'accordent pas nécessairement avec les différentes mesures proposées pour ce volet du projet pilote. Ils questionnent par exemple la pertinence et l'utilité de leur présence constante dans les salles d'urgence où certaines activités de soins réalisées ne sont pas nécessairement en lien avec le processus d'amélioration ou de maintien de leur compétence pour la réalisation du travail qui leur est normalement dévolu. Et ils estiment à cet effet qu'une présence dans les salles d'urgence de l'hôpital pourrait peut être leur être utile, mais à condition que cette présence se fasse dans un cadre plus précis, mieux encadré et surtout limité dans le temps.

Effets du projet pilote

Temps de réponse

Cette section inclut des données sur le nombre et la distribution selon le code de priorité des appels, des données sur la durée de transport (entre le lieu de l'incident et l'hôpital), les résultats de l'analyse proprement dite des données de chronométrie ainsi que l'analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse. Il faut noter qu'après vérification, il semble que la compagnie ambulancière qui rapporte les données de chronométrie au SISPUQ codait indistinctement les appels de priorité 1 et 3 comme étant des appels de priorité 1 en 2007. Ces particularités dans le mode de codification des appels en 2007 ainsi que le faible volume d'appels dans cette région nous ont amenés à analyser conjointement les données des appels de priorité 1 et de priorité 3.

Description de la distribution des appels

Dans le territoire de Chapais-Chibougamau, le nombre total d'appels a augmenté de 11,9% entre l'été 2007 et l'été 2009, et cette hausse s'est produite pour les appels de priorité 1 ou 3. Les données sur toute l'année indiquent un nombre total d'appels stable mais une augmentation de 16,6% de la proportion des appels codés 1 ou 3.

Le tableau ci-après présente les chiffres détaillés de la distribution des appels dans cette région.

Tableau 38: Description des appels en fonction des codes de priorité d'affectation

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1 et 3	209 (31,2)	318 (47,8)	+16,6 ⁽¹⁾	125 (37,1)	179 (47,5)	+10,4 ⁽¹⁾
Autres codes	462 (68,9)	348 (52,3)	-16,6 ⁽¹⁾	212 (62,9)	198 (52,5)	-10,4 ⁽¹⁾
Total	671 (100,0)	666 (100,0)	-0,1 ⁽²⁾	337 (100,0)	377 (100,0)	+11,9 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité : $\%_{2009} - \%_{2007}$

(2) Variation relative du nombre d'appels : $(N_{2009} - N_{2007}) / N_{2007}$

Le tableau 39 indique par ailleurs que la distribution des appels a significativement changé entre les deux périodes à l'étude.

Tableau 39: Description de la distribution des appels (Chapais-Chibougamau)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)	N	ÉTÉ 2007		ÉTÉ 2009	
		Moy [méd]	N	Moy [méd] (IC 95%)	P
Durée du transport vers l'hôpital					
Codes 1+3	124	17,94 [5,0]	175	7,15 [3,0]	-10,79

Analyse des données de chronométrie

L'analyse effectuée à partir des données de chronométrie retenues pour le projet pilote de Chapais-Chibougamau fait ressortir que le délai de mise en route pour les appels 1 et 3 (entre la réception de l'appel et le départ des TAP) n'a pas changé de façon significative entre la période pré et post de l'évaluation. Les chiffres obtenus montrent d'ailleurs une légère augmentation qui passe de 5,5 mn en mai et octobre 2007 à 6,5 mn à la même période en 2009.

Par contre, nous avons constaté une diminution très importante de la durée de déplacement (entre le départ et l'arrivée sur le lieu d'appel) entre 2007 et 2009. Entre les deux périodes à l'étude, cette durée est passée de 12,7 mn à 5,3 mn.

Cette nette tendance à la diminution est également observée pour le délai d'arrivée sur les lieux qui est la somme des deux premiers délais. On est passé de 19,3 mn en 2007 à 11,8 mn en 2009.

Toutefois, il est inapproprié d'attribuer cette amélioration du temps de réponse au projet-pilote proprement dit, et ce pour deux raisons. Tout d'abord, contrairement aux autres régions, la transformation des horaires de travail réalisée dans ce projet pilote reste très peu importante; les TAP ne restent à l'heure que pendant 4 heures de temps par jour, le reste du temps, ils sont en faction comme avant l'implantation des projets pilotes. Mais la réduction observée du temps de réponse provient de la réduction de la durée du transport à l'hôpital, réduction qui s'explique difficilement. Les résultats d'analyses statistiques ajustées pour la durée de transport indiquent que la durée de déplacement vers le lieu de l'incident et le délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident ne sont pas significativement réduites suite à l'implantation du projet-pilote.

Nous rapportons dans le tableau ci-après les résultats des différentes analyses effectuées.

Tableau 40: Données de chronométrie (Chapais-Chibougamau)

Indicateurs de chronométrie (en minutes)†	N	ÉTÉ 2007 Moy [méd] (IC 95%)	N	ÉTÉ 2009 Moy [méd] (IC 95%)	$\Delta^{\dagger\dagger}_{2009-2007}$ (IC 95%)	p
A. Délai de mise en route						
Codes 1+3	122	5,50 [6,0] (4,79; 6,21)	175	6,46 [7,0] (5,68; 7,25)	+0,96 (-0,15; +2,07)	0,09
B. Durée du déplacement vers le lieu de l'incident*						
Codes 1+3	124	12,65 [3,0] (8,38 ; 16,91)	175	5,31 [2,0] (3,87; 6,76)	-7,33 (-11,82; -2,84)	0,002
		<i>8,64</i> (6,72; 10,57)		<i>8,15</i> (6,54; 9,76)		<i>0,71</i>
C. Délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident*						
Codes 1+3	124	19,31 [11,0] (14,81; 23,82)	175	11,78 [10,0] (10,14; 13,41)	-7,54 (-12,32; -2,75)	0,002
		<i>15,38</i> (13,08; 17,69)		<i>14,56</i> (12,63; 16,50)		<i>0,60</i>
D. % selon les temps de référence‡						
≤10 min (code 3)	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	$RR_{2009/2007}$ (IC 95%)	p
	124	37,9 (29,2; 46,6)	175	45,7 (38,3; 53,2)	1,21 (0,91; 1,59)	0,18

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mise en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D)

†† : Différence de moyenne ($Moy_{2009} - Moy_{2007}$)

*: Les résultats des analyses ajustées pour la durée du transport à l'hôpital sont présentés en italiques

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence

Analyse de la perception des TAP sur le temps de réponse

Compte tenu du fait que la transformation d'horaire réalisée dans le territoire de Chapais-Chibougamau est une transformation d'un horaire de faction (7/14), vers un autre horaire de faction (5/14), le seul gain théorique pour le temps d'intervention qui pourrait être associé au projet pilote est l'inclusion des 4 heures de blocs de garde durant 3 jours de la semaine. Certains TAP estiment en effet que durant les blocs de garde à l'heure, ils arrivent à répondre beaucoup plus rapidement aux appels venant de la population. Mais en dehors des blocs de garde à l'heure, le projet pilote, tel que conceptualisé et mis en œuvre ne peut pas avoir une grande incidence sur l'amélioration du temps de réponse des interventions ambulancières.

Qualité de vie au travail des TAP

Sondage de satisfaction auprès des TAP⁷

Le sondage sur la satisfaction des TAP dans le territoire de Chapais-Chibougamau a porté sur 12 TAP. Sur ces 12 TAP, 5 nous ont rapporté le questionnaire dûment rempli.

Sur ces 5 répondants, nous avons trouvé que le score moyen de la dimension personnelle de la satisfaction qui regroupe les 7 premières questions du questionnaire était de 4,3. Soit un niveau « Très satisfait » exprimée par les TAP pour leur contribution à la qualité des soins qu'ils fournissent aux patients. Les deux TAP qui étaient présents avant l'implantation du projet pilote considèrent que la perception de changement sur cette dimension traduit une situation perçue comme « amélioré ». Le score moyen exprimé est de 3,57.

Pour la dimension de la dimension de « satisfaction liée à la charge de travail » (questions 8 à 12), les TAP du projet pilote de Chapais-Chibougamau expriment un niveau de satisfaction qu'on peut qualifier de « satisfait » sur notre échelle de mesure. Le score moyen pour cette dimension est de 4,12. La perception du changement de la satisfaction des TAP sur cette dimension entre la période avant l'implantation et la période après l'implantation est perçue comme « Amélioré » de la part des TAP (moyenne de 3,7).

Le score moyen de la dimension « de satisfaction en lien avec le support professionnel » que les TAP reçoivent de leur superviseur ou de leurs collègues est de 3,91 (niveau satisfait). Le changement sur cette dimension est perçu par les TAP comme une situation « Amélioré » sur l'échelle de mesure utilisée (moyenne de 3,75).

Pour la dimension de la « satisfaction relative à la paie et aux perspectives d'avenir » (questions 20 à 24), les TAP du territoire de Chapais-Chibougamau expriment un niveau de satisfaction qui est d'un niveau « Satisfait » sur notre échelle de mesure. Le score moyen observé pour cette dimension est de 4. Notons toutefois que pour la question relative aux opportunités d'avancement professionnel, la moyenne des réponses exprimées reste faible. Elle est de 2,60 pour cette question. Pour cette quatrième dimension de la satisfaction, le changement de la perception sur cette dimension entre la période avant l'implantation et celle d'après présente un score moyen de 3,8 (niveau de changement « Amélioré »).

Pour la dernière dimension de « la satisfaction des TAP liée à la formation » (questions 25 et 26), on constate un niveau de satisfaction « Très satisfait » avec une moyenne de 4,5. Et c'est la même tendance qui est observée pour le changement de la perception des TAP sur cette dimension avec une moyenne de 4 (changement « amélioré »).

Nous présentons dans les tableaux qui suivent la distribution des niveaux de satisfaction observés pour chacune des questions de satisfaction. Le tableau 41 présente le niveau de satisfaction « actuel » des TAP tel que perçu lors l'enquête. Le tableau 42 présente les données sur le

⁷ Nous présentons l'ensemble des résultats du sondage effectué en mettant un accent plus particulier sur les moyennes des réponses qui sont inférieures ou égales à 3.

changement perçu de la satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets pilotes. Le tableau 43 présente les données agrégées sur les 5 dimensions de la satisfaction des TAP.

Tableau 41: Données de satisfaction "actuelle" des TAP (Chapais-Chibougamau)

Dimensions de la satisfaction		Niveau de satisfaction					Moyenne
		Très insatisfait	Insatisfait	Neutre	Satisfait	Très satisfait	
		N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)	
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	0	1 (20)	2 (40)	2 (40)	4,2
	2-Contribution aux soins	0	0	0	2 (40)	3 (60)	4,6
	3-Défis dans le travail	0	0	1 (20)	1 (20)	3 (60)	4,4
	4-Diversification du travail	0	0	0	2 (50)	2 (50)	4,5
	5-Soins fournis	0	0	1 (20)	3 (60)	1 (20)	4
	6-Qualité du travail	0	0	0	2 (40)	3 (60)	4,6
	7-Indépendance	0	0	1 (20)	3 (60)	1 (20)	4
Moyenne de la dimension personnelle							
Charge de travail	8-Temps des soins	0	0	0	3 (60)	2 (40)	4,4
	9-Temps des services	0	0	0	3 (60)	2 (40)	4,4
	10-Charge de travail	0	0	0	3 (60)	2 (40)	4,4
	11-Conditions d'attente	0	1 (20%)	0	4 (80)	0	3,6
	12-Temps des déplacements	0	0	1 (20)	4 (80)	0	3,8
Moyenne de la dimension liée à la charge de travail							
Support professionnel	13-Support du superviseur	0	1 (25)	2 (50)	0	1 (25)	3,25
	14-Échanges sur les difficultés	0	1 (20)	1 (20)	2 (40)	1 (20)	3,6
	15-Support dans le travail	0	0	1 (20)	3 (60)	1 (20)	4
	16-Traitement du superviseur	0	1 (33,3)	1 (33,3)	0	1 (3,3)	3,33
	17-Sentiment d'appartenance	0	0	2 (40)	1 (20)	2 (40)	4
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	0	1 (20)	1 (20)	3 (60)	4,4
	19-Interaction avec les collègues	0	0	1 (20)	1 (20)	3 (60)	4,4
Moyenne de la dimension liée au support professionnel							
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	0	0	0	2 (40)	3 (60)	4,6
	21-Heures effectuées	0	0	1 (20)	2 (40)	2 (40)	4,2
	22-Planification des horaires	0	0	0	3 (60)	2 (40)	4,4
	23-Avancement professionnel	0	3 (60)	1 (20)	1 (20)	0	2,60
	24-Sécurité d'emploi	0	0	1 (20)	2 (40)	2 (40)	4,2
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir							
Formation	25-Opportunités de formation	0	0	0	3 (60)	2 (40)	4,4
	26-Adéquation formation et travail	0	0	0	2 (40)	3 (60)	4,60
Moyenne de la dimension liée à la formation							

Tableau 42: Données sur le changement de la satisfaction des TAP (Chapais-Chibougamau)

Dimensions de la satisfaction	Niveau de satisfaction					Moyenne	
	Très détérioré	Détérioré	Neutre	Amélioré	Très amélioré		
	N (%)	N(%)	N(%)	N(%)	N(%)		
Personnelle	1-Utilisation des compétences	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	2-Contribution aux soins	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	3-Défis dans le travail	0	0	1(50)	1 (50)	0	3,5
	4-Diversification du travail	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	5-Soins fournis	0	0	0	2 (100)	0	4
	6-Qualité du travail	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	7-Indépendance	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
Moyenne de la dimension personnelle							
Charge de travail	8-Temps des soins	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	9-Temps des services	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	10-Charge de travail	0	0	2 (100)	0	0	4
	11-Conditions d'attente	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	12-Temps des déplacements	0	0	0	2 (100)	0	4
Moyenne de la dimension liée à la charge de travail							
Support professionnel	13-Support du superviseur	0	0	1 (100)	0	0	3
	14-Échanges sur les difficultés	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	15-Support dans le travail	0	0	0	2 (100)	0	4
	16-Traitement du superviseur	0	0	0	0	0	0
	17-Sentiment d'appartenance	0	0	0	2 (100)	0	4
	18-Interaction avec toutes les personnes	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	19-Interaction avec les collègues	0	0	0	2 (100)	0	4
Moyenne de la dimension liée au support professionnel							
Paie et perspectives d'avenir	20-Paie reçue	0	0	0	2 (100)	0	4
	21-Heures effectuées	0	0	0	2 (100)	0	4
	22-Planification des horaires	0	0	0	2 (100)	0	4
	23-Avancement professionnel	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
	24-Sécurité d'emploi	0	0	1 (50)	1 (50)	0	3,5
Moyenne de la dimension liée à la paie et aux perspectives d'avenir							
Formation	25-Opportunités de formation	0	0	0	2 (100)	0	4
	26-Adéquation formation et travail	0	0	0	2 (100)	0	4
Moyenne de la dimension liée à la formation							

Tableau 43: Données de satisfaction des TAP en fonction des dimensions (Chapais-Chibougamau)

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
N ^{††}	5	2	5	2	5	2	5	2	5	2
Moyenne	4,3	3,57	4,12	3,7	3,91	3,75	4	3,8	4,5	4
Médiane	4,42	3,57	4	3,7	4	3,75	4	3,8	4,5	4

†Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Les effectifs relatifs au changement de la satisfaction des TAP sont moins importants car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Conditions de vie et de travail

Le gain substantiel associé au projet pilote de Chapais-Chibougamau reste cependant grandement associé à l'amélioration des conditions de vie et de travail. Le passage d'une période de 7 jours de travail avec 7 jours de repos à une autre période de 5 jours de travail avec 9 jours de repos représente un gain considérable pour les TAP rencontrés. Ils considèrent qu'avec ce type d'horaire, ils sont à même de mieux récupérer de leur semaine de travail en faction et de se consacrer à d'autres tâches familiales et sociales. Le passage d'un horaire 7/14 vers un horaire 5/14 apparaît donc comme étant plus attrayant pour les TAP. L'opinion exprimée par un des TAP confirme ce constat :

« J'ai une satisfaction totale face à ce projet. Selon l'horaire vs vie personnelle, il serait difficile de demander mieux. ... » (N14, 24 ans, 1 an d'expérience)

L'autre effet de ce recrutement est aussi le fait qu'il permet aussi d'avoir un nombre suffisant de TAP pour faire des remplacements lorsque certains font des activités de maintien des compétences.

Maintien des compétences

L'autre gain non moins important qui est également associé à l'implantation du projet pilote est la réalisation des pratiques supervisées entre TAP. Avant le projet pilote, la participation aux activités de maintien des compétences se faisait sur une base volontaire et de ce fait, l'intensité de la participation des TAP à ces activités était considérée comme étant faible par les représentants de l'agence de la santé. Mais la mise en œuvre des blocs d'heure de garde auxquels tous les TAP sont censés participer fut une opportunité qui devrait conduire les TAP à participer de façon plus régulière aux différentes activités de maintien des compétences. Car sur les 4 heures de garde à l'heure, deux heures sont entièrement consacrées au maintien des compétences. Ce faisant, sur une base mensuelle, chaque TAP réussit à bénéficier systématiquement de 4 heures d'activités de maintien des compétences.

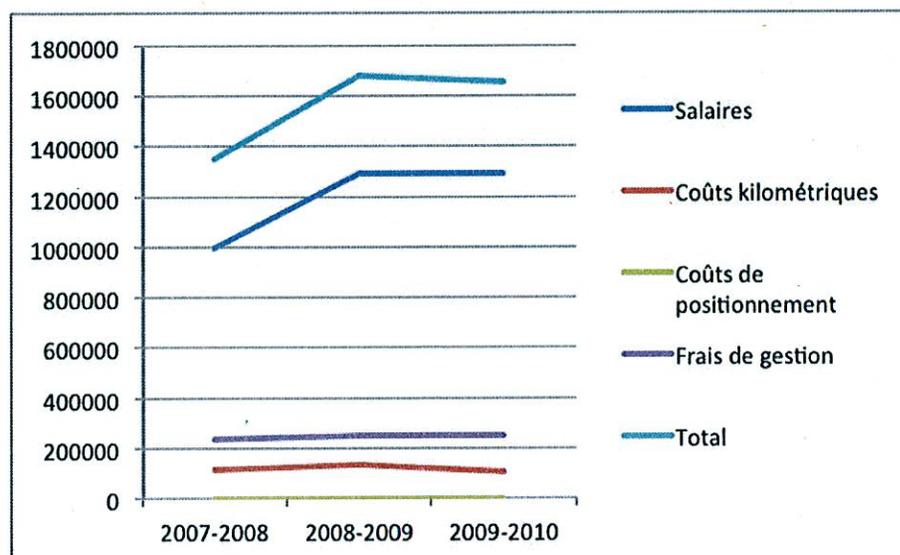
Coûts du projet pilote

Les coûts récurrents des années financières 2007-2008 et 2009-2010 ont été retenus aux fins d'analyse pour la composante économique de l'évaluation. On note une augmentation de 25% du coût total lié à l'offre de services ambulanciers liée à l'implantation du projet pilote. Le tableau et la figure qui suivent présentent l'évolution des coûts du projet pilote dans le territoire de Chapais-Chibougamau.

Tableau 44: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Chapais-Chibougamau)

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	995 257	117 337	0	239 928	1 352 522
2008-2009	1 294 758	137 185	3 114	250 936	1 685 994
2009-2010	1 295 297	103 838		254 886	1 657 135
Δ	(30%)	(-11%)	3 114	(6%)	(25%)

Figure 10: Évolution des coûts standardisés du projet pilote (Chapais-Chibougamau)



ANALYSE TRANSVERSALE POUR TOUTES LES RÉGIONS

Dans cette section du rapport, nous allons faire une présentation et une discussion des résultats obtenus dans toutes les régions en fonction des 5 questions de recherche qui ont guidé la réalisation de cette évaluation.

Q1 : Est-ce que les interventions décrites dans chacun des projets ont été implantées tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?

Répondre à cette question revient à présenter le bilan d'implantation des projets pilotes tel que dressé à l'hiver 2010 et à mobiliser les différentes approches développées dans la littérature en théorie des organisations pour comprendre les facteurs explicatifs qui ont influencé le processus de mise en œuvre.

Bilan d'implantation des projets pilotes à l'hiver 2010

À la suite de la publication du rapport Gauthier en octobre 2007, les agences de santé et de services sociaux des 5 régions concernées par les projets pilotes ont initié la mise en place des comités régionaux d'implantation. Ces comités formés en novembre 2007 étaient constitués des représentants des services préhospitaliers d'urgence des agences de la santé, les représentants des compagnies ambulancières, les représentants syndicaux des TAP ainsi que les représentants des centrales de communication santé (la CAUREQ pour la Gaspésie et la Côte-Nord et la CCSC pour la Capitale Nationale, le Saguenay-Lac-Saint-Jean et le territoire de Chapais-Chibougamau).

La mission des comités régionaux consistait à élaborer des stratégies de recrutement pour faire face aux besoins liés à la présence effective du nombre requis de TAP afin d'assurer le démarrage des projets pilotes. Plus précisément, il s'agissait de publier des annonces d'offre d'emploi dans des journaux locaux afin d'encourager certains TAP à venir exercer dans les régions concernées et d'initier, dans certains CEGEP, des formations en techniques ambulancières.

Les comités régionaux avaient également la mission de préparer les différentes ententes de gestion entre les différentes parties (agences, compagnies ambulancières et syndicats) suite à la transformation des horaires de travail des TAP et le positionnement des ambulances sur les territoires desservis.

L'élaboration des paramètres opérationnels du déploiement dynamique et/ou du positionnement stratégique des ambulances ainsi que le suivi et l'accompagnement du processus d'implantation étaient les autres missions des comités régionaux d'implantation.

Le début officiel des projets pilotes s'est effectué dans les différentes régions entre les mois d'avril et octobre 2008.

- Région du Nord-du Québec : Avril 2008
- Région de la Capitale Nationale : Juin 2008
- Région de la Côte-Nord : Septembre 2008
- Région de la Gaspésie : Octobre 2008

- Région du Saguenay-Lac-Saint-Jean : Mai et octobre 2008

Ressources humaines

À l'exception du projet pilote de Portneuf (Capitale-Nationale) où l'implantation du projet pilote ne demandait pas un rajout important de TAP, tous les autres projets pilotes ont fait face à des difficultés pour disposer du nombre requis de TAP lors du démarrage de l'implantation des projets pilotes. Mais ce manque de TAP fut comblé quelques mois après le début du processus d'implantation, notamment à la sortie des différentes cohortes de TAP formés dans les CEGEP de chacune des régions. Au moment où nous avons effectué la collecte des données nécessaires à cette évaluation (Hiver 2010), la question de la disponibilité du nombre requis de TAP pour assurer le fonctionnement des projets pilotes n'est pas ressortie comme une préoccupation des différents acteurs pour la poursuite du processus d'implantation.

Transformation des horaires

Tous les horaires de faction visés par les projets pilotes ont été transformés dans toutes les régions selon ce qui était initialement prévu, et ce, dès le début du processus d'implantation. Quelques ajustements sur le choix des heures de début et de fin de quarts ont été néanmoins apportés dans la région de la Capitale-Nationale et dans celle de la Côte-Nord.

Déploiement des ambulances sur le territoire

Selon les régions, les ambulances ont été déployées à certains endroits des territoires desservis en suivant deux mécanismes. Un premier mécanisme dit de déploiement dynamique qui consiste à déployer et à relayer les ambulances entre différentes zones ambulancières selon les besoins en soins préhospitaliers d'urgence et un deuxième mécanisme dit de positionnement stratégique qui consiste à positionner les ambulances à certains points d'attente prioritaire au sein d'une seule zone ambulancière. Le premier mécanisme fut réalisé dans les projets pilotes de Portneuf, Baie-Comeau et dans le sous-territoire du Saguenay, tandis que le deuxième mécanisme fut implanté en Gaspésie, à Chapais-Chibougamau (4 heures par jour) et dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean.

Toutefois, dans la réalisation du déploiement dynamique à Portneuf et au Saguenay, certains TAP et représentants de compagnies ambulancières ont exprimé leur insatisfaction sur la façon dont cette composante des projets pilotes a été effectuée. À Portneuf, ils déplorent les longs et fréquents déplacements à vide effectués pour couvrir les points d'attente prioritaires qui restent éloignés les uns des autres, la découverte de certaines zones (Saint-Catherine et Saint-Ubalde) ainsi que l'absence de locaux appropriés pour la prise des repas des TAP. Tandis qu'au Saguenay, c'est la fréquente sollicitation des VA de la compagnie SLN par la centrale de communication pour effectuer la couverture des points prioritaires qui est à l'origine de l'insatisfaction des TAP et des représentants de la compagnie ambulancière.

Pour le positionnement stratégique en Gaspésie, les TAP de deux compagnies ambulancières sont restés en attente pendant un an dans les casernes et non dans les VA comme initialement prévu dans les paramètres d'opérationnalisation du projet pilote. Cette situation a prévalu entre octobre 2008 à novembre 2009. Par la suite, l'agence a exigé le retour des TAP aux points d'attente initialement identifiés par le comité de pilotage d'implantation du projet pilote.

Intégration clinique pour le projet pilote de Chapais-Chibougamau

La composante supplémentaire d'intégration clinique du projet pilote de Chapais-Chibougamau n'a pas été réalisée dans sa totalité. Les pratiques supervisées entre TAP ont pu être réalisées depuis le début du projet pilote. Et au moment de notre séjour de collecte de données à l'hiver 2010, ces pratiques continuaient toujours d'être réalisées. Les pratiques interdisciplinaires organisées entre les TAP et d'autres professionnels (infirmières et inhalothérapeutes) n'ont été effectuées qu'au début de la période d'implantation. Elles ont été arrêtées par la suite, après avoir totalisé un équivalent de 10,5 heures, à cause de la lourdeur de leur préparation, la possibilité d'annulation des pratiques en cas d'appels urgents reçus par les TAP et à cause du changement de personnel à l'agence de la santé.

Par contre les stages d'observation des TAP en salle d'urgence n'ont pas pu être réalisés suite au refus des directions des soins infirmiers et des ressources humaines de l'hôpital où devaient se dérouler ces stages.

Ambulances et autres équipements

Comme prévu dans la description des projets pilotes, aucune nouvelle ambulance n'a été rajoutée. Par contre, deux mulets ont été équipés de moniteurs défibrillateurs en Gaspésie et dans le territoire de Portneuf.

Financement

Le financement nécessaire à l'implantation des projets pilotes a été fourni par le MSSS dans toutes les régions.

Synthèse du bilan d'implantation des projets pilotes à l'hiver 2010

En guise de synthèse pour le bilan d'implantation, nous pouvons donc considérer qu'il y a eu peu d'écart entre ce qui était initialement prévu pour l'implantation des projets pilotes et ce qui a été effectivement réalisé. Même si le degré de fonctionnalité des comités reste variable d'une région à une autre, il reste qu'ils ont été mis en place dans toutes les régions avant le début du processus d'implantation. Les ressources humaines nécessaires au fonctionnement des projets pilotes sont maintenant disponibles en nombre suffisant dans toutes les régions. Les horaires commandés ont été implantés dès le début du processus d'implantation. Le déploiement dynamique a été implanté dans le sous-territoire du Saguenay, à Portneuf et à Baie-Comeau. Le positionnement stratégique a été implanté à Chapais-Chibougamau, dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean et en Gaspésie. Dans ce dernier cas cependant, pour 2 des 3 compagnies ambulancières, le positionnement stratégique n'a été effectif qu'un an après le début officiel de l'implantation. On doit mentionner également que le déploiement dynamique à Portneuf et au Saguenay fait l'objet de questionnements de la part des TAP et de certaines compagnies ambulancières.

Le volet « Intégration clinique » initialement prévu dans le projet de Chapais-Chibougamau, n'a été réalisé que de façon partielle. Les pratiques entre TAP sont effectives, mais les pratiques interdisciplinaires et les stages d'observation dans les salles d'urgence n'ont pas été réalisés.

Enfin le financement nécessaire à l'implantation des projets pilotes pour les 5 régions a été obtenu.

Les données relatives à l'appréciation du processus d'implantation des 5 projets pilotes sont présentées à l'annexe 9 du rapport.

Facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes

Dans cette section de l'analyse transversale, nous allons recourir aux différentes approches théoriques développées dans la littérature pour analyser et interpréter les facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes. On peut en effet considérer que le processus d'implantation des projets pilotes vise à introduire un changement dans l'organisation et le fonctionnement du système préhospitalier d'urgence au Québec.

Bien qu'il n'existe pas de consensus sur les divers facteurs de réussite ou d'échec de l'implantation du changement dans la littérature en théorie des organisations, certaines approches théoriques tentent de fournir quelques pistes intéressantes pour expliquer et comprendre le processus d'introduction du changement dans les systèmes organisés d'action (Damanpour 1991; Armenakis and Bedeian 1999; Demers 1999; Hage 1999; Mintzberg, Ahlstrand et al. 1999; Champagne 2002). Des auteurs qui ont effectué des synthèses de connaissance sur ce sujet estiment que ces différentes approches théoriques peuvent être regroupées en 5 modèles : le modèle de planification rationnelle, le modèle de développement organisationnel, le modèle psychologique, le modèle structurel et le modèle politique (Guilhon 1998; Demers 1999; Hage 1999; Champagne 2002).

Nous nous sommes donc inspirés de ces différents modèles théoriques pour analyser et regrouper les différents facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes.

Modèle théorique de planification rationnelle

Le premier modèle théorique, le modèle de planification rationnelle, issu du courant de pensée de l'organisation scientifique du travail, stipule que le succès de l'implantation d'un changement réside dans la qualité de la planification de sa conception ainsi que dans le respect et le suivi des différentes procédures planifiées (Demers 1999; Champagne 2002; Mintzberg 2004; Rouleau 2007). Selon les tenants de cette approche, l'introduction du changement se doit d'être planifiée de façon adéquate depuis sa conception jusqu'à sa routinisation.

Certains facteurs retrouvés dans cette évaluation et qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes peuvent être associés à ce premier modèle théorique.

En effet, l'analyse des données de l'évaluation démontre que la non-implication, lors de la phase de conception des projets pilotes, de toutes les parties qui peuvent jouer un rôle dans le processus d'implantation peut entraîner la non réalisation de certaines composantes des projets pilotes. La non réalisation des stages d'observation des TAP en salle d'urgence ainsi que la réalisation limitée des pratiques interdisciplinaires dans le territoire de Chapais-Chibougamau à cause de la non-implication de la direction des soins infirmiers et celle des ressources humaines de l'hôpital dans lequel devaient se tenir ces activités permettent de soutenir cette observation.

Aussi, lorsque le contenu de conception des projets pilotes entraîne un changement important dans la contribution relative de certaines compagnies ambulancières dans l'offre de services

préhospitaliers qu'ils fournissaient antérieurement aux patients, on peut assister à une implication limitée de ces compagnies ambulancières dans l'implantation de certaines composantes des projets pilotes. Ce phénomène s'est matérialisé dans la région de la Capitale-Nationale, où la diminution notable des heures de couverture pour certaines compagnies ambulancières a eu comme effet de limiter l'engagement des TAP de ces compagnies ambulancières dans la réalisation du déploiement dynamique. Toujours dans la région de la Capitale Nationale, on a noté que l'inclusion, lors de la planification et de la conception du projet pilote, de certains paramètres qui influencent les conditions de travail des TAP notamment la durée des quarts de travail, peut entraîner des difficultés pour le recrutement et la rétention des TAP. L'expérimentation de l'horaire hybride Coreflex dans la zone de Saint-Catherine qui demande de travailler consécutivement pendant 8 heures à l'heure et 8 heures en faction peut entraîner de longs quarts de travail pour les TAP surtout lorsque s'ajoutent des débordements de fins de quarts lors des transports de longues distances. Cette situation a conduit à une démission, un arrêt de travail pour cause de maladie et beaucoup de frustrations auprès des TAP de cette zone.

Enfin, lorsque la planification du processus d'implantation ne tient pas compte de l'existence de « zones grises » dans les mécanismes d'interaction organisationnelle entre l'agence et ses différents partenaires (compagnies ambulancières et syndicats), on peut assister à la survenue de tensions qui limitent le processus d'implantation des projets pilotes. Dans le territoire de Baie-Comeau, le flou sur les différentes responsabilités entre l'agence de la santé et la compagnie ambulancière afin de déterminer les modalités d'organisation des séances de formation continue des TAP a nui au processus d'implantation du projet pilote dans cette région.

Modèle théorique de développement organisationnel

Le deuxième modèle théorique, l'approche du développement organisationnel, suggère que le succès du processus d'implantation d'un changement réside dans la création et le maintien de procédures et mécanismes permettant d'améliorer le climat et les conditions de travail des individus en situation de travail dans les organisations ou dans les systèmes organisationnels (Abrahamson 1991; Champagne 2002; Burke 2008).

Des facteurs liés à cette approche théorique ont également été retrouvés dans cette évaluation. Des analyses effectuées, il est ressorti que l'implantation des projets pilotes peut avoir un impact sur les conditions de travail des TAP et entraîner de la frustration et une baisse de motivation des TAP dans l'exercice de leur travail. Dans toutes les régions (à l'exception du territoire de Chapais-Chibougamau où l'attente dans les ambulances n'est que de 4 heures par jour), les conditions d'attente dans les ambulances pendant les 12 heures de travail à l'heure ont été rapportées comme étant des éléments qui ont négativement influencé la motivation et l'engagement des TAP à travailler avec des horaires à l'heure. Les TAP redoutent les conséquences à long terme de l'attente prolongée dans les ambulances sur leur santé physique et parfois mentale.

Par ailleurs, il est également ressorti de nos analyses que l'implication positive des différentes parties concernées par les projets pilotes dès le début du processus d'implantation peut permettre de faire face aux différents enjeux liés à la disponibilité des ressources humaines pour le démarrage

des projets pilotes. En Gaspésie et au Saguenay-Lac-Saint-Jean, l'implication positive de toutes les parties impliquées (syndicale, patronale, agence) a par exemple permis de trouver de nouvelles ressources humaines et de convaincre certains TAP présents à faire des heures supplémentaires afin de démarrer les projets pilotes malgré le contexte de pénurie.

Modèle théorique psychologique

Le troisième modèle théorique, le modèle théorique psychologique, met l'accent sur les différentes activités à initier pour vaincre les résistances individuelles et collectives des parties prenantes face au processus d'implantation d'un changement (Argyris, Putnam et al. 1985; Argyris 1999; Argyris and Schön 2002; Champagne 2002). Ces activités peuvent inclure des stratégies de communication et d'information autour du projet de changement ou encore l'offre d'un support aux différentes parties concernées durant la phase de changement (Mescon, Albert et al. 1988). Des facteurs explicatifs du processus d'implantation d'ordre psychologique ont été également retrouvés durant cette évaluation. Les analyses effectuées montrent que lorsque les décideurs font preuve d'ouverture face aux craintes exprimées par certaines parties impliquées dans le processus d'implantation, on peut noter une plus grande implication de ces parties. Certaines compagnies ambulancières du Lac-Saint-Jean avaient en effet exprimé des réticences et des craintes sur la faisabilité opérationnelle des projets pilotes spécialement en ce qui avait trait aux nouveaux quarts de travail proposés dans le rapport Gauthier qu'ils estimaient insuffisants pour permettre une couverture appropriée de leur zone ambulancière. Une rencontre entre les représentants de ces compagnies ambulancières et les représentants du MSSS a permis de faire face à ces craintes en rajoutant notamment deux quarts de 4 heures sur les propositions initialement présentées dans le rapport Gauthier pour ces compagnies.

La résistance et la «peur» de certains TAP habitués à travailler depuis plusieurs années avec les horaires de faction ont été également rapportées dans toutes les régions comme un facteur qui a limité l'engagement de ces TAP envers la pratique des nouveaux horaires.

Modèle théorique structurel

La quatrième modèle théorique, le modèle structurel, indique que le succès de l'implantation d'un changement dépend de l'existence de structures de coordination appropriées ainsi que de ressources humaines, financières, logistiques suffisantes pour effectuer l'implantation du changement (Lawrence and Lorsch 1967; Demers 1999; Hatch 2000). Également, la prise en considération d'éléments contextuels situés dans l'environnement physique d'implantation peut contribuer au succès du processus d'implantation du changement (Champagne 2002).

Au cours de l'évaluation des projets pilotes, il est apparu qu'en l'absence d'un cadre organisationnel de concertation fonctionnel, la résolution des défis associés au processus d'implantation peut s'avérer difficile. Ceci a été particulièrement remarqué dans le territoire de Baie-Comeau et dans une moindre mesure au Saguenay-Lac-Saint-Jean. Dans le territoire de Baie-Comeau, les tensions entre l'agence de la santé, les syndicats et la compagnie ambulancière ont eu un effet négatif sur la fonctionnalité du comité régional de pilotage dont l'une des missions était d'accompagner ce processus et de trouver les solutions appropriées aux différents défis organisationnels qui pouvaient se présenter durant ce processus. Entre l'initiation du processus d'implantation en septembre 2008

et la collecte des données sur le terrain en mars 2010, le comité ne s'est réuni qu'une seule fois en mars 2009. La même observation s'applique aussi au Saguenay-Lac-Saint-Jean, mais à la différence que dans cette région, les différentes parties ont continué à se concerter séparément sous l'égide de l'agence de la santé.

Par ailleurs, nous avons également eu à noter que l'absence des ressources humaines, matérielles et technologiques suffisantes au niveau de certaines entités organisationnelles concernées par le projet pilote a eu une influence sur le processus d'implantation et plus particulièrement sur le déploiement dynamique ou le positionnement stratégique des ambulances. Ce constat s'applique plus particulièrement à l'expertise de la centrale de communication santé qui couvre la région de la Gaspésie et le territoire de Baie-Comeau jugée limitée par les TAP à cause de l'insuffisance de leur équipement ainsi que du nombre limité de leurs ressources humaines.

La fermeture de ponts suite à la réalisation de travaux de reconstruction a en outre limité le processus d'implantation particulièrement dans la région de la Capitale-Nationale.

Modèle théorique politique

Le dernier modèle théorique, le modèle politique, met l'emphase sur la nécessité de la prise en considération des enjeux de pouvoir ainsi que ceux liés à la poursuite des intérêts de certains acteurs pour assurer la réussite du processus d'implantation du changement (Guilhon 1998; Champagne 2002; Rouleau 2007).

Des facteurs liés à cette approche théorique sont ressortis des analyses effectuées au cours de cette évaluation. En effet, les demandes d'obtention de ressources supplémentaires par certaines parties impliquées ont eu à influencer le processus d'implantation des projets pilotes. La non-satisfaction d'une demande formulée par la compagnie ambulancière de Baie-Comeau auprès de l'agence de la santé pour l'obtention d'une ambulance additionnelle a eu une influence sur le climat organisationnel d'implantation du projet pilote dans cette région. Également, la non-obtention des ressources du projet pilote par une compagnie ambulancière du Saguenay qui offrait déjà un horaire à l'heure a également limité l'implication de cette compagnie dans la réalisation du déploiement dynamique dans ce sous-territoire. La mise de l'avant de barrières interprofessionnelles entre les TAP et les autres professionnels exerçant dans les centres hospitaliers est un autre facteur politique qui a limité l'implantation du volet intégration clinique dans le territoire de Chapais-Chibougamau. Enfin, la non-représentativité de certaines parties impliquées dans le processus au sein des comités régionaux d'implantation peut conduire à la non-prise en compte des difficultés vécues par ces derniers durant le processus d'implantation. Cela a été noté dans la région de Capitale-Nationale où les TAP de certaines zones ambulancières estimaient que les représentants de TAP présents au comité régional ne défendaient que les intérêts des TAP des zones auxquelles ils appartiennent. Ces représentants tiennent très peu compte des difficultés que les TAP vivent avec l'implantation de certaines composantes du projet pilote (expérimentation du Coreflex et le déploiement dynamique).

Effets des projets pilotes

Q2 : Est-ce que les interventions sont associées à des effets sur le temps de réponse et la qualité de vie au travail des TAP?

Pour répondre à cette question, nous allons présenter les résultats agrégés de l'analyse des effets en termes de temps de réponse et de qualité de vie au travail des TAP pour toutes les régions concernées par les projets pilotes. Étant donné le caractère singulier des données SISPUQ pour le territoire de Chapais-Chibougamau, nous avons dû exclure celles-ci des analyses agrégées effectuées selon le code de priorité. Les données de cette région ont toutefois été conservées pour l'analyse du délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident lorsque l'on regroupe les codes de priorité 1 et 3.

Distribution de la répartition des appels en fonction des codes de priorité

Pour l'ensemble des régions couvertes par les projets pilotes à l'exception de celui de Chapais-Chibougamau, on note une augmentation de 8,7% du nombre total d'appels, toutes priorités confondues, entre l'été 2007 et l'été 2009. Pour les appels codés en priorité 1 ou 3, leur proportion a augmenté, en termes absolus, de 6,1%. En considérant l'année entière, on note au contraire une réduction de 8,9% du nombre total d'appels, avec une hausse absolue de 10% de la proportion des appels codés 1 ou 3.

Le tableau ci-après présente les chiffres détaillés de la distribution des appels pour l'ensemble des projets pilotes à l'exception de Chapais-Chibougamau.

Tableau 45: Description des appels en fonction du code de priorité d'affectation dans tous les projets pilotes (sauf Chapais-Chibougamau)

Code de priorité	Année 2007	Année 2009	Δ	Été 2007	Été 2009	Δ
	N (%)	N (%)	%	N (%)	N (%)	%
1	8091 (40,4)	7952 (43,6)	+3,2 ⁽¹⁾	3955 (40,3)	4726 (44,3)	+4,1 ⁽¹⁾
3	2116 (10,6)	3197 (17,5)	+6,9 ⁽¹⁾	1475 (15,0)	1827 (17,1)	+2,1 ⁽¹⁾
<i>Sous-total</i>	<i>10207 (51,0)</i>	<i>11149 (61,1)</i>	<i>+10,0⁽¹⁾</i>	<i>5430 (55,4)</i>	<i>6553 (61,5)</i>	<i>+6,1⁽¹⁾</i>
Autres codes	9824 (49,0)	7104 (38,9)	-10,0 ⁽¹⁾	4381 (44,7)	4107 (38,5)	-6,1 ⁽¹⁾
Total	20031 (100,0)	18253 (100,0)	-8,9 ⁽²⁾	9811 (100,0)	10660 (100,0)	+8,7 ⁽²⁾

(1) Variation absolue de la proportion des appels avec ce code de priorité

(2) Variation relative du nombre d'appels

Effets des projets pilotes sur le temps de réponse

Dans l'ensemble, on note dans tous les projets pilotes une diminution statistiquement significative du délai moyen de mise en route. Pour les appels de priorité 1, ce délai est passé de 4,16 mn à 0,89 mn soit une diminution de 3,27 mn, tandis que pour les appels de priorité 3, on passe de 3,86 mn à 0,75 mn soit une diminution de 3,11 mn.

Pour la durée de déplacement des TAP après la réception de l'appel, il n'y a pas de changement statistiquement significatif. En moyenne, ce délai passe de 7,89 mn à 8,20 mn pour les appels de priorité 1, alors que pour les appels de priorité 3, il passe de 8,18 mn à 8,29 mn.

Par contre, le gain observé pour le délai de mise en route se traduit par une amélioration statistiquement significative du délai total d'arrivée sur le lieu d'incident. Le délai moyen passe de 12,13 mn à 9,11 mn pour les appels de priorité 1 (diminution de 3,02 mn) et de 12,04 mn à 9,29 mn pour les appels de priorité 3 (diminution de 2,76).

Également, le pourcentage de personnes codées en priorité 1 et transportées en moins de 8 mn augmente de 28,5% à 56,7%, et le pourcentage de patients codés en priorité 3 et transportés en moins de 10 mn augmente de 43,4% à 66,2%. Ceci signifie que les chances d'avoir un temps de réponse conforme au temps de référence utilisé sont 1,99 fois plus élevées en 2009 qu'en 2007 (IC : 1,88; 2,10) pour les appels de priorité 1 et de 1,52 fois plus élevées pour les mêmes périodes (IC : 1,43; 1,63) pour les appels de priorité 3.

Le tableau suivant présente les changements obtenus sur le temps de réponse. Bien que nous ayons exprimé une certaine réserve sur les données de Chapais-Chibougamau, nous avons fait le choix de les inclure dans le calcul du changement portant sur le délai total d'arrivée sur le lieu pour les appels de code 1 et 3 (surligné dans le tableau). C'est cette donnée qui sera prise en considération pour l'évaluation économique des projets pilotes. À l'exception de cette ligne de données, les autres données du tableau excluent les données de Chapais-Chibougamau.

Tableau 46: Données de chronométrie pour tous les projets pilotes

Indicateurs de chronométrie (en minutes)†	Été 2007		Été 2009		Différence	
	N	Moyenne (IC 95%)	N	Moyenne (IC 95%)	$\Delta_{2009-2007}$ (IC 95%)	P
A- Délai mise en route	Code 1	3933 4,16 (4,05;4,28)	4669	0,89 (0,83;0,95)	-3,27 (-3,15;-3,40)	<0,0005
	Code 3	1468 3,86 (3,68;4,04)	1806	0,75 (0,68;0,82)	-3,11 (2,92;3,30)	<0,0005
B- Durée déplacement	Code 1	3938 7,89 (7,64;8,15)	4669	8,2 (7,94;8,46)	0,31 (-0,05;0,68)	0,092
	Code 3	1468 8,18 (7,77;8,59)	1806	8,29 (7,89;8,70)	0,11 (-0,47;0,69)	0,7
C- Délai total arrivée sur le lieu	Code 1	3936 12,13 (11,84;12,41)	4663	9,11 (8,83;9,38)	-3,02 (-2,62;-3,42)	<0,0005
	Code 3	1468 12,04 (11,60;12,48)	1805	9,29 (8,74;9,84)	-2,76 (-2,03;-3,48)	<0,0005
	Codes 1 et 3	5528 12,27 (12,02;12,52)	6643	9,23 (8,98;9,47)	-3,04 (-2,68;-3,40)	<0,0005
	N	% (IC 95%)	N	% (IC 95%)	RR _{2009/2007} (IC 95%)	P
D-% selon les temps de référence*	Code 1 < 8 min	3936 28,5 (27,1;29,9)	4663	56,7 (55,3;58,1)	1,99 (1,88;2,10)	<0,0005
	Code 3 < 10 min	1468 43,4 (40,9;45,9)	1805	66,2 (64,0;68,4)	1,52 (1,43;1,63)	<0,0005

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mise en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D). Les données de Chapais-Chibougamau sont incluses dans la présentation des résultats du délai d'arrivée sur le lieu qui combinent les codes de priorité 1 et 3.

* : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence

Par ailleurs, la comparaison interrégionale des délais d'arrivée sur le lieu d'incident montre que pour les appels de priorité 1, c'est dans le territoire de Baie-Comeau que l'on observe la plus grande amélioration du temps de réponse (3,9 mn), suivi du Saguenay-Lac-Saint-Jean (3,0 mn), de la Gaspésie (2,7 mn) et de la Capitale-Nationale (2,6 mn). La même tendance s'observe également lorsqu'on associe les appels de priorité 1 et 3.

Avec ces chiffres, nous constatons donc que l'amélioration du temps de réponse ambulancier a été moins marquée dans les régions de la Gaspésie et de la Capitale-National (Portneuf). Le choix des zones ambulancières ainsi que l'intensité de la transformation des horaires effectuée constitue une piste d'explication pour le cas de la Gaspésie. À Portneuf, la diminution importante du temps de couverture associée à l'implantation du projet pilote pourrait expliquer ce constat.

Le tableau ci-après les résultats des données de chronométrie pour l'ensemble des régions.

Tableau 47: Données de chronométrie par région ou territoire incluant Chapais-Chibougamau

Indicateurs de chronométriet	Gaspésie		Baie-Comeau		Portneuf		Saguenay		Chapais	
	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009	2007	2009
N	Code 1	704	723	523	717	900	934	1806	2295	112
	Code 3	161	227	238	200	305	381	764	998	63
A-Délai mise en route (en mn)	Code 1	4,8	2,2**	4,1	0,9**	3,8	0,6**	4,1	0,6**	6,5
	Code 3	4,8	2,3**	4,5	0,7**	3	0,4**	3,8	0,6**	
B- Durée déplacement (en mn)	Code 1	6,3	6,6	10,4	9,8	8,7	9,2	7,4	7,8	5,3**
	Code 3	6,4	6,4	9,3	10,2	9,6	9,7	7,6	7,8	8,15 <i>(6,54; 9,76)</i>
C- Délai arrivée sur le lieu (en mn)	Code 1	11,4	8,7**	14,6	10,7**	12,4	9,8**	11,6	8,4**	
	Code 3	11,2	8,7**	13,8	12	12,6	10,7*	11,5	8,3**	
D-% selon les temps de référence‡	Codes 1 et 3	11,3	8,7**	14,3	11,0**	12,5	10,1**	11,5	8,4**	11,8** 14,56 <i>(12,63; 16,50)</i>
	Code 1 < 8min	26,3	53,6**	26,5	54,8**	21,7	46,5**	33,3	62,5**	
	Code 3 < 10min	43,5	70,0**	35,7	60,2**	34,4	55,0**	49,3	70,8**	45,7

† : Sont exclues les données des cas avec une durée de transport vers l'hôpital ≥ 180 mn. Sont aussi exclues, les données des cas avec un délai de mise en route ≥ 60 mn (pour A), une durée de déplacement vers le lieu de l'incident ≥ 180 mn (pour B), un délai total d'arrivée sur le lieu d'incident ≥ 180 mn (pour C et D)

‡ : Pourcentage de cas avec un délai total d'arrivée sur le lieu de l'incident respectant les temps de référence

* : 0,01 < p < 0,05

** : p < 0,01

‡ : Les données de Chapais-Chibougamau incluent les résultats d'analyses ajustées pour la durée de déplacement et le délai total d'arrivée sur le lieu. Ces résultats ajustés sont présentés en italique dans le tableau.

Effets des projets pilotes sur la qualité de vie au travail des TAP

Pour la satisfaction actuelle de l'ensemble des TAP, telle que mesurée au moment de la collecte des données (Hiver 2010), la dimension de la satisfaction personnelle qui réfère à la contribution des TAP aux soins fournis aux patients présente le score moyen le plus élevé. La moyenne observée est de 4,20, ce qui constitue un score «Très satisfaisant» sur l'échelle de mesure utilisée qui va de «Très insatisfait» à «Très satisfait».

Les autres dimensions de la satisfaction des TAP en lien avec la charge de travail, le support professionnel, la paie suivent respectivement avec des moyennes de 3,77; 3,65 et 3,63. Ces moyennes traduisent un niveau «Satisfaisant» sur l'échelle de mesure utilisée. Par contre, pour la dimension liée à la formation, à l'exception des TAP du projet pilote de Chapais-Chibougamau, les TAP des autres régions expriment un niveau de satisfaction plutôt limité sur cette dimension. Le niveau élevé de satisfaction observé auprès des TAP de Chapais-Chibougamau sur les dimensions liées à la charge de travail et à la formation sont des effets directs de l'implantation du projet pilote. Pour la dimension de la satisfaction liée à la charge de travail, le projet pilote dans cette région a fait passer le nombre de jours de travail des TAP de 7 à 5 jours aux deux semaines et l'attente dans les ambulances n'est pas longue. Elle n'est que de 4 heures par jour sur 6 jours de la semaine. Par ailleurs, l'existence de 4 heures de garde à l'heure par jour et la planification des pratiques supervisées entre TAP durant ces heures de garde ont également permis aux TAP du territoire de Chapais-Chibougamau d'améliorer et de maintenir leur compétence. Toutes choses qui ont permis de pallier la faible exposition des TAP à certains cas cliniques telle que constatée avant l'implantation du projet pilote.

Le changement du niveau de satisfaction des TAP entre les périodes avant et après l'implantation des projets pilotes suit à peu près la même tendance. Les TAP expriment un niveau de satisfaction amélioré pour les quatre premières dimensions de la satisfaction (personnelle, charge de travail, support professionnel et paie) et un niveau de satisfaction neutre quant à leur perception de changement sur la dimension liée à la formation (sauf pour les TAP de Chapais-Chibougamau).

Par ailleurs, signalons qu'à l'exception de la dimension personnelle, les analyses montrent que certaines questions liées aux quatre autres dimensions font parfois l'objet d'une faible satisfaction de la part des TAP. Il s'agit notamment des questions liées aux conditions d'attente des TAP dans les ambulances, au support professionnel obtenu dans l'exercice de leur travail, aux chances d'avancement professionnel ainsi qu'aux opportunités de formation. La moyenne des réponses fournies par les TAP sur ces questions est en général inférieure ou égale à 3 dans tous les projets pilotes. Ceci reste encore plus notable pour le projet pilote de Baie-Comeau où sur les 26 questions du questionnaire, la moyenne des réponses de 7 d'entre elles est inférieure à la borne 3 de notre échelle de mesure. Ce faible niveau de satisfaction des TAP observé à Baie-Comeau sur ces sujets pourrait s'expliquer par les tensions qui existaient entre les différentes parties impliquées dans le processus d'implantation (agence de la santé, syndicats, compagnie ambulancière et la CAUREQ) et par la difficulté de trouver la façon la plus appropriée et la plus consensuelle pour assurer la formation continue des TAP.

Le tableau ci-après présente les données de satisfaction des TAP dans l'ensemble des régions.

Tableau 48: Données de satisfaction des TAP de l'ensemble des projets pilotes en fonction des dimensions

Statistiques†	Personnelle		Charge de travail		Support professionnel		Paie et perspectives		Formation	
	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement	Actuel	Changement
N††	140	102	141	103	139	101	139	101	139	100
Moyenne	4,2	3,99	3,77	3,65	3,65	3,53	3,63	3,46	3,4	3,32
Médiane	4,42	4,14	3,8	3,8	3,8	3,71	3,8	3,6	3,5	3,5

†Pour chaque dimension de la satisfaction actuelle et du changement de la satisfaction, les moyennes retrouvées suivent les échelles suivantes :

Très insatisfait/Très détérioré : 1-1,8

Insatisfait/Détérioré : 1,81-2,60

Neutre : 2,61-3,4

Satisfait/Amélioré : 3,41-4,19

Très satisfait/Très amélioré : 4,2-5

†† : Le nombre de répondants est plus petit pour les résultats relatifs au changement de la satisfaction des TAP car ce volet du questionnaire ne s'adressait qu'aux TAP présents avant l'implantation du projet pilote.

Influence de l'implantation des projets pilotes sur la production des effets

Q3 : Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés?

Pour répondre à cette question de recherche, nous allons mettre en relation la variation observée dans le processus d'implantation des cinq projets pilotes avec la variation des effets mesurés. Comme mentionné antérieurement, nous n'avons pas constaté une grande variation du processus d'implantation dans les cinq projets pilotes. Les deux principales composantes des projets pilotes ont été implantées. Les horaires prévus ont été implantés et les ambulances ont été positionnées à certains endroits des territoires desservis suivant deux mécanismes : le déploiement dynamique et le positionnement stratégique.

Lorsqu'on fait le lien entre la variation du processus d'implantation des projets pilotes avec la variation des temps de réponse, on note l'existence d'une influence positive de la transformation des horaires de faction en horaires à l'heure sur le temps de réponse des interventions ambulancières, notamment sur le délai entre la réception des appels et le départ des TAP pour le lieu de l'appel. Les analyses démontrent en effet que la présence des TAP dans les ambulances a permis d'améliorer de façon intéressante le délai de mise en route des interventions ambulancières dans toutes les régions. Par contre, l'influence du déploiement dynamique et/ou du positionnement stratégique n'aura pas été déterminante pour l'amélioration du temps de réponse ambulancier. En effet, il est ressorti des analyses effectuées que la durée de déplacement des TAP vers le lieu d'incident, qui permet de porter un jugement sur l'efficacité du déploiement dynamique ou du positionnement stratégique des ambulances à certains endroits définis du territoire desservi, n'a pas changé de façon significative entre la période avant l'implantation des projets pilotes et celle d'après. De plus, on note que le déploiement dynamique ou le positionnement stratégique des ambulances a eu une influence négative sur la satisfaction des TAP notamment en ce qui a trait aux conditions d'attente dans les ambulances ou encore pour les longs et fréquents déplacements effectués.

Influence du contexte sur la production des effets

Q4 : Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence t-il la production des effets?

Pour cette question de recherche, il s'agit d'analyser la variation dans les effets observés et de les mettre en relation avec le contexte ou le milieu d'implantation. Cependant, les analyses effectuées démontrent qu'il n'y a que très peu de variation dans les effets observés sauf pour le projet pilote de Chapais-Chibougamau. Dans les 4 autres régions, on note une amélioration significative du délai moyen d'arrivée sur les lieux d'incident qui varie légèrement entre 3,9 mn et 2,6 mn pour les appels de priorité 1 et entre 3,2 mn et 1,8 mn pour les appels de priorité 3.

Dans le territoire de Chapais-Chibougamau, il y a lieu de noter que le projet pilote ne visait pas nécessairement une diminution importante du temps de réponse, car les TAP n'étaient à l'heure et en positionnement stratégique que pendant 4 heures par jour. Ce projet pilote consistait essentiellement à améliorer les conditions de vie et de travail des TAP à travers la réduction de leur temps de travail en faction de 7 jours à 5 jours aux 2 semaines et à améliorer leur compétence à travers le volet intégration clinique de ce projet. Tel qu'explicité plus haut (section « Implantation du projet pilote de Chapais-Chibougamau), l'amélioration apparente du temps de réponse est attribuable au changement dans la répartition géographique des appels tel qu'approximé par la durée de transport à l'hôpital qui, si l'on se fie aux données du SISPUQ, aurait été en moyenne inférieure de près de 11 minutes à l'été 2009 comparativement à l'été 2007. Un tel changement nous paraît inexplicable. En ajustant pour cette variation dans la durée de transport, on remarque qu'il n'y a pas d'effet du projet-pilote sur le temps de réponse.

Analyse économique

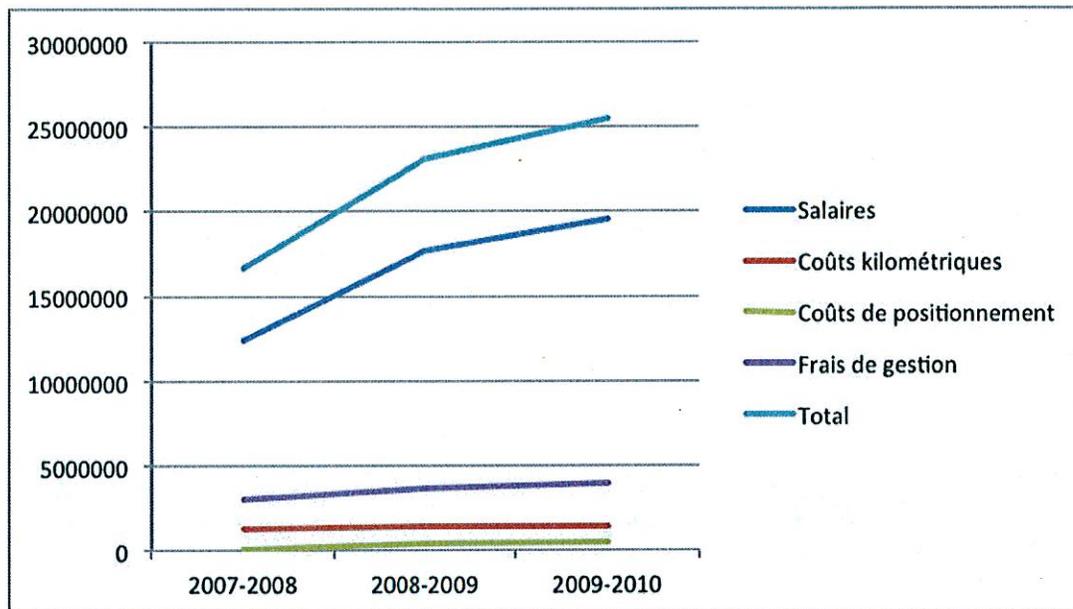
Q5 : À quels coûts les effets sont-ils obtenus?

L'évaluation économique consiste à mettre en relation les coûts investis avec les effets observés. Les coûts ont été retenus dans la perspective du système de santé. Ces coûts sont ceux rapportés précédemment dans la description des 5 projets pilotes et résumés au tableau 49 qui présente un aperçu de l'évolution des coûts pour l'ensemble des projets pilotes. Entre les deux années comparées, nous avons constaté une augmentation de 53% de l'ensemble des coûts récurrents associés au fonctionnement des projets pilotes (tableau 49). Cette augmentation étant en grande partie associée aux coûts des salaires des TAP (figure 11).

Tableau 49: Évolution des coûts des projets pilotes dans l'ensemble des régions

Coûts standardisés	Coûts des salaires	Coûts kilométriques	Coûts de positionnement	Frais de gestion	Total
2007-2008	12 424 239	1 215 325	0	3 038 506	16 678 070
2008-2009	17 712 812	1 376 169	376 999	3 676 325	23 142 304
2009-2010	19 625 976	1 431 441	502 598	3 998 225	25 558 240
Δ	7 201 737 (58%)	249 463 (18%)	502 598	959 719 (32%)	8 880 170 (53%)

Figure 11: Évolution des coûts des projets pilotes dans l'ensemble des régions



Par ailleurs, les effets qui peuvent être considérés dans cette évaluation vont des effets immédiats, étroits, sur les délais d'arrivée sur les lieux des appels jusqu'aux conséquences éventuelles sur la santé des patients. Dans une perspective encore plus large, l'analyse coût-conséquences peut inclure les retombées éventuelle des projets sur la qualité de vie au travail des techniciens ambulanciers et éventuellement sur d'autres aspects telle la confiance de la population dans le système pré-hospitalier.

L'analyse coût-efficacité : coûts par minute épargnée pour les cas urgents

L'effet immédiat qui peut être analysé en fonction des coûts est le délai d'arrivée sur le lieu de l'incident, exprimé en minutes épargnées. On a vu précédemment qu'en moyenne, un peu plus de 3 minutes sont épargnées en moyenne par appel dans l'ensemble des projets-pilotes. Cependant, ce gain moyen s'applique pour tous les appels qui ont été codés en priorité 1 et en priorité 3. Or, gagner du temps de déplacement n'a pas la même valeur selon la gravité et l'urgence des cas. Il est donc essentiel d'analyser les coûts en fonction du gain de temps uniquement pour les appels pour lesquels un gain de temps peut potentiellement avoir un impact significatif. Les tableaux 50 et 51 présentent le calcul des coûts par minute épargnée pour les cas urgents en utilisant respectivement une définition large ou une définition plus stricte de l'urgence. La définition large considère tous les cas qui auraient eu besoin d'une ambulance en priorité 1 ou 3 (38% des cas envoyés en priorité 1 ou 3) alors que la définition plus stricte ne considère que les cas qui auraient eu besoin d'une ambulance en priorité 1 (14% des cas envoyés en priorité 1 ou 3).

Tableau 50: Coûts par minute épargnée pour les cas urgents (définition large de l'urgence)

Régions ou territoires	Nombre de cas envoyés en priorité 1 et 3	% de cas urgents parmi ces derniers	Nombre de cas vraiment urgents	Minutes épargnées en moyenne	Nombre total de minutes épargnées	Coûts engendrés par les projets	Coûts par minute épargnée
Saguenay	5686	38%	2161	3,1	6699	3 099 110 \$	463\$
Portneuf	2304	38%	876	2,4	2102	1 586 731 \$	755 \$
Baie-Comeau	1498	38%	569	3,3	1878	969 212 \$	516 \$
Chapais-Chibougamau	318	38%	121	7,5	908	337 960 \$	372 \$
Gaspésie	1661	38%	631	2,6	1641	2 920 503 \$	1 780 \$
GLOBAL	11467	38%	4357	3,04	13245	8 913 517 \$	673 \$

Tableau 51: Coûts par minute épargnée pour les cas urgents (définition plus stricte de l'urgence)

Régions ou territoires	Nombre de cas envoyés en priorité 1 et 3	% de cas urgents parmi ces derniers	Nombre de cas vraiment urgents	Minutes épargnées en moyenne	Nombre total de minutes épargnées	Coûts engendrés par les projets	Coûts par minute épargnée
Saguenay	5686	14%	796	3,1	2468	3 099 110 \$	1 256 \$
Portneuf	2304	14%	323	2,4	774	1 586 731 \$	2 050 \$
Baie-Comeau	1498	14%	210	3,3	692	969 212 \$	1 400 \$
Chapais-Chibougamau	318	14%	45	7,5	334	337 960 \$	1 012 \$
Gaspésie	1661	14%	233	2,6	605	2 920 503 \$	4 830 \$
GLOBAL	11467	14%	1605	3,04	4880	8 913 517 \$	1 826 \$

Selon le panel d'experts et la littérature scientifique consultée (Pons and Markovchick 2002; Pons, Haukoos et al. 2005), il est peu probable qu'une différence de l'ordre de trois minutes puisse avoir un impact sur la morbidité ou la mortalité pour les cas de priorité 3. Cette probabilité serait un peu plus grande pour les cas de priorité 1.

En utilisant une définition large de l'urgence (tableau 50) les coûts par minute épargnée varient de 463 \$ à 1780 \$ selon la région ou territoire (en excluant Chapais-Chibougamau) et le coût moyen (en incluant Chapais-Chibougamau) est de 673 \$. En utilisant une définition plus stricte de l'urgence (tableau 51) les coûts par minute épargnée varient de 1256 \$ à 4830 \$ selon la région (ou territoire en excluant Chapais-Chibougamau) et le coût moyen (en incluant Chapais-Chibougamau) est de 1826 \$.

L'analyse coût-conséquences

L'impact potentiel sur la santé des patients

Il serait encore plus intéressant de mettre les coûts investis en relation avec l'impact éventuel des gains de temps sur la santé des patients. L'intensité d'un tel impact est toutefois très difficile à estimer, ce qui n'a pas été tenté dans le cadre de cette étude. On peut toutefois tenter d'aborder cette question en ayant recours à la littérature scientifique sur l'impact des temps de réponse sur la survie des patients. La littérature récente suggère qu'un délai d'arrivée égal ou inférieur à 8 minutes n'est pas associé à la survie à 30 jours mais qu'un délai égal ou inférieur à 4 minutes l'est pour les cas « à risque intermédiaire et élevé de mortalité » (qui correspondent aux codes 1).

La figure 12 illustre la relation entre le temps de réponse et la survie des patients selon 3 catégories d'urgence d'après l'étude de Pons et al (2005).

Figure 12 : Relation entre le temps de réponse et la survie des patients (Pons et al. 2005)

ACAD EMERG MED • July 2005, Vol. 12, No. 7 • www.aemj.org

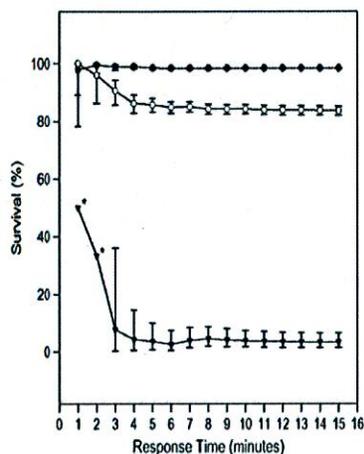


Figure 1. Percentages of survival to hospital discharge by paramedic response time and stratified by risk groups (bars represent 95% CIs). All patients were categorized into low-risk (●), intermediate-risk (○), or high-risk (▼) groups. The high-risk group included all traumatic and nontraumatic cardiac arrest patients. The intermediate-risk group included all suicide attempts, accidental exposures, unconscious patients, those with penetrating trauma, those with respiratory complaints, and those who were hypotensive in the out-of-hospital setting. All other patients were grouped into the low-risk category. *CIs were not calculated for these response times due to sparse data.

On y voit bien que les gains dans le temps de réponse sous le seuil des 4 minutes ont un impact sur la survie principalement pour les patients « à risque élevé de mortalité » (courbe inférieure) qui sont tous des cas d'arrêt cardiaque (traumatique et non-traumatique).

Au cours des projets-pilotes, selon notre échantillon de dossiers qui ont été analysés par des panels d'experts, 1% des appels codés 1 et 3 sont pour des arrêts cardiaques pour lesquels chaque minute épargnée a potentiellement un impact sur la survie. Cette incidence est similaire à celle généralement rapportée dans littérature. Avant les projets-pilotes, nos données indiquent que les délais d'arrivée ont été de moins de 4 minutes pour 12,3% des cas codés priorité 1 alors qu'après, ce pourcentage s'accroît à 32,4%, c'est à dire une augmentation absolue de 20,1% (RR: 2,47 ; IC95% : (2,29 - 2,67)). Pour l'ensemble des cas codés priorité 1 et 3, les pourcentages passent de 12,6% à 31,1%, une augmentation absolue de 18,5% (RR: 2,62 ; IC95% : (2,39 - 2,88)). En considérant qu'en 1 an (2009-2010), 11467 patients ont reçu un code de priorité 1 ou 3 dans le cadre des projets-pilotes, on peut estimer qu'environ 115 cas concernaient des arrêts cardiaques. Avant la réforme, le délai d'arrivée aurait été de moins de 4 minutes pour 15 de ces cas comparativement à 36 après la réforme (une augmentation de 21 cas). Donc, sans pouvoir estimer quel a pu être l'impact sur la santé de ces patients, on peut conclure qu'une vingtaine de patients de plus victimes d'un arrêt

cardiaque ont possiblement vu le délai d'arrivée de l'ambulance diminuer au-dessous d'un seuil potentiellement critique de 4 minutes.

Si on applique cette même stratégie d'analyse aux autres cas qui, selon notre groupe d'experts, nécessitaient une priorité 1 (14% des appels codés priorité 1 et 3 auxquels on enlève 1% de cas d'arrêts cardiaques), on peut estimer que parmi ces 1491 cas (13% de 11467 appels codés 1 et 3), 188 auraient reçu une ambulance en moins de 4 minutes avant les projets-pilotes comparativement à 464 cas après, i.e. une augmentation de 276 cas. Cependant, l'impact positif éventuel de ce gain de temps sur la santé de ces patients est nettement moins probable que pour les cas d'arrêt cardiaque.

Ces analyses nous amènent à suggérer que pour quelques cas, notamment pour quelques cas d'arrêts cardiaques, il est possible que les projets-pilotes aient eu un certain impact sur la santé des patients, mais cet impact est certainement limité.

Les conséquences autres

En plus d'un effet sur les délais d'arrivée (avec possiblement un impact pour quelques cas sur la santé des patients), quelles autres conséquences est-il possible d'associer aux coûts engendrés?

Premièrement, les projets ont potentiellement réduit la durée de la douleur et de l'anxiété d'un certain nombre de patients. En effet, on peut supposer qu'une réduction de 3 minutes soit significativement associée à une réduction de la douleur et de l'anxiété sans qu'il soit possible dans le cadre de ce projet de quantifier cet impact et d'apprécier son importance clinique.

Deuxièmement, plusieurs personnes interrogées dans le cadre de cette étude ont souligné que les projets-pilotes avaient augmenté la visibilité des TAP et des services ambulanciers. Cette visibilité accrue pourrait être associée à une augmentation de la confiance que porte la population à l'égard des services pré-hospitaliers. La quantification de cet impact est encore plus difficile que dans le cas précédent.

Finalement, tel que démontré précédemment, les projets ont aussi eu un impact modéré mais clair sur la qualité de vie au travail des techniciens ambulanciers. Cet impact fait partie, tout comme les considérations précédentes, de l'ensemble des conséquences qui doivent être associées aux coûts des projets-pilotes pour informer toute décision éventuelle sur le devenir de cette réforme.

Conclusion

Les projets pilotes implantés dans les régions de Gaspésie, de la Côte-Nord, de la Capitale Nationale, du Saguenay-Lac-Saint-Jean et du Nord-du-Québec visaient la transformation des horaires de travail de faction des TAP en horaires à l'heure ainsi que le déploiement des véhicules ambulanciers à certains points des territoires desservis. Les analyses d'implantation, d'effets et l'analyse économique de cette recherche évaluative ont permis de faire ressortir les constats suivants :

- 1- Même si toutes les parties concernées par le processus d'implantation ne s'accordent pas sur l'efficacité du déploiement dynamique et du positionnement stratégique des ambulances, nous n'avons pas noté d'écarts importants entre ce qui était initialement prévu pour les projets pilotes et ce qui a été réellement implanté sur le terrain. Autrement dit, le processus d'implantation des projets pilotes a été globalement réalisé dans toutes les régions sauf à Chapais-Chibougamau (région du Nord-du-Québec) où le volet de maintien et d'amélioration des compétences n'a été réalisé que très partiellement.

Toutefois, des mesures appropriées doivent être élaborées et mises en application pour aborder les facteurs qui ont influencé le processus d'implantation des projets pilotes. Les facteurs identifiés au cours de cette recherche sont des facteurs de planification rationnelle (conception des projets), de développement organisationnel (conditions d'attente dans les ambulances), structurel (fonctionnalité des comités de pilotage, expertise des centrales de communications) et des facteurs politiques (intérêts de certains acteurs).

- 2- À l'exception du territoire de Chapais-Chibougamau où il existe un doute sur les données qui nous ont été transmises, un changement significatif du délai de mise en route et du délai total d'arrivée sur les lieux de l'incident a été constaté dans tous les autres projets pilotes et est de l'ordre de 3 minutes. Par contre, la durée de déplacement des TAP n'a pas changé entre les deux périodes de l'évaluation.

L'implantation des projets pilotes a également entraîné une amélioration modérée de la satisfaction sur les conditions de vie et de travail des TAP.

- 3- Le changement significatif du temps de réponse enregistré dans 4 régions sur les 5 concernées par les projets pilotes est attribuable au changement observé dans le délai de mise en route des TAP et non à la durée de déplacement. L'amélioration du temps de réponse global est donc davantage liée au changement des horaires de travail des TAP qu'au déploiement dynamique ou au positionnement stratégique des ambulances.

- 4- Les projets-pilotes ont engendré des coûts récurrents de près de \$ 9 millions. En termes d'efficience, c'est-à-dire en termes de rapport coût-efficacité pour les cas pour lesquels un gain de temps peut avoir un impact significatif, l'analyse économique indique un coût par minute épargnée de \$673 si l'on considère que 38% des appels qui ont été codés priorité 1 ou 3 sont en rétrospective réellement des cas de priorité 1 ou 3. Ce coût par minute épargnée grimpe à \$1826 si on ne considère que les cas qui seraient réellement de priorité 1 (14% des cas codés priorité 1 ou 3). Si l'on tente de mettre les coûts investis en relation avec l'impact éventuel des gains de temps sur la santé des patients, notre évaluation suggère qu'il est possible que la réduction du temps de réponse observé ait eu un impact clinique significatif pour quelques cas d'arrêts cardiaques.

- 5- En plus des effets sur le temps de réponse, d'autres conséquences pouvant être associées aux coûts engendrés par les projets pilotes (réduction de la douleur, accroissement du sentiment de confiance de la population et amélioration de la qualité de vie au travail des TAP) doivent être considérées dans une perspective plus large d'analyse économique et de décision.

Il est finalement important de préciser que les résultats de cette évaluation s'appliquent d'abord aux territoires retenus dans le cadre des projets-pilotés. Ces projets et territoires n'avaient pas été choisis sur la base de leur capacité à représenter plus largement d'autres territoires de la province. Le transfert des conclusions à d'autres contextes doit donc être effectué avec prudence.

ANNEXES

Annexe 1 : Protocole de recherche

Contexte

Le Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois (Rapport Gauthier) avait pour mandat de revoir certains aspects de l'organisation des services ambulanciers au Québec et d'émettre des recommandations (Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois 2007). Un des mandats consistait à proposer des modalités qui prennent en compte le maintien de la qualité des services à la population incluant une éventuelle révision de l'organisation du travail dans une perspective d'évaluation et d'ajustement graduel des horaires de factions. Le rapport Gauthier a travaillé à l'aide de propositions de projets-pilotes de différentes régions d'une durée d'un an afin de transformer des zones ambulancières d'horaires de faction (disponibilité) en horaires à l'heure (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean 2007). Cinq projets pilotes ont été ainsi retenus sur une possibilité de huit : Chapais/Chibougamau (10) (Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James 2007), Saguenay-Lac-St-Jean (02) (Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean 2007), Donnacona-Saint-Marc-des-Carrières/Jacques-Cartier (03) (Comité régional d'implantation 2007), Baie-Comeau (09) (Comité sur la transformation des horaires à Baie-Comeau 2007), Paspébiac/New Richmond/Carleton (11) (Baril 2007). Ces projets doivent faire l'objet d'un processus d'évaluation pour permettre de s'assurer de leur mise en œuvre et de leurs résultats à court terme.

Description préliminaire des interventions effectuées dans le cadre des projets pilotes

Ces projets pilotes proviennent d'une concertation des acteurs impliqués dans les services ambulanciers des différents milieux. Ils contiennent plusieurs éléments communs mais aussi plusieurs particularités. L'élément central des projets pilotes consiste à changer les horaires de faction en horaires à l'heure quand le temps de réponse peut être amélioré de façon significative. Ce changement implique que le technicien ambulancier est disponible à l'intérieur du véhicule pendant son quart de travail. Il amène aussi le concept de déploiement dynamique qui consiste à positionner les véhicules ambulanciers sur le territoire plutôt qu'à la caserne et à les repositionner au besoin afin d'assurer une couverture optimale.

Proposition d'évaluation

Cette proposition comporte trois types d'évaluation distincts : l'analyse d'implantation, l'analyse des effets et l'analyse économique. De plus, nous proposons une étape préliminaire essentielle, l'élaboration du modèle logique. Finalement, pour le projet pilote de Chapais/Chibougamau, une section distincte est présentée pour les aspects de formation du personnel ambulancier absents des autres projets.

Cette évaluation permettra de répondre à cinq grandes questions :

- 1) Est-ce que l'intervention décrite dans chacun des projets pilotes est implantée tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?

- 2) Est-ce que l'intervention est associée à des effets sur le temps de réponse, l'accessibilité aux services ambulanciers et l'efficacité ?
- 3) Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés ?
- 4) Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence-t-il la production des effets observés ?
- 5) À quel coût les effets sont-ils obtenus ?

Modélisation logique

La première étape consistera à élaborer le modèle logique de l'intervention pour chaque projet pilote. Ce modèle permettra une compréhension commune des activités, des ressources, des services produits et de leurs résultats sur la réalisation des objectifs de l'intervention pour chaque projet-pilote (Rossi, Mark et al. 2004). Ce modèle s'intéresse aussi à la description des facteurs contextuels qui influencent le succès. Cette première étape est essentielle pour permettre de procéder à l'analyse d'implantation.

Méthodologie :

1. Analyse des documents; Une analyse de différents documents sera nécessaire incluant le rapport Gauthier, les documents de soumission des projets pilotes et le dictionnaire des bases de données. Un premier modèle logique sera réalisé suite à l'analyse des documents;
2. Entrevues avec les détenteurs d'enjeux; Des entrevues semi-dirigées seront réalisées avec des représentants de tous les groupes d'acteurs concernés, notamment : un directeur de services ambulanciers par projet-pilote (n = 5) , un technicien ambulancier par projet pilote (n = 5); responsables de l'implantation au MSSS, directeurs administratifs et directeurs médicaux des Agences de la santé et des services sociaux, un représentant de médecine d'urgence, deux représentant des centres de communication
3. Recension des écrits; Une brève recension des écrits sera effectuée pour permettre de valider le modèle logique en lien avec les effets présumés. Cette recension aura pour question principale : Est-ce que les horaires à l'heure peuvent avoir un effet sur le temps de réponse ? De manière secondaire, on s'intéressera aussi à savoir si la modification des horaires peut avoir un effet sur la morbidité et la mortalité et pour quelles populations ? Elle s'intéressera aussi aux facteurs contextuels de l'implantation d'un tel horaire sur les autres variables à l'étude incluant le climat de travail;
4. Construction d'un modèle préliminaire;
5. Discussion avec les détenteurs d'enjeux : Un deuxième groupe focalisé sera réalisé avec la table des partenaires pour présenter le modèle logique préliminaire et effectuer les ajustements nécessaires;
6. Modèle théorique révisé.

Ce modèle théorique permettra de bien comprendre les effets présumés de l'intervention et les facteurs contextuels qui peuvent influencer la production des effets. Cette première étape permettra ainsi de valider ou modifier au besoin les variables à l'étude pour chacun des projets pilotes.

Question d'évaluation 1 : Est-ce que l'intervention décrite dans chacun des projets pilotes est implantée tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés?

Dans un premier temps, il est nécessaire pour bien expliquer les résultats finaux des projets-pilotes, de bien comprendre les conditions de mise en œuvre des interventions et les processus de production des effets (Champagne and Denis 1992). Une première analyse de la transformation de l'intervention dans chaque région permettra d'expliquer comment l'intervention s'adapte au contexte en se transformant dans sa forme et son envergure. Elle visera à répondre principalement à la question : Est-ce que l'intervention décrite dans le projet-pilote est implantée tel que prévu et quels sont les facteurs explicatifs des écarts observés? Cette analyse permettra d'identifier les facilitateurs et les obstacles à l'implantation et de corriger la situation lors de la mise en œuvre finale.

Les variables à l'étude, la population et les sources d'information sont présentées dans le tableau 1. Suite à l'élaboration du modèle logique de chacun des projets pilotes, ces variables pourront être modifiées pour tenir compte des hypothèses d'intervention.

Tableau 1. Implantation des projets pilotes : variables, indicateurs, populations, source d'information.

Variables	Indicateurs	Populations	Sources d'information
Évaluation de l'implantation de l'intervention			
Horaire de travail présenté dans le projet pilote pour chaque région	Type de quart de travail planifié et ressources affectées	Ensemble des techniciens ambulanciers des projets pilotes	Documents de soumission des projets pilotes et protocole d'entente avec le MSSS
Horaire de travail implanté pour chaque région	Type de quart de travail	Ensemble des techniciens ambulanciers des projets pilotes	Base de données SISPUQ
Déploiement dynamique prévu	Position des véhicules planifiée	Ambulance	Positionnement GPS ou plan (Côte-Nord, Bas-St_Laurent)
Déploiement dynamique implanté pour chaque région	Position des véhicules implantée	Ambulance	Positionnement GPS ou plan (Côte-Nord, Bas-St_Laurent)

Facilitateurs et obstacles à l'implantation du projet pilote		
Attitude face à l'intervention		
Croyance vis-à-vis l'efficacité présumée de l'intervention		Enquête auprès des techniciens ambulanciers
Connaissances de la raison d'être de l'intervention	Propriétaire des entreprises ambulancières Techniciens ambulanciers	Entrevues semi-dirigées auprès des propriétaires et techniciens ambulanciers (n =10) pour validation des résultats de l'enquête
Support du milieu face à l'intervention		
Conséquences sur l'organisation du travail		

Cette évaluation de l'implantation permettra de cerner au tout début la situation réelle vécue par les intervenants et ainsi influencer la compréhension lors de l'analyse des effets.

Question d'évaluation 2 : Est-ce que l'intervention est associée à des effets sur le temps de réponse, l'accessibilité aux services ambulanciers et l'efficience ?

Devis : La mesure des effets ou des résultats du changement de l'horaire de faction en horaire à l'heure avec déploiement dynamique s'effectuera en comparant la performance avant l'implantation pilote et après sur une période d'un an. L'ensemble des variables sera comparé avec la moyenne obtenue dans les trois dernières années pour chacune des régions. De plus, l'analyse des effets proprement dite qui comprendrait l'analyse de l'influence au niveau de mise en œuvre sur les effets et l'analyse de l'interaction entre les facteurs contextuels et l'intervention sur les effets seront effectuées. Ces analyses permettront de comprendre comment le contexte de chaque projet-pilote

influence la production des effets. Par exemple, plusieurs craintes ont été exprimées par les entreprises ambulancières de certaines régions et il est nécessaire de bien comprendre si ces craintes ont influencé la mise en oeuvre. Il sera alors possible dans une étape ultérieure d'effectuer des interventions ciblées auprès de ces groupes pour faciliter l'implantation.

Population : La population cible vise la clientèle potentiellement dépendante du délai d'arrivé à l'hôpital (chrono-dépendante) qui constitue la priorité 1-2-3 (grille de priorisation) utilisée dans les centres d'appels (Urgences-Santé 2005). La priorité 1 est attribuée à une demande du grand public (911) et où il existerait un risque immédiat de mortalité nécessitant une affectation immédiate et urgente. La priorité 2 est attribuée à une demande inter établissement où la personne serait instable et où il existerait un risque élevé de morbidité et/ou mortalité immédiate. La priorité 3 est attribuée à une demande grand public (911) où il existerait un risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité) nécessitant une affectation immédiate (Urgences-Santé 2005). Les transports de personnes trouvées mortes sur la scène, où les personnes qui ne sont pas transportées vers l'hôpital seront exclus.

La population vise aussi l'ensemble des techniciens ambulanciers et des directeurs de services ambulanciers des régions socio-sanitaires où se déroulent les projets-pilotes. Le tableau 2 présente une chacune des régions et le nombre estimé de transports de priorité 1-2-3.

Tableau 2. Régions socio-sanitaires et nombre estimé de transports de priorité 1-2-3 par année.

Régions socio-sanitaires	Nombre annuel de transports
Chapais/Chibougamau (10)	À valider
Saguenay-Lac-St-Jean (02)	À valider
Donnacoona-Saint-Marc-des-Carières/Jacques-Cartier (03)(Comité régional d'implantation 2007)	4191
Baie-Comeau (09)	À valider
Paspébiac/New Richmond/Carleton (11)	3795

Échantillonnage : Les procédures d'échantillonnage sont multiples et seront décrites pour chacune des variables principales et secondaires.

Variables principales

La sélection finale des variables pour la mesure des effets sera faite suite à la formulation du modèle logique et ce pour chacun des projets pilotes. Une brève présentation des variables potentielles est établie pour une meilleure compréhension du projet d'évaluation.

1. Amélioration du temps de réponse

Temps de réponse ambulancier :

Le temps de réponse sera évalué à l'aide de la chronométrie des services préhospitaliers d'urgence (Tableau 3) (MSSS). Chaque projet pilote a élaboré un plan préliminaire des effets potentiels qui seront pris en compte lors de l'interprétation des résultats. La période comprise dans le *temps de réponse pré-hospitalier* comprend la période entre H1 et H9 mais c'est le *temps d'arrivée sur les lieux* (T5-8) et surtout la *durée de déplacement* (T7-8) qui seront affectés par le projet pilote. Le gain de temps en lien avec le positionnement du véhicule sera aussi évalué à l'aide des intervalles T10-11 (*durée du transport*) et T15-18 que nous appellerons *délai post-hospitalier* et de ses composantes (T15-16, T16-17 et T17-18). L'analyse tiendra en compte la zone de transports car chacune a des objectifs de délai d'intervention différents. Les données de chronométrie proviendront de la banque centrale du Système d'information de gestion des services pré-hospitaliers d'urgence (SIGSPU), du SISPUQ et des deux bases de données des centres d'appel impliqués dans les projets pilotes : Centre de communication santé des Capitales et CAUREQ.

Tableau 3. Élément de chronométrie du temps de réponse ambulancier

Intervalle	Éléments de chronométrie	Variables
Délai de confirmation de l'affectation	T5-6	T5-8 Temps d'arrivée sur les lieux
Temps de réaction	T6-7	
Durée de déplacement	T7-8	
Durée du transport	T10-11	
Délai de rapatriement	T15-16	T15-18 Délai post-hospitalier
Temps de retour dans la zone	T16-17	
Temps de retour au point de service/point d'attente	T17-18	

Distance parcourue :

La distance parcourue sera aussi calculée pour tenir en compte les facteurs contextuels qui peuvent jouer sur le temps de réponse mais qui ne sont pas tributaires de l'horaire à l'heure ou du déploiement. Par exemple, les conditions climatiques qui diminuent la vitesse de conduite ou la présence de travaux routiers.

2. Amélioration de l'accessibilité à des services ambulanciers

Temps de retour au point de service/point d'attente: L'intervalle entre la libération de l'équipement et le retour au point de service sera calculé par la chronométrie pour permettre d'évaluer les effets du projet pilote et principalement du déploiement dynamique sur la disponibilité de l'ambulance.

Rupture de disponibilité :

La rupture de disponibilité sera catégorisée en deux : Découverte complète (aucun véhicule) ou Découverte partielle (1 ou 2 véhicules) Elle sera comptabilisée à l'aide des données administratives des services ambulanciers.

Délai d'affectation des transports secondaires

Le délai d'affectation des transports secondaires (priorité 5, 6, 8) seront comptabilisés à l'aide des données administratives des services ambulanciers et de la chronométrie.

3. Amélioration de l'efficacité

L'évaluation de l'efficacité de l'intervention visera à déterminer dans quelle mesure et à quels coûts les temps de réponse ont été modifiés *pour les cas vraiment urgents*.

Identification de l'urgence réelle des cas

L'efficacité de l'intervention repose sur la réduction du temps de réponse pour les cas vraiment urgents. On s'accordera en effet pour dire qu'il n'est pas efficace de consacrer des ressources à la réduction du temps de réponse pour les cas où cela ne fera aucune différence tout en représentant un risque d'accident pour le public et les ambulanciers, un stress pour les ambulanciers et des coûts supplémentaires en carburant et entretien des véhicules. L'identification des cas réellement urgents sera effectuée au moyen d'une méthodologie déjà utilisée par notre groupe. Elle sera faite à partir d'un échantillon aléatoire d'environ 1000 appels par un panel d'experts examinant les dossiers cliniques (clients transportés en ambulance) et des fiches de rappel (clients non transportés en ambulance). Ceci est nécessaire compte tenu du fait que le système de traitement des appels utilisé au Québec est peu spécifique - on envoie des ambulances à presque tout le monde et habituellement en priorité rapide - et que la valeur prédictive des algorithmes de tri téléphonique est très faible. Ceci implique que les cas vraiment urgents ne représentent qu'un petit sous-ensemble des cas classés comme tels par le tri téléphonique.

Comparaison avant-après des délais de réponse pour les cas vraiment urgents

La comparaison permettra de déterminer le nombre réel de cas urgents et pourra par la suite être incluse dans les mesures de temps de réponse ou d'accessibilité.

Calcul des coûts par seconde économisée pour les cas avec impact clinique possible : cette variable sera utilisée pour l'analyse économique

La mesure de l'efficacité permettra de déterminer les cas vraiment urgents dans un premier temps pour ensuite déterminer le nombre de secondes économisées pour ces cas. Cette analyse avec l'analyse économique permettra par la suite d'orienter une réflexion sur le bien-fondé de l'intervention en lien avec le traitement des appels.

Variables secondaires :

4. Qualité du service ambulancier La théorie de l'intervention présentée a priori ne prévoit pas directement d'effets sur la qualité du service (sauf Chapais/Chibougamau : voir section finale) mais il est important de vérifier que la qualité ne se détériore pas avec le changement d'horaire.

Nombre de plaintes

Le nombre de plaintes sera comptabilisé pour chaque région et analysé pour valider la pertinence par rapport au projet pilote à partir des données administratives des services ambulanciers.

Taux de dérogation au protocole

Les dérogations au protocole seront comptabilisées et analysées pour valider la pertinence par rapport au projet pilote à partir des données administratives des services ambulanciers.

5. Amélioration du climat de travail

Temps supplémentaire

Le temps supplémentaire sera comptabilisé à partir des documents administratifs des services ambulanciers.

Taux d'absentéisme

Il sera comptabilisé à partir des documents administratifs des services ambulanciers.

Sorties de repas

Le nombre de sorties de repas sera comptabilisé à partir des documents administratifs des services ambulanciers.

Nombre de quarts de travail où les ambulanciers ont été incapables de prendre leur repas

Il sera comptabilisé à partir des documents administratifs des services ambulanciers.

Satisfaction des techniciens ambulanciers

La satisfaction des techniciens par rapport au changement d'horaire de faction en horaire à l'heure sera évaluée à l'aide d'une adaptation traduite en français du Measure of Job Satisfaction (MJS) (Traynor and Wade 1993) chez l'ensemble des techniciens ambulanciers qui participe aux projets.

Satisfaction des directeurs des services ambulanciers

La satisfaction des directeurs par rapport au changement d'horaire de faction en horaire à l'heure sera évaluée rétrospectivement et prospectivement. Elle sera évaluée à l'aide d'une entrevue semi-dirigée.

Niveau de stress des techniciens ambulanciers

Le niveau de stress sera évalué à deux reprises, au début de la période d'évaluation et à la fin de la période d'évaluation. La version française du *Questionnaire on the Experience and Assessment of Work (Links van der Ploeg and Kleber 2003)* sera utilisée avec l'ensemble des techniciens ambulanciers qui participent aux projets pilotes

Analyse statistique :

L'analyse des données comprendra une analyse descriptive de chacune des variables principales et secondaires avec moyenne, écart-type et variance. Pour effectuer la comparaison avant-après, un test T sera utilisé pour chaque variable continue et ce pour chaque projet pilote. Par la suite le test Anova sera utilisé pour comparer l'ensemble des projets pilotes pour chacune des variables. Pour les données discrètes, la comparaison avant-après pour chaque projet pilote sera effectuée avec le test du chi-carré

Question d'évaluation 3 : Comment la variation observée dans l'implantation influence-t-elle la production des effets observés ?

Il s'agira ici de

- 1) mettre en relation les variables mesurées pour apprécier le niveau de mise en œuvre de chaque projet pilote (voir tableau 1) avec les effets observés tels que décrits à la section précédente
- 2) comparer les effets obtenus dans les 5 projets pilotes de façon à comprendre comment les caractéristiques et particularités de chaque projet sont associées à la production d'effets distincts.

Question d'évaluation 4 : Comment le contexte particulier de chaque projet pilote influence-t-il la production des effets observés?

Il s'agira ici de comprendre comment le contexte particulier de chaque projet aide ou nuit à la production d'effets. En s'inspirant de la littérature sur le changement organisationnel (Champagne 2002), les variables contextuelles qui peuvent influencer les effets observés suite aux changements apportés dans l'organisation de travail que représentent les horaires à l'heure peuvent être tirées de quatre modèles d'analyse : Le modèle politique vise à comprendre comment le succès de l'implantation d'une intervention est influencé par les stratégies des acteurs. Il permet, par exemple, de mieux cerner l'enthousiasme des acteurs locaux (gestionnaire des services ambulanciers, techniciens ambulanciers,...) et d'en mesurer l'impact sur le succès de l'implantation et ses effets. Le modèle psychologique s'intéresse aux croyances, attitudes et comportements reliés au changement. Le succès de l'implantation est fortement relié à la capacité de vaincre les résistances naturelles des individus. Le modèle hiérarchique rationnel stipule que le changement sera implanté adéquatement s'il a été bien planifié et si les procédures planifiées ont été suivies. Ce modèle permettra de tenir compte des procédures pour mettre en place les horaires de factions et le rôle des gestionnaires dans la compréhension de l'intervention réellement implantée dans chacun des milieux. Finalement, le modèle de développement organisationnel permettra de tenir compte des facteurs influençant l'organisation du travail sur la compréhension du mécanisme de production des effets.

Ces variables sont les mêmes que les variables qui peuvent influencer le niveau de mise en œuvre (question d'évaluation 1). Tel que décrit plus haut (tableau 1), ces variables seront mesurées par entrevues et par enquête..

Question d'évaluation 5 : À quel coût les effets sont-ils obtenus?

L'analyse économique consistera à déterminer les coûts de mise en œuvre de l'intervention en comparaison avec les résultats obtenus (coûts-conséquences) et d'effectuer la comparaison avec le modèle antérieur. Les études coûts-conséquences se proposent de faire un inventaire de tous les coûts engagés par une action et de toutes les conséquences positives ou négatives qu'elle peut entraîner. C'est dire qu'il est dans leur nature de considérer des phénomènes qui s'expriment de façon très hétérogène, du point de vue aussi bien qualitatif que quantitatif. L'évaluation permettra de quantifier le coût de chaque seconde économisée en transport pour les cas vraiment urgents. Les indicateurs sont brièvement décrits :

Coûts : Les coûts directs seront comptabilisés en évaluant les ressources investies durant la période d'évaluation et comprendront en autres la masse salariale, le carburant, l'amortissement des véhicules en terme de kilométrages supplémentaires. Les coûts indirects seront comptabilisés en évaluant le coût lié au temps d'attente des ambulanciers dans leur véhicule.

Conséquences : Les conséquences seront évaluées en terme de temps économisé pour les cas vraiment urgents.

Spécificité du projet de Chapais/Chibougamau (Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James 2007)

Le projet de Chapais/Chibougamau inclut la mise en place d'un programme de formation continue pour les techniciens ambulanciers/paramédics d'abord et en partenariat avec les infirmiers/infirmières et les inhalothérapeutes du centre de santé de Chibougamau en second lieu.

Il a pour objectifs de :

- a. Améliorer le savoir, le savoir-faire et le savoir-être des techniciens ambulanciers/paramédics;
- b. Explorer une utilisation novatrice des techniciens ambulanciers/paramédics du Québec
- c. Favoriser l'intégration et l'application des nouvelles compétences et/ou celles déjà existantes en région en augmentant l'exposition à celles-ci;
- d. Favoriser les échanges interdisciplinaires (préhospitalier vs hospitalier).

Ces objectifs seront réalisés avec la mise en œuvre des activités suivantes;

1. La réalisation de pratiques SPU (dédiées exclusivement aux TAP), 2 à 4 semaines après l'implantation du volet;
2. La réalisation de pratiques interdisciplinaires (TAP, infirmières, inhalothérapeutes) sur les sujets suivants : RCR, 12 dérivations, lecture d'ECG, ventilation mécanique, techniques de soins, traumatologie, immobilisation, etc. (période d'implantation à préciser);
3. Des échanges interdisciplinaires sur des sujets spécifiques, tel que la neurologie, l'obstétrique et la cardiologie (période d'implantation à préciser);
4. À cela s'ajoutera la possibilité de stages d'observation en soins infirmiers ou en inhalothérapie pour les techniciens ambulanciers/paramédics et ce, à l'urgence du centre de santé de Chibougamau et possiblement au centre de santé René-Ricard (Chapais).

La proposition d'évaluation doit faire l'objet d'une discussion avec les gestionnaires car plusieurs aspects nécessitent une validation avant de présenter une stratégie d'évaluation finale. Cette proposition est basée sur la compréhension du projet à la suite de la lecture du document de soumission du projet pilote. Une rencontre avec les gestionnaires du projet est nécessaire pour finaliser les éléments d'évaluation.

Une analyse de l'implantation est proposée afin de déterminer la variation entre l'intervention proposée et l'intervention implantée et une compréhension des facteurs contextuels qui l'ont influencée. En termes de mise en œuvre, elle pourrait inclure l'évaluation des éléments suivants :

- i. Nombre de pratiques réalisées;
- ii. Nombre de pratiques conjointes;
- iii. Nombre de stages d'observation réalisés;

Une analyse des effets à court terme pourrait comprendre les facteurs suivants;

- i. Évaluation globale de satisfaction face au projet de la part des techniciens, du personnel hospitalier et des gestionnaires des services ambulanciers.
- iv. Listing des apprentissages réalisés et pertinents à la profession.
- v. Nombre de dérogations en cours de projet en comparaison aux 3 années précédentes;
- vi. Appréciation générale des évaluations d'assurance-qualité;
- vii. Durée moyenne du temps d'intervention par catégorie en comparaison avec les temps moyen par catégorie des 3 dernières années.
- viii. Évaluation globale du travail interdisciplinaire;

Les évaluations seront effectuées de façon trimestrielle (donc 4 fois durant le projet-pilote) afin de suivre l'évolution du projet et d'assurer une rétroaction continue, permettant ainsi les ajustements nécessaires pour assurer la pérennité du projet.

CONCLUSION

Cette proposition d'évaluation permettra de connaître les impacts du changement d'horaire et du déploiement dynamique des services ambulanciers sur le temps de réponse et le temps de transport pour les personnes réellement chrono-dépendantes. Cette évaluation est nécessaire pour s'assurer que cette intervention améliore le délai d'arrivée à l'hôpital souvent critique pour la survie du patient ou la diminution de la morbidité associée chez les personnes chrono-dépendantes. Cette démarche évaluative permettra aussi de déterminer les adaptations nécessaires dans l'intervention pour tenir compte des facteurs propres à chaque région. Ces résultats faciliteront l'implantation de ces horaires dans d'autres régions similaires. De plus, l'évaluation permettra de décrire les facteurs contextuels qui influencent la production des effets. Ces résultats permettront de développer des interventions qui favoriseront l'implantation dans d'autres régions.

Annexe 2 : Appréciation du niveau de mise en œuvre des projets pilote

Racontez-nous le déroulement chronologique de l'implantation du projet pilote

Date du début d'implantation du projet pilote

Modifications survenues au cours de la mise en œuvre par rapport à ce qui était initialement prévu, pourquoi et quand?

Depuis quand le projet est stable? Pourquoi et comment le projet peut être considéré comme stable?

Vous aviez prévu de transformer les horaires de faction en horaires à l'heure. Avez-vous réussi à faire cette transformation? Si oui comment, depuis quand et quelles sont les difficultés rencontrées? Si non pourquoi?

Vous aviez prévu de disposer de TAP plein temps et de TAP temps partiel. Avez-vous réussi à disposer de toutes ces ressources humaines? Si oui, comment, depuis quand cela a été réalisé et quelles sont les difficultés rencontrées? Si non, pourquoi?

Vous aviez prévu de mettre en place le déploiement dynamique des ambulances. Expliquez comment vous avez fait, depuis quand et quelles sont les difficultés rencontrées? Quels ont été les endroits retenus pour ce déploiement dynamique? Comment avez-vous déterminé ces endroits et pourquoi?

Vous aviez prévu de changer les téléavertisseurs numériques. Avez-vous réussi à faire ce changement? Si oui comment, depuis quand et quelles sont les difficultés rencontrées? Si non pourquoi? [Cas particuliers du projet pilote de la Baie-des-Chaleurs].

Un financement de était prévu pour l'implantation. Avez reçu ce financement? Si oui depuis quand? Comment avez-vous utilisé ce financement?

Avez-vous acquis de nouveaux matériels et équipements pour l'implantation du projet pilote? Si oui, les quels, pourquoi, depuis quand et quelles sont les difficultés rencontrées?

Avez obtenu de nouvelles ambulances? Si oui depuis quand et pourquoi?

Particularités du projet de Chapais-Chibougamau

- 1- Avez-vous implanté la mesure qui consistait à assurer la garde dans le centre de santé?
- 2- Pour le maintien des compétences des TAP, avez-vous été en mesure de mettre en œuvre les pratiques supervisées entre les TAP? Si oui, préciser la date début?
- 3- En quoi consistaient ces pratiques?
- 4- Quels étaient les objectifs d'apprentissage visés par ces pratiques supervisées entre TAP?
- 5- Quel est le nombre de pratiques supervisées effectuées depuis le début de l'implantation du projet pilote?
- 6- Quelle était la durée de ces pratiques supervisées?
- 7- Pour le maintien des compétences des TAP, avez-vous été en mesure de mettre en œuvre les pratiques interdisciplinaires? Si oui, préciser la date du début?
- 8- Quels sont les différents professionnels impliqués dans la réalisation de ces pratiques interdisciplinaires?
- 9- En quoi consistaient ces pratiques interdisciplinaires?
- 10- Quelle était la durée de ces pratiques interdisciplinaires?
- 11- Quel est le nombre de pratiques interdisciplinaires réalisées depuis le début de l'implantation du projet pilote?
- 12- Pour le maintien des compétences des TAP, avez-vous été en mesure de mettre en œuvre les stages d'observation en salle d'urgence? Si oui Q13, si non Q18
- 13- Quelle est la date de début de ces stages d'observation?
- 14- En quoi consistaient ces stages d'observation?
- 15- Quels étaient les objectifs d'apprentissage visés?
- 16- Quels étaient les professionnels impliqués dans la réalisation de ces stages d'observation?
- 17- Quelle a été la durée de ces stages d'observation?
- 18- Quels sont les facteurs qui expliquent la non réalisation des stages d'observation?
- 19- À votre avis, quels sont les éléments qui auraient pu être effectuées pour permettre la réalisation des stages d'observation?

Annexe 3 : Guide d'entrevue générale sur la détermination des facteurs qui ont influencé le processus de mise en œuvre des projets pilotes

Expliquez-nous les raisons qui ont conduit à l'élaboration du projet pilote?

Comment et quand s'est passé l'élaboration du projet pilote?

(Qui a initié le projet pilote? Raisons sous-jacentes à cette initiation; Éléments de conception utilisés; Intérêt du projet Avantages et inconvénients pour eux et les autres)

Racontez-nous comment s'est déroulée l'implantation du projet pilote ?

- a- Identification et rôles des partenaires organisationnels impliqués dans l'implantation; comment se passe cette collaboration, cette collaboration a-t-elle changée depuis l'implantation du projet pilote; rajout ou exclusion d'autres partenaires organisationnels dans l'implantation?
- b- Motivation, degré d'implication des différents intervenants; Climat et conditions de travail; Résistances psychologiques des personnes, résistances psychologiques des autres (peurs, réticences, réactions négatives, changement de vos façons de faire habituelles); Structures et mesures d'accompagnement (appui des gestionnaires); Formation;
- c- Avez-vous disposé de suffisamment de ressources financières, humaines et logistiques? Expliquez comment?
- d- Influence de l'environnement dans le processus de mise en œuvre (Décisions de nature administrative et politique; actions émanant des organisations de santé ou des communautés desservies ou de la population locale; conditions routières, topographiques ou climatiques) exemples pour chacun de ses points
- e- Intérêt du projet; Avantages et inconvénients pour eux et les autres (MSSS; Hôpitaux; Entreprises ambulancières; Syndicats et communautés desservies)

A votre avis, qu'est ce qui a influencé le processus d'implantation? Pourquoi?

Selon vous, quels sont les effets de ce projet pilote?

Tel que conceptualisé et mis en œuvre, le projet permettra-t-il de réduire le temps de réponse (cas urgents ou non); améliorer la qualité de vie et les conditions de travail des TAP?

Selon vous, durant la mise en œuvre, quels sont les éléments qui ont influencé la production des effets (temps de réponse, qualité de vie et conditions de travail des TAP, disponibilité des ambulances)?

Annexe 4 : Liste des indicateurs du SISPUQ

Saisie des déclarations de transport

- Élément 0661 et 0662 : Numéro du formulaire AS-810
- Éléments 0105 et 0106 : Nom et prénoms des usagers transportés
- Éléments 0107 et 0533 : Code postal de l'usager
- Éléments 0109 : Date de naissance : info obligatoire
- Élément 0510 : Code de la zone de prise en charge
- Élément 0530, 0534 et 0520 : Code géographique de prise en charge
- Élément 0350 : Code d'établissement de prise en charge
- Élément 0510 : Code de la zone de destination
- Élément 0530, 0534 et 0520 : Code géographique de destination
- Élément 0350 : Code d'établissement de destination
- Élément 0116 : Indicateur de l'accident
- Élément 0117 : Date de l'accident
- Élément 0400 (P): Code de lieu de prise en charge
- Élément 0400 (D): Code de lieu de destination
- Élément 0420 : Code de raison du transport interétablissement
- Élément 0121 : Date et heure de l'appel
- Élément 0122 : Date et heure de l'affectation
- Élément 0123 : Date et heure de départ
- Élément 0124 : Date et heure d'arrivée sur le lieu de prise en charge
- Élément 0125 : Date et heure de départ du lieu de prise en charge
- Élément 0126 : Date et heure d'arrivée au lieu de destination
- Élément 0127 : Date et heure de disponibilité après le transport
- Élément 0128 : Date et heure de retour au point de service
- Élément 0129 : Distance parcourue en km
- Élément 0130 : Nombre de personnes transportées
- Élément 0131 : Attestation de la nécessité de transport
- Élément 0133 : Numéro d'équipe du technicien conducteur
- Élément 0135 : Numéro d'équipe du technicien préposé
- Éléments 0138 : Montant à payer pour le transport
- Élément 0139 : Coût pour les personnes additionnelles
- Élément 0140 : Date de mise à jour
- Élément 0141 : Indicateur de validité du formulaire.
- Élément 0142 : Numéro du formulaire AS-803
- Élément 0143 : Code du message du motif d'invalidité.
- Élément 0460 : Code de priorité d'affectation du transport : info obligatoire depuis juin 2006 (se référer à l'élément 463)
- Élément 0480 : Code de priorité du transport : info obligatoire depuis juin 2006

Saisie des formulaires pour les usagers non transportés

Élément 0201 : Statut du formulaire

Élément 0207 : Numéro du formulaire AS810

Élément 0211 : Date et heure de l'appel

Élément 0212 : Date et heure de l'affectation

Élément 0213 : Date et heure de départ

Élément 0214 : Date et heure d'arrivée sur le lieu de prise en charge

Élément 0215 : Date et heure de mise à disponibilité

Élément 0218 : Distance parcourue en km

Élément 0219 : Code du motif d'annulation

Élément 0221 : Date de mise à jour de l'affectation

Élément 0224 : Code de priorité d'affectation : Info obligatoire depuis avril 2008

Section Établissement/Installation

Élément 0350 : Code de l'établissement ou de l'installation

Élément 0351 : Nom de l'établissement ou de l'installation

Élément 0352 : Adresse de l'établissement ou de l'installation

Éléments 0520, 0530 : Code géographique de l'établissement ou de l'installation

Élément 0533 : Code postal de l'établissement ou de l'installation

Éléments 0365 et 0366

Section Lieu de prise en charge et de destination

Élément 0400 : Code du lieu

Élément 0401 : Nom du lieu

Élément 0402 : Abréviation du lieu

Élément 0403 : Code de transfert du lieu

Section Motif d'annulation de l'affectation

Élément 0410 : Code du motif d'annulation

Élément 0411 : Description du motif d'annulation

Élément 0412 : Abréviation du motif d'annulation

Élément 0413 : Code de transfert du motif d'annulation

Section Raison du transport interétablissement

Élément 0420 : Code de la raison du transport
Élément 0421 : Description de la raison du transport
Élément 0422 : Abréviation de la raison du transport
Élément 0423 : Code de transfert de la raison du transport

Section Priorité de l'affectation

Élément 0460 : Code de priorité de l'affectation
Élément 0461 : Description de la priorité de l'affectation
Élément 0463 : Code de transfert de la priorité de l'affectation : info obligatoire mais seulement depuis avril 2007 pour la forme actuelle à savoir les priorités de 1 à 8 (À rediscuter pour savoir si des infos sont disponibles plus en amont)
Élément 0464 : Date de fin d'utilisation de la priorité d'affectation
Élément 0465 : Date de début d'utilisation de priorité d'affectation

Section Priorité de transport

Élément 0480 : Code de la priorité du transport
Élément 0481 : Description de la priorité du transport
Élément 0482 : Abréviation de la priorité du transport
Élément 0483 : Code de transfert de la priorité du transport

Section zone ambulancière

Élément 0510 : Code de la zone ambulancière
Élément 0511 : Description de la zone ambulancière

Section Municipalité (Code postal et toponyme)

Élément 0530 : Code de la municipalité
Élément 0531 : Description de la municipalité

Section TA

Élément 0820 : Adresse du technicien ambulancier

Section Véhicule ambulancier

Élément 0950 : Numéro du véhicule
Élément 0600 : Numéro de l'entreprise du véhicule
Élément 0510 : Code de la zone ambulancière du véhicule
Élément 0951 : Numéro de série du véhicule
Élément 0955 : Année du véhicule
Élément 0957 : Date de mise en service du véhicule
Élément 0959 : Date de retrait du véhicule

Élément 0962 : Kilométrage du véhicule

Élément 0963 : Date de la prise du kilométrage

Élément 0964 : Date de mise à jour du kilométrage

Annexe 5 : Questionnaire sur la satisfaction des TAP

Dans le cadre de l'évaluation du processus d'implantation du projet pilote dans votre région, nous aimerions avoir votre avis sur certains aspects liés à vos conditions de travail. Ce questionnaire comporte deux volets de réponses. Le premier volet concerne tous les TAP qu'ils soient nouveaux ou anciens et vise à comprendre leur satisfaction **actuelle**. Le deuxième volet de réponses s'adresse uniquement aux TAP qui étaient **présents avant l'implantation du projet pilote**, et vise à comprendre le changement de leur satisfaction entre la période antérieure à la mise en œuvre du projet pilote et la période actuelle. Nous vous remercions de cocher la réponse appropriée pour chacune des questions et de répondre par la suite aux questions ouvertes (page 3).

- 1- L'utilisation de vos compétences dans la réalisation de votre travail
- 2- Votre contribution dans la prise en charge des patients que vous transportez
- 3- Les défis liés à la réalisation de votre travail
- 4- La façon dont votre travail est diversifié (ou varié) et intéressant
- 5- Le niveau de soins fournis aux patients
- 6- La qualité de votre travail avec les patients
- 7- Le degré d'indépendance et d'autonomie dont vous disposez dans votre travail
- 8- La proportion de temps consacrée directement aux soins
- 9- Le temps qui vous est alloué pour offrir des soins et des services appropriés aux patients
- 10- Généralement de votre charge de travail

	Tous les TAP (anciens et nouveaux) 1= très insatisfait; 5= Très satisfait					TAP présents avant le projet pilote 1= Très détérioré; 5= Très amélioré				
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5
1	2	3	4	5		1	2	3	4	5

	Tous les TAP (anciens et nouveaux) 1= très insatisfait; 5= Très satisfait					TAP présents avant le projet pilote 1= très détérioré; 5= Très amélioré				
11- Les conditions d'attente entre les appels	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
12- Le nombre d'heures que vous consacrez aux déplacements	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
13- Le support et de l'assistance obtenus de votre superviseur	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
14- Les opportunités dont vous disposez pour discuter des différentes difficultés que vous rencontrez lors de la réalisation de votre travail	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
15- Le support auquel vous avez accès dans votre travail	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
16- La façon dont votre superviseur vous traite	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
17- Votre sentiment d'appartenance à une équipe de travail solidaire	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
18- Les personnes avec lesquelles vous interagissez dans la réalisation de votre travail	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
19- Les rapports que vous avez avec vos coéquipiers TAP	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
20- La paye que vous recevez	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
21- Le nombre d'heures de travail que vous effectuez	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
22- Votre horaire de travail	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
23- Vos chances d'avancement professionnel	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
24- Votre sécurité d'emploi	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
25- Les opportunités qui vous sont offertes pour accéder à un programme de formation continue dans votre travail	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
26- L'adéquation entre vos formations et le travail que vous effectuez	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Informations additionnelles sur les répondants

Âge :

Sexe :

Région sociosanitaire:

Entreprise ambulancière :

Ancienneté (ans):

Nombre d'heures de travail par semaine :

Souhaiteriez-vous faire plus ou moins d'heures de travail (expliquer pourquoi?) :

Quelle est votre opinion sur le projet pilote :

Annexe 6 : Fiche de collecte des données dans les dossiers cliniques des patients

A- Identification de l'utilisateur

Nom de l'utilisateur : _____

Numéro du formulaire AS 810: _____

Adresse : _____

Date du transport : _____ Heure : _____

Nom du centre hospitalier : _____

Numéro de dossier médical : _____

B- Séjour et issue

Cocher les items appropriés :

- 1- Usager vu à l'urgence seulement; Durée de séjour à l'urgence : _____ heures
- 2- Hospitalisé ; _____ Durée de séjour à l'urgence;
_____ Service d'hospitalisation; _____ Durée de séjour
dans le service d'hospitalisation
- 3- Transfert dans un autre établissement : _____
- 4- Décès; Date du décès : _____

C- Informations cliniques

Diagnostic à l'arrivée aux urgences: _____

Diagnostic provisoire : _____

Diagnostic principal au congé ou au décès : _____

Diagnostic secondaire/complications : _____

Soins intensifs : Oui _____ Non _____

Si oui, Type : _____ Date de début : _____ Date de fin : _____

Interventions chirurgicales : _____

D- SVP Joindre une photocopie de l'AH- 280B et une photocopie dénominalisée de la note d'observation du médecin à l'urgence

Annexe 7 : Approbation du comité d'éthique

Université 
de Montréal
Faculté de médecine
Vice-décanat à la recherche

COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CÉRFM)

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE

Le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine, selon les procédures en vigueur et en vertu des documents qui lui ont été fournis, a examiné le projet de recherche suivant et conclu qu'il respecte les règles d'éthique énoncées dans la *Politique sur la recherche avec des êtres humains* de l'Université de Montréal :

Titre :

Projets pilotes de mise en œuvre du déploiement dynamique des services ambulanciers

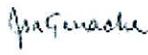
Requérant : Dr François Champagne et col.
Organisme subventionnaire : AETMIS (contrat)

Tout changement anticipé au protocole de recherche devra être communiqué au CÉRFM qui en évaluera l'impact au chapitre de l'éthique.

Toute interruption prématurée du projet ou tout incident grave devra être immédiatement signalé au CÉRFM.

Un suivi annuel est exigé afin de prolonger la validité de ce certificat. Un formulaire de suivi sera transmis par courriel avant l'échéance du présent certificat.


Dianne Audet, coordonnatrice
CÉRFM


Isabelle Boutin-Genache, présidente
CÉRFM

Approuvé : Le 4 décembre 2009

Certificat valide jusqu'au 1^{er} janvier 2011

Annexe 8 : Coûts standardisés des projets pilotes par région et par compagnies ambulancières

Régions	Compagnies	Année financière	Masse salariale			Kilométrage annuel à charge			Heure de positionnement				Frais de gestion	Total		
			Heures	Taux horaire standardisés	Primes	Coûts standardisés des salaires	Kilométrage	Prix stan. du km	Coefficient de parcours	Coûts kilométriques standardisés	Heures de positionnement	Formule Tremblay			Paramètre de ralentif	Coûts Positionnement
Gaspésie	Radisson	2006-2007	25 030	39,22849		981 902,05	76368,97	0,5503	2,8	117 672,36	0	0,65	3,52	0,00	237860,67	1 337 435,08
		2007-2008	25102,34	39,22849	14099,19	988826,0837	65658,29	0,5503	2,8	101169,9196	0	0,65	3,52	0	243712,04	1343707,043
		2008-2009	36852,44	39,22849	33722,29	1479387,864	82007,3	0,5503	2,8/3,2	132633,44	12815,51	0,65	3,83	31904,21	305141,36	1949066,874
		2009-2010	49272,3	39,22849	57531,06	1990408,988	78248,42	0,5503	3,2	137792,3377	26279	0,65	3,83	65421,57	371073,28	2564696,176
		2006-2007	11235,4	39,22849		440747,7765	20125,55	0,5503	2,8	31010,25246	0	0,65	3,52	0	112841,35	584699,379
		2007-2008	12551,17	39,22849	6368,74	498732,1868	18362,67	0,5503	2,8	28293,93644	0	0,65	3,52	0	115617,25	642643,3733
		2008-2009	18426,22	39,22849	15447,51	738280,297	19354,81	0,5503	2,8/3,2	31303,25	6407,51	0,65	3,83	15951,49	146228,35	931763,387
		2009-2010	24636,15	39,22849	18757,4	985196,3639	20298,5	0,5503	3,2	35744,84656	6048	0,65	3,83	15056,49	179094,73	1215092,43
		2006-2007	25030,33	39,22849		981902,0501	98176,53	0,5503	2,8	151274,3245	0	0,65	3,52	0	220632,83	1353809,205
		2007-2008	25102,34	39,22849	14497,6	999224,4937	91352,44	0,5503	2,8	140759,4936	0	0,65	3,52	0	226060,4	1366044,387
Côte-Nord	Services secours	2008-2009	36852,44	39,22849	34124,48	1479790,054	94799,75	0,5503	2,8/3,2	153223,14	12815,51	0,65	3,83	31904,21	287196,7	1952214,104
		2009-2010	49272,3	39,22849	58881,48	1991759,408	67230,58	0,5503	3,2	118390,3622	12096	0,65	3,83	30112,99	352846,89	2493109,65
		2006-2007	24898,94	39,22849		976747,8188	48451,62	0,5503	2,8	74656,19416	0	0,65	3,52	0	245113,34	1296517,353
		2007-2008	24967,16	39,22849		979423,9864	54844,57	0,5503	2,8	84506,70724	0	0,65	3,52	0	251146,53	1315077,224
		2008-2009	35083,05	39,22849		1376255,076	56158,67	0,5503	3,2	98893,17152	0	0,65	3,83	30100,72	304431,33	1809680,298
		2009-2010	45101,1	39,22849		1769248,05	55102,94	0,5503	3,2	97034,07	0	0,65	3,52	59710,66	358296,63	2284289,41
		2006-2007	7299,6	39,22849		286352,2856	17831,61	0,5503	2,8	27475,65795	0	0,65	3,52	0	83989,55	397817,4936
		2007-2008	8343,44	39,22849	4516,5	331817,0526	16106,13	0,5503	2,8	24816,96935	0	0,65	3,83	0	86053,26	442687,282
		2008-2009	16424	39,22849	16966,13	661254,8498	19748,3	0,5503	3,2	34775,96637	7300	0,65	3,83	18173,35	120899,34	835103,5061
		2009-2010	16424	39,22849	17462,07	661750,7898	15613,27	0,5503	3,2	27494,34	8760	0,65	3,83	21808,02	128076,84	839129,9898
Seguény	A. Mido	2006-2007	19460,73	39,22849		763415,0522	53527,95	0,5503	2,8	82478,00648	0	0,65	3,52	0	165527,67	1011420,729
		2007-2008	19460,73	39,22849	10075,26	773490,3122	46589,27	0,5503	2,8	71786,61079	0	0,65	3,83	0	169594,85	1014871,773
		2008-2009	24638	39,22849	20342,54	986854,0766	43737,41	0,5503	3,2	77019,82951	7299,58	0,65	3,83	18172,3	191304,17	1273350,376
		2009-2010	24638	39,22849	15672,3	982183,8366	50511,4	0,5503	3,2	89946,55	13139	0,65	3,83	32709,54	210060,12	1313902,047
		2006-2007	44501,44	39,22849		1745724,294	101535,63	0,5503	2,8	156450,1601	0	0,65	3,52	0	439873,99	2342048,444
		2007-2008	45545,28	39,22849	27784,81	1814457,371	91863,39	0,5503	2,8	141546,7858	0	0,65	3,83	0	450682,13	2406686,287
		2008-2009	65788	39,22849	55223,29	2635987,19	100752,07	0,5503	3,2	177420,3652	14077,86	0,65	3,83	35046,83	526920,42	3375374,805
		2009-2010	65788	39,22849	55868,28	2636632,18	86959,15	0,5503	3,2	153133,58	22733	0,65	3,83	56593,8	638814,2	3441071,76
		2006-2007	16686,89	39,22849		654601,4975	62944,88	0,5503	2,8	96987,9889	0	0,65	3,52	0	160906,63	912496,1164
		2007-2008	16686,89	39,22849	9025,79	663627,2875	64323,14	0,5503	2,8	99111,66704	0	0,65	3,83	0	164860,27	977599,2245
A. SNC	A. Marc Leclerc	2008-2009	24638	39,22849	21477,52	987989,0566	61500,35	0,5503	3,2	108299,6563	7299,59	0,65	3,83	18172,32	186491,13	1300952,163
		2009-2010	24638	39,22849	16820,13	983331,3666	56145,19	0,5503	3,2	98869,43	13139	0,65	3,83	32709,54	170225,71	1285136,347
		2006-2007	37534,54	39,22849		1472423,327	34316,46	0,5503	2,8	58376,17423	0	0,65	3,52	0	339702,35	1865001,851
		2007-2008	37534,54	39,22849	20457,12	1492880,447	36180,15	0,5503	2,8	55747,82233	0	0,65	3,83	0	348049,18	1896677,449
		2008-2009	57616	39,22849	53092,01	2313280,69	42881,14	0,5503	3,2	75511,97229	21900	0,65	3,83	54520,05	454076,97	2897389,682
		2009-2010	57616	39,22849	54352,98	2314541,66	46726,29	0,5503	3,2	82283,12	26279	0,65	3,83	65421,57	477045,4	2998991,75

Régions	Compagnies	Année financière	Masse salariale				Kilométrage annuel à charge				Heure de positionnement				Frais de gestion	Total
			Heures	Taux horaire standardisés	Primes	Coûts standardisés des salaires	Kilométrage	Prix stan. du km	Coefficient de parcours	Coûts kilométriques standardisés	Heures de positionnement	Formule Tremblay	Paramètre ralenti	Coûts Positionnement		
Nord-du-Québec	A. SLN	2006-2007	25030,33	39,22849	-2603,12	979285,984	82902,96	0,5503	2,8	127740,1969	0	0,65	3,52	0	234174,6	1341200,781
		2007-2008	25030,33	39,22849	139354,95	995257,0001	76151,03	0,5503	2,8	117336,5531	0	0,65	3,52	0	239928,42	1352521,973
		2008-2009	32535,59	39,22849	18436,28	1294758,347	89032,65	0,5503	2,8	137185,0684	1251	0,65	3,83	3114,36	250936,39	1685994,165
		2009-2010	32535,59	39,22849	18975,19	1295297,257	67390,5	0,5503	2,8	103837,97	1251	0,65	3,83	3114,36	254685,65	1657135,237
		2006-2007	16686,89	7299,6	39,22849	289927,2856	15046	0,5503	2,8	23183,47864	0	0,65	3,52	0	82398,97	395509,7342
		2007-2008	8343,44	39,22849	5959,46	333240,0726	16956	0,5503	2,8	26126,48304	0	0,65	3,83	0	84987,76	444354,2556
		2008-2009	8438,33	39,22849	6110,33	337133,274	14152	0,5503	2,8	21805,96768	2920	0,65	3,83	7269,34	88081,28	454289,8617
		2009-2010	8438,33	39,22849	31003,92	362026,864	13996	0,5503	3,2	24646,39616	2920	0,65	0,83	7269,34	89814,52	483757,1202
		2006-2007	16686,89	39,22849	6913	661514,4975	55474	0,5503	2,8	85476,5816	0	0,65	3,52	0	171385,16	918376,2157
		2007-2008	16686,89	39,22849	11487,24	666088,7375	61326	0,5503	2,8	94495,5384	0	0,65	3,83	0	176150,62	936732,9113
Capitale Nationale	A. Portneuf	2008-2009	30293,34	39,22849	34002	1222363,985	68331	0,5503	2,8	105287,138	16059	0,65	3,83	39978,88	269730,95	1637360,953
		2009-2010	30293,34	39,22849	118680,9	1307042,895	69515	0,5503	3,2	122413,1344	16059	0,65	3,83	39978,88	277563,71	1746698,62
		2006-2007	16555,49	39,22849	3671	653117,8739	63868	0,5503	2,8	98410,36912	0	0,65	3,52	0	163761,97	915290,213
		2007-2008	16559,49	39,22849	6099,6	655703,3879	61553	0,5503	2,8	94843,2482	0	0,65	3,83	0	171324,98	921871,6924
		2008-2009	22081,29	39,22849	63254,2	929469,864	61594	0,5503	3,2	108464,5702	11680	0,65	3,83	29077,36	207648,57	1205344,488
		2009-2010	22081,29	39,22849	3597	883223,664	55421	0,5503	2,8	85394,89364	11680	0,65	3,83	29077,36	207648,57	1205344,488
		2006-2007	7299,6	39,22849	5976,18	333276,7326	13199	0,5503	2,8	20337,54716	0	0,65	3,83	0	85622,5	439236,7798
		2007-2008	8343,44	39,22849	5976,18	333276,7326	13199	0,5503	2,8	20337,54716	0	0,65	3,83	0	85622,5	439236,7798
		2008-2009	8212,05	39,22849	11883	334029,3213	18202	0,5503	2,8	28046,36968	4380	0,65	3,83	10904,01	89981,48	462961,181
		2009-2010	8212,05	39,22849	4745,35	364891,6713	65165,86	0,5503	3,2	114754,4728	4380	0,65	3,83	10904,01	93665,96	584216,1141
A. Benoît	A. Benoît	2006-2007	22212,68	39,22849	10123	881492,8953	68813	0,5503	2,8	106029,8229	0	0,65	3,52	0	220771,83	1208294,548
		2007-2008	22212,68	39,22849	16823,88	888193,7753	74277	0,5503	2,8	114448,9727	0	0,65	3,83	0	224715,66	1227358,408
		2008-2009	24636,15	39,22849	15785	982223,9639	70915	0,5503	2,8	109268,6686	13139	0,65	3,83	32709,54	246983,23	1371185,403
		2009-2010	24636,15	39,22849	85755,62	1052194,584	66802	0,5503	3,2	117635,6499	13139	0,65	3,83	32709,54	255200,83	1457740,604

Annexe 9 : Données sur le Processus de mise en œuvre des projets pilotes

Données de la Gaspésie

Répondant régional

Raisons

- Les projets pilotes ont été initiés à la sortie de la convention collective de la FTQ.
- Gaspésie est un territoire vaste et linéaire situé le long de la route 132.
- Les premières demandes syndicales pour l'amélioration des conditions de vie et de travail des TAP remontent à 2005.
- Dans le territoire de la Baie-des-Chaleurs, il y a trois zones consécutives qui étaient en horaire de faction et qui pouvaient donc être transformées en horaire à l'heure. Ces trois zones étaient toutes affiliées au syndicat FTQ et, elles sont séparées par des distances importantes.

Déroulement chronologique

- Action du syndicat FTQ national pour appuyer le syndicat régional dans la démarche que ces derniers ont entrepris en soumettant un mémo au MSSS pour demander la transformation des horaires de travail.
- Pression pour la mise en place du comité Gauthier
- Publication du rapport Gauthier à l'automne 2007
- Tenue de la première rencontre du comité régional d'implantation du projet pilote. Ce comité régional comprenait les représentants de l'agence de santé, les compagnies ambulancières, les représentants syndicaux, les représentants de la CCS.
- Choix de la date du 5 octobre 2008 pour le démarrage du projet pilote.
- Entre novembre 2007 et octobre 2008, préparation des ententes de gestion, recrutement des TAP, préparation de différents scénarios et de simulation d'horaires et de positionnement des véhicules ambulancier.
- Recrutement des TAP à l'extérieur a été grandement mis à contribution.
- Lancement de la formation d'une cohorte de TAP.
- Difficultés de commencer le projet pilote à la même date pour les trois zones ambulancières, car certaines n'avaient pas pu disposer du nombre requis de TAP.
- Novembre 2008 : tous les postes de TAP requis pour l'implantation du projet pilote étaient comblés.
- Déploiement des ambulances sur le territoire était également effectif à la date du démarrage. Après quelques ajustements et formations, le déploiement fut effectif en novembre 2008.

Horaires modifiés

- Transformation des 7 horaires de faction et demi en horaire à l'heure.
- Transformation des deux horaires de faction de Paspébiac et de l'horaire de faction de Bonaventure en 3 horaires à l'heure de 12 heures.
- Transformation de l'horaire et demi de faction de New Richmond et de Caplan en un horaire de 12 heures à l'heure et un autre demi-horaire à l'heure.
- Transformation des 3 horaires de faction de la zone 113 soit celle de Maria, Carleton et Nouvelle en 3 horaires de 12 heures à l'heure.

TAP recrutés

- Recrutement de 30 nouveaux TAP

Déploiement dynamique

- Définition des points d'attente prioritaires avec la CAUREQ.
- Pas eu de déploiement interzone et donc la couverture de chaque zone se fait par les véhicules ambulanciers de l'entreprise ambulancière présente avant l'implantation du projet pilote.
- Inversion de la priorité de deux points d'attente dans zone 111 de Paspébiac, un an environ après le début du processus d'implantation.
- Dans deux des trois zones ambulancières, l'attente des TAP se faisait dans les casernes et non aux points d'attente indiqués par le comité d'implantation et la CAUREQ. Cette situation a prévalu entre octobre 2008 et novembre 2009.

Changement des téléavertisseurs numériques

- Les modifications prévues sur les moyens de communication n'ont pas été effectuées. Un projet de plus grande envergure le « RENIR » et qui permettrait d'améliorer les systèmes de communication de plusieurs services publics serait en cours.

Financement

- Obtention du financement prévu par le MSSS et paiement du montant additionnel objectif en cours d'implantation.

Nouveaux matériels, équipements et ambulances

- Équipement d'une ambulance d'un moniteur-défibrillateur

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- Même si le comité réunissait beaucoup de personnes, la dynamique de concertation qui y prévalait a démontré qu'avec le projet pilote, les gens peuvent se parler et travailler ensemble.

- Les entreprises ambulancières et les TAP ne sont pas toujours en bons termes, mais avec le projet pilote, vu qu'ils se sont entendus dans l'implantation du projet pilote, ils ont vu qu'ils pourraient s'entendre également sur autres choses.
- Aucune des parties ne voulait que le projet pilote échoue à cause d'elle.
- Projet pilote est qualifié de « projet rassembleur ». Y a eu beaucoup de concertation et s'il y avait un problème, ils se parlaient »

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La plupart des TAP sont contents des nouveaux horaires de travail.
- Ça fait 20 ans que les TAP demandent les changements d'horaire. Ils voulaient le projet et cette fois, le MSSS ne pouvait pas faire autrement que de leur accorder.

Suffisance des ressources

- Ils n'ont pas manqué d'argent pour le projet pilote. Le MSSS a fourni toutes les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet.

Influence de l'environnement

- Le MSSS n'a pas intervenu dans le processus d'implantation. Lorsqu'ils ont sollicité la contribution du MSSS pour l'obtention d'un financement additionnel, ils l'ont obtenu.
- Les municipalités et les députés de la région avaient été sollicités au début par les syndicats et les TAP pour avoir leur appui afin que le projet pilote de transformation des horaires soit initié. Également, après la demande de retour aux points d'attente, les TAP ont sollicité la population et le milieu politique pour que ces derniers fassent de la pression au niveau de l'agence pour revenir sur la décision prise. Des plaintes et des pétitions ont été ainsi formulées de la part de certaines personnes pour s'insurger contre les conditions d'attente des TAP dans les véhicules ambulanciers.

Intérêts des acteurs

- Syndicats : Avec le projet pilote, ils ont plus de membres et donc plus de contribution et plus de pouvoir de négociation.
- Compagnies ambulancières : Elles ont davantage de frais reçus pour la gestion des ressources humaines (comprenant les TAP recrutés) et le déploiement dynamique
- TAP : Ils ont de meilleures conditions de vie

Effets du projet pilote

- Amélioration du temps de réponse global des interventions ambulancières : Avant, les TAP étaient en attente chez eux en pyjama. Avec le pilote, on sauve au moins entre 5 et 10 mn liées au déplacement des TAP de leur domicile à leur arrivée à la caserne.

Propriétaires des compagnies ambulancières

Raisons

- Le projet pilote émane du syndicat des TAP. Dans le passé, les TAP avaient adressé plusieurs demandes à leur syndicat pour initier des mesures permettant d'améliorer leurs conditions de travail.
- Les compagnies ambulancières n'ont pas été approchées lors de l'initiation des projets pilotes : « C'est lors des négociations de la convention collective 2006-2010 qu'ils ont appris que les projets pilotes allaient être déployés.....des fois, ils se disent que le projet pilote leur a été imposé »

Déroulement chronologique

- 1^{ère} rencontre du comité directeur s'est tenue en novembre 2007. Ce comité directeur réunissait toutes les parties concernées par l'implantation du projet pilote et le comité était censé être le maître d'œuvre du processus d'implantation.
- Les rencontres du comité avaient pour but de préparer le processus d'implantation notamment en élaborant les ententes de gestion et en trouvant les différents moyens nécessaires pour opérationnaliser le pilote.
- Toutefois, le nombre de personnes présent dans le comité était très élevé, ce qui a parfois affecté la qualité et la portée des discussions. Les représentants des compagnies ambulancières estiment en effet que la partie syndicale était surreprésentée dans le comité.
- 5 octobre 2008 : lancement du projet pilote, mais avec quelques difficultés pour combler tous les postes de TAP requis dans une des trois compagnies ambulancières.

Ressources humaines

- Le recrutement des TAP a été plus difficile dans une des trois compagnies ambulancières.
- Sollicitation des TAP exerçant à l'extérieur de la région et visite des CEGEP de Québec et de Rivière-du-Loup pour faire la promotion du métier de TAP auprès des étudiants.
- Mais la venue des nouveaux TAP a créé une nouvelle culture organisationnelle dans les compagnies ambulancières.
- Il y a eu quelques difficultés à retenir certains TAP à cause du contexte incertain de mise en œuvre des projets pilotes. Deux des TAP qui ont été recrutés dans une compagnie ambulancière ont ainsi quitté leur poste après qu'une décision sur la pérennisation des projets pilotes n'ait pas été prise au bout d'un an d'implantation.

Déploiement dynamique

- Dans deux des trois zones, les ambulances ont été positionnées en attente au niveau des casernes et non au niveau des points d'attente. Cette situation a perduré pendant 1 an. Cette situation a également entraîné de la frustration dans la troisième zone ambulancière, parce que les TAP de cette zone avaient l'obligation de rester dans les véhicules contrairement à leurs collègues des zones de New Richmond et de Carleton.
- La demande faite aux TAP par l'agence de santé afin qu'ils restent en attente dans les camions aux points prioritaires a occasionné beaucoup de tensions et de frustrations. « Les TAP estimaient que c'est inhumain de laisser en attente dans les véhicules ambulanciers en hiver lorsqu'il fait moins 40° Celsius. Ils trouvaient également que rester assis dans les véhicules pendant une période de 12 heures de temps est très difficile et très mauvais pour leur santé».

Financement

- Obtention du financement prévu par l'agence de santé.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- L'appui de l'agence a été positif tout au long de l'implantation. Mais certains représentants des compagnies ambulancières auraient voulu avoir plus de souplesse dans l'application des projets pilote en leur permettant d'expérimenter de nouvelles choses. Également, ils estiment que l'agence de santé aurait pu davantage les aider dans la gestion des tensions issues de la demande de réintégration des TAP dans les camions ambulanciers.
- Étant donné que le déploiement effectué n'est pas interzones, ils n'interagissent pas énormément avec les autres compagnies ambulancières.
- Même si la partie syndicale était majoritaire dans le comité directeur, ils estiment que néanmoins que le comité a bien joué son rôle pour faire converger les positions des différents acteurs.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La plupart des TAP sont contents des nouveaux horaires de travail. Mais ceci se remarque davantage chez les nouveaux TAP recrutés. Toutefois, certains anciens TAP préfèrent les horaires de faction parce qu'ils pouvaient d'autres activités lorsqu'ils sont attendus chez eux.

Influence de l'environnement

- Les municipalités et la population ont été sollicitées par les TAP pour faire contrer la décision de l'agence pour le retour des TAP dans les ambulances.

Intérêts des acteurs

- Syndicats : vu que la majorité des TAP voulait des horaires à l'heure, le syndicat, en appuyant le projet pilote, obtient ainsi plus d'adhérents.
- Entreprises ambulancières : davantage de frais reçus pour la gestion et le déploiement dynamique pour les entreprises privées. Mais pour les OSBL, il n'y a pas nécessairement de profit au fait qu'il y ait le projet pilote.
- TAP : Meilleures conditions de vie pour les nouveaux TAP car le projet pilote est une opportunité d'avoir un travail garanti pour les nouveaux TAP qui viennent de sortir de l'école. Mais pour les plus anciens, le projet pilote vient les obliger à rester obligatoirement en attente dans les véhicules, alors qu'avant ils pouvaient s'organiser autrement.

Effets du projet pilote

- Il y a une unanimité de tous les acteurs autour de l'amélioration du temps de réponse global des interventions ambulancières avec le passage de la faction à l'heure.
- Et pour les conditions de vie et de travail, la majorité des TAP estiment que le projet pilote a permis de les améliorer.
- Toutefois, les représentants des compagnies ambulancières estiment que les TAP oublient le premier objectif qui est l'amélioration du temps de réponse. Car en cherchant à rester coûte que coûte en attente dans les casernes et non dans les véhicules ambulanciers, le gain de temps de réaction peut être réduit. Ils considèrent donc que les TAP mettent plus d'emphase sur l'objectif d'amélioration de leurs conditions de travail comparativement à celui de l'amélioration du temps de réponse.

TAP

Raisons

- Le projet pilote a été initié par les syndicats pour permettre de réduire le temps de réponse ambulancier et améliorer les conditions de travail.
- La plupart des TAP attendaient le projet, car pendant les horaires de faction, les TAP avaient l'obligation d'avoir leur domicile à 5 mn de la caserne de la compagnie ambulancière.

Déroulement chronologique

- Début du projet pilote le 5 octobre 2008.
- Les TAP sont restés en attente dans les casernes pendant 1 an dans deux zones ambulancières.

Ressources humaines

- Le projet a fait doubler le personnel ambulancier, il y a beaucoup de nouveaux ambulanciers, ce qui demandait beaucoup d'ajustements pour pouvoir travailler avec les nouveaux et jeunes TAP.
- En faction, les TAP ne passaient pas beaucoup de temps ensemble, mais maintenant avec les horaires à l'heure l'esprit d'équipe est plus présent. Les occasions d'apprentissage sont également plus fréquentes.

Déploiement dynamique

- Au début de l'implantation, la méconnaissance du territoire par les répartiteurs de la CCS rendait le positionnement plus difficile.
- Dans une des compagnies ambulancières, la mise en œuvre du déploiement des véhicules sur le territoire a été vécue par certains TAP comme étant une mesure de surveillance, car avec le projet pilote, les gestionnaires de la compagnie ambulancière étaient à même de suivre tous les déplacements des véhicules ambulanciers.
- Compte tenu de certains constats sur la fréquence de provenance des appels, il a fallu inverser au bout d'un an, le niveau de priorités accordé à certains points d'attente.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La plupart des TAP sont contents des nouveaux horaires de travail. Mais ceci se remarque davantage chez les nouveaux TAP recrutés. Par contre, il ya quelques anciens TAP qui préfèrent les horaires de faction parce qu'ils étaient libres de pouvoir faire d'autres activités tout en étant prêts à intervenir en cas de besoin.
- Y a eu beaucoup de frustrations à la suite de la recommandation de l'agence pour que les TAP réintègrent les véhicules ambulances lorsqu'ils sont attendus « Il y a eu des arrêts maladies dus à des douleurs aux membres et qui se seraient en lien avec la longue station

assise. Les TAP d'une des compagnies ambulancières refusaient aussi de venir aux séances volontaires de pratique et de maintien des connaissances ».

Effets du projet pilote

- Constat d'une nette amélioration du temps de réponse. Lorsqu'ils étaient en faction, ils ne réussissaient pas à faire de défibrillations en cas d'arrêt cardiaque. Mais avec les horaires à l'heure, ils arrivent à le faire et à administrer les médicaments inclus dans leurs protocoles de prise en charge.
- En faction, « on se sentait comme enchaînés pendant 7 jours. Pendant ces 7 jours, on n'était pas capable de rien faire d'autre que d'attendre les appels..... certains développaient même des tics comme le fait de se toucher ou de vérifier l'état de fonctionnalité du Paget ou encore de la disposition adéquate de leurs tenues de travail, même lorsqu'ils sont en congé. »
- Pour les plus anciens, le passage à l'heure a été un très grand changement et ils avaient beaucoup d'appréhensions sur comment ce changement allait se dérouler. Le fait d'avoir été pendant une vingtaine d'années en faction et changer tout cela en un jour n'a pas été très facile pour certains TAP. Ce d'autant plus que l'attente durant 12 heures dans l'ambulance sans faire beaucoup d'appels est quelque chose de difficile à vivre.
- « Avec l'horaire à l'heure, nous sommes plus alertes pour faire le travail et on sent moins l'impression de dérangement lorsque le Paget sonne ».
- L'impression de perdre du temps en se déplaçant du domicile pour aller chercher l'ambulance dans les casernes a disparu avec le projet pilote. Et à ce propos, certains TAP affirment avoir dépassé, en se rendant à la caserne pour chercher l'ambulance, le lieu d'accident pour lequel ils avaient été appelés à intervenir.
- Le fait d'avoir des horaires fixes de travail est aussi quelque chose d'utile et valorisant pour eux. Utile parce qu'ils savent quand ils commencent et quand ils terminent pour planifier d'autres activités et valorisant parce qu'ils sortent pour travailler, ils ne restent pas à attendre chez eux. « Avec les horaires à l'heure, ils ont davantage l'impression de travailler ».
- Mais qu'à cela ne tienne, les TAP trouvent l'attente pendant 12 heures dans les camions très difficile. Avec la station assise, ils ont des inquiétudes pour leur santé à la longue.

Représentant syndical

Raisons

- Le projet pilote a été initié pour réduire le temps de réponse ambulancier et améliorer les conditions de travail.
- Dans la région de la Gaspésie, le projet a été monté par la FTQ.
- En 2005, il y a eu quelques réunions avec les TAP des zones FTQ du territoire de la Baie-des-Chaleurs pour initier le projet pilote.
- Sollicitation des conseils municipaux et des députés pour appuyer l'initiation du projet pilote.
- Sollicitation aussi du syndicat provincial pour appuyer leur démarche « Le projet pilote est parti du syndicat régional vers le syndicat national ».
- Ils ont monté le projet pilote sans inclure les autres zones de la région affiliée à la CSN « car dans ce genre de situation, chacun fait de son côté et demande l'aide de son national pour faire aboutir ».

Déroulement chronologique

- En 2007, réunion préparatoire avec le comité directeur qui réunissait l'agence, les syndicats, les employés et la CCS « pour une fois, tout le monde allait dans le même sens ».
- Début du projet pilote le 5 octobre 2008
- Dans la zone de Paspébiac, les TAP sont restés tout le temps en attente dans les camions.

Déploiement dynamique

- « La définition des points d'attente n'a pas été faite de la bonne façon, ce sont les compagnies ambulancières et les syndicats qui ont décidé où mettre les points d'attente, notamment à proximité des casernes, en disant que ces dernières sont bien situées ».
- Le représentant syndical d'une des trois zones a vendu le projet pilote aux TAP en leur disant dès au départ qu'ils pouvaient rester en attente dans les casernes et que l'agence de la santé allait tolérer la mesure. Étant donné de la proximité entre les TAP de cette zone avec ceux de la zone voisine (échange de TAP), la deuxième zone a aussi embarqué dans la même dynamique d'attente dans les casernes. C'est ce qui explique que dans ces deux zones, les TAP sont restés en attente dans les casernes durant 1 an.
- C'est par la suite que l'agence a pris la décision pour exiger que les TAP restent en attente dans les ambulances pour ne pas biaiser les paramètres d'évaluation du projet pilote.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- En dehors de quelques TAP (les anciens), la plupart des autres TAP sont favorables au changement des horaires de travail.
- La motivation des TAP a néanmoins baissé lorsque la question de lieu d'attente était en suspens. « Ça a beaucoup brassé lorsqu'il était question de retourner dans les ambulances pour attendre les appels ».

Infirmière Chef et Directeur des services professionnels

Effets du projet pilote

- Ils constatent une grande différence avec le projet pilote. Ils ont l'impression que les patients sont pris en charge plus rapidement. Certains MD affirment que les patients arrivent maintenant moins détériorés qu'avant.
- La qualité des services des TAP s'est améliorée. Les techniques sont mieux appliquées et les pratiques sont bien faites.
- Les TAP, surtout les nouveaux, s'impliquent davantage aussi lorsqu'ils sont à l'hôpital. Ils posent des questions et cherchent à mieux comprendre les problèmes de santé auxquels sont confrontés les usagers transportés.
- Les TAP restent aussi moins de temps lorsqu'ils ont fini de transférer les patients.
- Des membres de la communauté auraient appelé le DSP pour s'insurger de la façon dont sont traités les TAP lorsqu'ils sont attendus dans les camions.
- Par ailleurs, pour la population, la vue des ambulances stationnées au coin de la rue leur donnerait un plus grand sentiment de sécurité.

Représentant de la CAUREQ

- Avant le lancement des projets pilotes, la centrale ne faisait pas de déploiement dynamique des ambulances. Elle ne disposait pas de cartographie informatique et ne pouvait donc pas repérer les véhicules ambulanciers sur une carte animée.
- Il a donc fallu chercher à savoir comment le positionnement des ambulances se faisait dans d'autres endroits.
- Ils ont fait un découpage manuel des territoires desservis à partir des numéros civiques des endroits. C'est à partir de ce découpage manuel qu'ils positionnent les ambulances. Et donc si un accident survient sur la route, ils utilisent les cartes manuelles du territoire pour guider les ambulances.
- Le système de communication étant également déficient dans la région de la Gaspésie, il leur est difficile de communiquer avec les ambulanciers. C'est une des raisons pour laquelle, ils ne peuvent pas faire du déploiement interzone de toute la flotte ambulancière. Chaque ambulance reste dans sa zone.
- « Le système de répartition des ambulances a été en rodage pendant une bonne partie de la première année d'implantation, mais il s'améliore néanmoins progressivement ».
- Du lancement du projet jusqu'en septembre 2008, le système de répartition était peu fiable. Mais depuis septembre 2009, ils arrivent à mieux gérer le déploiement des ambulances avec le système.

Données de Baie-Comeau

Répondant régional

Raisons

- L'agence de la santé et des services sociaux de la Côte-Nord a été interpellée sur la problématique de transformation des horaires de travail des TAP au cours d'une présentation faite par le syndicat régional de la CSN et les représentants de la RETAQ (syndicat provincial).
- Parallèlement, un mouvement existait au niveau provincial pour transformer les horaires de travail afin d'améliorer le temps de réponse des interventions ambulancières et les conditions de vie des TAP.
- À l'automne 2007, l'agence a été informée par le MSSS qu'ils allaient devoir implémenter des projets pilotes.

Déroulement chronologique

- En 2007, soumission par la CSN régional au comité Gauthier d'un projet de transformation des horaires de travail des TAP.
- Préparation par l'agence d'un document en juin 2007 pour faire suite aux propositions émanant du document soumis par le syndicat des TAP.
- Publication du rapport du comité Gauthier à l'automne 2007
- Après la réception de la lettre officielle du MSSS demandant à l'agence d'implanter les projets pilotes, un comité fut ainsi formé en janvier 2008. Ce comité réunissait les représentants de l'agence de la santé, de la compagnie ambulancière, la centrale de communication santé (la CAUREQ) et les syndicats de TAP.
- Le comité avait pour but de préparer les différents paramètres d'implantation du projet pilote (entente de gestion, stratégies de recrutement des TAP, opérationnalisation du déploiement des ambulances sur le territoire).
- 29 septembre 2008 : désignation de la date de début officiel de l'implantation du projet pilote.

Horaires modifiés

- Deu
x horaires de faction 7/14 et un horaire à l'heure de 12 heures 7 jours par semaine, en 5
horaires de 12 heures 7 jours par semaine et un horaire de 8 heures, 5 jours par semaine,
donc rajout de 40 heures supplémentaires de couverture dans la zone.
- La
transformation des horaires a été effective à partir de la date de début du processus
d'implantation, donc le 29 septembre 2008.

TAP requis

- Il y a eu le recrutement de nouveaux TAP. Mais l'agence n'a pas été en mesure de savoir exactement le nombre de TAP recrutés par la compagnie ambulancière. Une demande avait été adressée par l'agence à la compagnie ambulancière pour qu'elle leur transfère la liste de tous les TAP disponibles pour le projet pilote. Cette demande n'avait pas été satisfaite par la compagnie ambulancière.
- L'agence estime néanmoins qu'au début du processus d'implantation, la compagnie ambulancière ne disposait pas du nombre requis de TAP pour lancer le projet pilote. Le problème des ressources aurait toutefois été réglé depuis la sortie de la cohorte de TAP formé dans un des CEGEP de la région. Cohorte de formation qui avait été initié au début du processus d'implantation du projet pilote.
- Les formations continues des TAP pour le maintien des compétences n'ont pas pu être réalisées pendant la période d'implantation des projets pilotes.
- Un des représentants de l'agence exprime des inquiétudes quant à la capacité des différentes catégories de TAP de suivre adéquatement le processus de formation continue des TAP en cas d'extension des projets pilotes. En effet, en cas d'extension des projets pilotes dans d'autres zones ambulancières, la formation de nombreux nouveaux TAP sera nécessaire pour combler le besoin qui se fera ressentir. Actuellement, les nouveaux TAP qui sont recrutés pour les projets pilotes ont un AEC et sont formés pendant 9 mois. Parallèlement à cette formation accélérée, il existe également d'autres formations pour les TAP qui sont plus longues, le DEC, qui dure près de trois. Par conséquent, on se retrouve actuellement avec trois catégories de TAP en exercice. Les plus anciens qui n'ont bénéficié que d'une formation sommaire, ceux qui sont formés pendant 9 mois et qui disposent d'un certain bagage de connaissance et ceux qui sont formés pendant 3 ans. La capacité d'acquisition de nouvelles connaissances liées à l'évolution de la profession de TAP ou de maintien des compétences est différente pour chacune de ces catégories. Les responsables de la formation des TAP trouvent que ceci est un autre défi qu'il va falloir adresser en cas d'extension provinciale des projets pilotes.

Déploiement dynamique

- Définition des points d'attente prioritaires avec la CAUREQ selon la densité de la population et le pourcentage d'appels primaires.
- Déploiement interzone réalisé.
- Couverture prioritaire du secteur de Mingan et couverture secondaire des deux autres secteurs couverts par le projet pilote.

Financement

- Obtention du financement prévu par le MSSS pour l'implantation du projet pilote.
- Financement additionnel pour l'implantation du projet pilote a été également obtenu auprès du MSSS.

Nouveaux matériels, équipements et ambulances

- Aucun nouveau matériel n'a été acquis pour l'implantation du projet pilote.
- Toutefois, de nombreuses démarches ont été effectuées par la compagnie ambulancière pour mettre un 4^{ème} véhicule ambulancier en service afin de faire face aux déplacements prolongés des véhicules ambulanciers vers l'aéroport ou vers d'autres secteurs éloignés de la région. Ce 4^{ème} véhicule permettrait également de déplacer le 8 heures de couverture additionnelle du projet pilote vers le jour et non le soir où les besoins en services ambulanciers sont moins importants.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- « L'implantation du projet pilote a commencé dans un climat tendu ». À la première rencontre du comité, une demande d'une quatrième ambulance avait été adressée à l'agence qui n'avait pas été en mesure de donner suite à cette demande à cause des contraintes budgétaires.
- Par la suite, les relations tendues entre les représentants syndicaux et la centrale de communication santé ont conduit à l'arrêt des rencontres du comité régional.
- Durant tout le processus d'implantation, le comité ne s'est réuni que deux fois « la venue de nouvelles personnes qui représentaient le syndicat national des TAP a été un des éléments qui a rendu difficile la bonne marche du comité régional d'implantation des projets pilotes ».
- C'est dans ce contexte de communication limitée entre l'agence et ses partenaires que l'agence de la santé avait décidé d'entreprendre une tournée à l'automne 2009 pour rencontrer les TAP de la région. Cette rencontre devait permettre de relancer les TAP afin qu'ils participent aux séances de formation et de maintien des compétences.
- Au niveau de l'agence aussi, il y a eu le départ de certaines personnes ressources qui assuraient entre autres la coordination des activités préhospitalières, mais aussi la formation des TAP.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La plupart des TAP sont contents des nouveaux horaires de travail.
- Les difficultés qu'il y a, c'est au niveau du déploiement dynamique. Les TAP estiment que la CAUREQ manque d'expertise, d'équipement et de personnel pour faire un déploiement dynamique efficace des ambulances.
- Certains TAP déplorent aussi le retard accusé dans l'octroi des formations aux TAP.

Suffisance des ressources

- Le MSSS leur a fourni les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet.

Influence de l'environnement

- Ni la population, ni le milieu politique n'a sollicité l'agence durant l'implantation du projet pilote. Ce sont les autres zones ambulancières de la région qui réclament aussi l'implantation d'horaires à l'heure pour offrir de meilleurs services à la population. Ces zones ambulancières (Sept-Îles ou encore Port-Cartier) auraient les mêmes caractéristiques géographiques et démographiques que Baie-Comeau. Les journaux de la région font fréquemment état du projet pilote de Baie-Comeau pour justifier la pertinence d'étendre le projet pilote dans d'autres zones ambulancières.

Intérêts des acteurs

- Entreprises ambulancières : L'agence estime que la compagnie ambulancière reçoit beaucoup de ressources financières pour un service non équivalent. Elle estime que les procédures de reddition des comptes de la compagnie ambulancière vis-à-vis de l'agence de santé ou du MSSS n'est pas assez rigoureuse. Les représentants de l'agence déplorent l'absence de mécanismes efficaces qui aurait permis de faire plus de pression pour amener la compagnie ambulancière à respecter les différents termes du contrat qui les lie.

Effets du projet pilote

- Avec l'implantation du projet pilote, le représentant de l'agence est sûr que l'on va objectiver une nette amélioration du temps de réponse global des interventions ambulancières,
- Cependant, il y a un certain questionnement sur l'amélioration du temps de réponse pour les cas où la rapidité de l'intervention ferait une différence sur l'issue clinique de l'utilisateur. Étant donné la quantité d'argent mis dans le projet pilote, les représentants de l'agence s'interrogent sur la valeur ajoutée du projet pour les cas urgents et qui proviennent d'endroits éloignés des points d'attente « lorsqu'un usager se trouve à près de 30 mn du point d'attente, ce ne serait pas les 5 ou 10 mn de sauvées par le passage de la faction à l'heure qui ferait la différence sur l'issue clinique ».
- La population desservie de Baie-Comeau semble satisfaite et sécurisée par la présence des ambulances au coin de la rue. Elle sollicite souvent les ambulanciers pour leur demander des conseils surtout avec de la difficulté d'accessibilité à d'autres ressources professionnelles.

Propriétaires de la compagnie ambulancière

Raisons

- Le projet pilote pour la transformation des horaires de travail des TAP provient d'une proposition syndicale, ce qui a conduit à la mise en place du comité Gauthier.

Déroulement chronologique

- Fin 2007 : annonce de l'implantation des projets pilotes par le MSSS.
- Par la suite, mise en place d'un comité directeur constitué de l'agence de la santé, les syndicats, le patronat et la centrale de communication santé. Le mandat de ce comité était de préparer et d'accompagner l'implantation du projet pilote.
- Décision prise par le comité pour commencer le projet pilote en septembre 2008.
- Entre septembre 2008 et le printemps 2009, recherche de TAP à l'extérieur de la région pour couvrir les horaires prévus par le projet pilote.

Ressources humaines

- Le recrutement des TAP a été plus difficile au début du processus d'implantation.
- En plus des TAP recrutés à l'extérieur de la région, ils ont également sollicité l'initiation d'un AEC dans un CEGEP de la région pour combler les besoins en TAP.

Déploiement dynamique

- Définition des points (distance ou étendue) d'attente prioritaires des ambulances au niveau du comité lors de la rencontre préparatoire.
- « Mais le déploiement ne se fait pas très bien. La CAUREQ n'est pas bien équipée. Les répartiteurs ne peuvent pas savoir en temps réel le positionnement des ambulances. Et ils sollicitent assez souvent les TAP pour les aider pour le positionnement des ambulances. Or, un mot d'ordre syndical a été envoyé aux TAP pour ne pas qu'ils interviennent dans le travail de la centrale pour la répartition des ambulances ».

Financement

- Obtention du financement prévu par l'agence de santé. Mais ils ont fait plusieurs fois des demandes auprès de l'agence pour qu'ils obtiennent un quatrième véhicule afin de mieux couvrir le territoire desservi. Il s'agirait juste d'un montant additionnel de 20 ou 25 000 \$ pour rajouter une nouvelle ambulance, mais l'agence estime qu'ils n'ont pas les fonds nécessaires pour cela.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- « Il y a un climat qui n'est pas très sain pour l'implantation du projet pilote. Il y a des difficultés avec l'agence, mais aussi avec les syndicats ». L'agence ne veut non seulement pas accéder à la demande de rajout d'une nouvelle ambulance, mais il y a aussi toute la question du paiement des horaires pour la formation des TAP. La compagnie ne peut pas payer pour la libération des TAP pour les formations surtout encore à cause de nombre plus important de TAP, or l'agence estime que le paiement de la formation des TAP n'est pas de son ressort. Avec le syndicat, ces derniers veulent mettre en place un comité de relation de travail pour qu'ils puissent exprimer leur revendication notamment pour le paiement des repas.
- L'accompagnement de l'agence de santé dans le processus d'implantation a été limité « Il n'y a pas eu de suivi du processus. Il n'y a qu'une ou deux réunions de réaliser depuis le début des projets pilotes ».

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La plupart des TAP sont intéressés par le projet pilote « Sur les 22 TAP, il y a juste deux qui aiment travailler en faction ».

Influence de l'environnement

- La première année d'implantation du projet pilote, il y a eu beaucoup de bris mécaniques à cause du grand froid. Il a fallu installer des chaufferettes supplémentaires dans les ambulances pour faciliter l'attente dans les véhicules.

Effets du projet pilote

- Le temps de réponse a été amélioré. Mais en améliorant le travail de la centrale, on aurait pu avoir un meilleur temps de réponse.
- Le projet a permis de recruter de nouveaux TAP et de faire passer certains qui était à temps partiel au statut de temps complet (S'acheter une maison et s'installer plus confortablement).

TAP

Raisons

- Les appels sont plus importants à Baie-Comeau surtout avec l'existence de nombreux transferts par avion.

Déroulement chronologique

- Début du projet pilote le 29 septembre 2008.

Ressources humaines

- « Le projet pilote est venu avec beaucoup de nouveaux TAP, donc il fallait s'adapter. Il y a 10 jeunes qui sont rentrés en même temps..... »

Déploiement dynamique

- Le déploiement dynamique est difficile avec la CAUREQ surtout au début. Les répartiteurs ne connaissent pas très bien le territoire.
- La centrale a du mal à gérer les fins de quarts et les prises de repas des TAP.
- Parfois, ce sont eux (les TAP) qui prennent la décision entre eux d'envoyer l'équipe la plus proche pour répondre à un appel de la centrale.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Au début de l'implantation du projet pilote, les gens se sentaient insécures. C'était tout un changement de rester assis dans les ambulances pendant 12 heures de temps.
- Avec le déploiement dynamique, ils n'ont pas le droit de sortir à deux de l'ambulance, et ce, même pour prendre un café. Ils sentent que leur liberté est restreinte avec le projet pilote. Les TAP vivent très mal cette situation.
- L'environnement de travail au sein de la compagnie n'est pas très bon. Ils ont demandé à plusieurs reprises la mise en place d'un comité de relation au travail, mais l'employeur n'a jamais voulu accéder à la demande.

Effets du projet pilote

- Avec le projet pilote, ils se sentent plus rapides à intervenir. C'est une évidence que le temps de réponse est meilleur « Les TAP arrivent maintenant avant les pompiers et les policiers ».
- En étant sur les 12 heures à l'heure, ils se sentent capables à présent de réussir une réanimation. Ce qui n'était pas le cas avant, parce qu'ils arrivaient toujours lors qu'il était déjà tard et inutile d'intervenir.
- « La plupart des TAP préfèrent ce type d'horaire. Il n'y a que 25 % qui n'aiment les horaires à l'heure et c'est généralement les personnes plus âgées qui ont déjà leur famille de composer ».
- « Il y a moins de chicanes avec la population parce qu'ils sont arrivés en retard »

- Le projet vient aussi avec une stabilité d'emploi pour les plus jeunes. Également, il y a un établissement dans la région de TAP qui étaient à temps partiel et qui, avec les projets pilotes sont passés au statut de temps plein.
- « Avec ces horaires, on est en mesure d'avoir une vie normale, on ne peut plus quitter en plein milieu d'un repas »
- « Le projet pilote est un grand avantage pour la compagnie ambulancière. L'employeur a tout intérêt à avoir ce projet ».
- Les difficultés du projet pilote se trouvent dans l'attente et les conditions d'attente dans les camions et les retards de formation, «il y a des TAP qui ont des retards de formation qui datent de 2007 ».

Représentant syndical

Raisons

- La démarche du syndicat a commencé au début des années 2000 à cause de la surcharge de travail des TAP et l'existence de découverte. À Baie-Comeau, il y a beaucoup de transferts par avion de patients vers d'autres hôpitaux de la province.
- Ils ont fait du dossier un enjeu national. Ils ont fait signer plusieurs pétitions par la population et les conseillers municipaux pour amener le MSSS à initier les projets pilotes.

Déroulement chronologique

- Début du projet en septembre 2008 et il n'y a pas eu de manque de main-d'œuvre. Les syndicats et la compagnie ambulancière avaient réussi à trouver les TAP nécessaires pour commencer le projet pilote.

Déploiement dynamique

- La CAUREQ n'est pas en mesure de faire la gestion dynamique de la flotte ambulancière. Elle le laisse à la charge des TAP « Les répartiteurs de la CAUREQ veulent que les TAP les aide, mais c'est à eux de faire le déploiement efficace des ambulances, notamment les sorties repas et les remplacements ».
- « La CAUREQ fait beaucoup d'erreurs dans le déploiement surtout dans les débuts et fin de quarts de travail ».
- Ils n'ont pas l'équipement et les ressources humaines nécessaires pour faire le déploiement : « Équipe 80,81,82, y a un appel, c'est laquelle la plus rapide..... ».
- Ils ont demandé à l'agence de santé, l'autorisation de faire circuler un 4^{ème} véhicule pour avoir une meilleure couverture, mais cela n'a pas été possible!

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Globalement, en dehors de deux anciens TAP, les TAP de la région préfèrent les horaires à l'heure.
- Avec le projet pilote, ils ont pu faire trois réanimations réussies « il y a quelques jours, Francis a réanimé sa grand-mère ».
- Le projet pilote leur permet de mettre en pratique les protocoles de prise en charge et d'administration des médicaments qu'ils ont maintenant à leur disposition.

Dynamique de collaboration

- Avec l'agence de santé, ils n'ont pas eu beaucoup de rencontres de suivi du processus d'implantation. L'absence de ces rencontres fait que certaines décisions sont prises sans même que l'agence ne soit au courant (décalage des heures de début et de fin de quarts).
- Ils déplorent le fait que l'agence n'exige pas à la CAUREQ de faire davantage que c'est qu'elle fait actuellement pour le déploiement dynamique.

- Toutefois, les représentants des syndicats sont satisfaits des relations de travail qu'ils ont avec l'employeur.
- Il y a l'enjeu lié au manque de formation des TAP. Ils estiment que les TAP devraient être payés pour ces formations et que l'agence et la compagnie devraient trouver la solution pour que les formations soient effectuées le plus rapidement possible.

Ancien directeur médical de l'agence de santé

Effets du projet pilote

- Avec la revue des dossiers des usagers transportés au service de traumatologie, il constate une meilleure prise en charge « Il y a davantage de rigueur dans la prise en charge des usagers ».
- Les patients ne se plaignent plus trop comme avant du retard de l'ambulance. Avant, il entendait régulièrement des frustrations de la part des usagers ou de leurs proches.
- Il a l'impression aussi que la vue des ambulances rend la population mieux sécurisée et mieux desservie.
- « Le déploiement dynamique a favorisé le temps de réponse pour le secteur de deuxième priorité qui était plus éloigné de la caserne de la compagnie ambulancière ».
- Avec la venue de jeunes TAP, ils constatent que les échanges et les apprentissages sont beaucoup plus faciles « ces dernières années, la profession de TAP a beaucoup évolué. De simples transporteurs de malades, ils sont devenus des professionnels qui administrent même des médicaments ».
- La synergie de tous ces éléments avec les projets pilotes a grandement permis d'améliorer la qualité des soins à la population.
- Toutefois, la dynamique de collaboration entre l'agence et l'employeur ne favorise l'amélioration et le maintien des compétences des TAP. Il trouve regrettable que l'employeur (la compagnie ambulancière) n'ait aucune responsabilité sur la qualité des soins qui reste du ressort de l'agence. Or l'agence n'a pas non plus une grande marge de manœuvre pour amener la compagnie ambulancière à remplir les différentes clauses du contrat qui les lie. « Un meilleur encadrement de cette relation pourrait certainement accroître la fonctionnalité des services préhospitaliers ».
- Le départ de certains membres de l'équipe du service préhospitalier au niveau de l'agence n'a pas non plus aidé le processus d'implantation. L'équipe de l'agence n'est pas très bien fournie et dotée pour assurer le rôle de leadership dans la conduite du processus d'implantation du projet pilote.

Données de Portneuf

Répondant régional

Raisons

- La demande pour l'implantation des projets pilotes provient d'une démarche syndicale. C'est le syndicat de TAP qui a envoyé une proposition de transformation des horaires au comité Gauthier qui, au départ, était mis en place pour l'amélioration de la formule Tremblay.
- Après le dépôt des demandes au comité Gauthier, l'agence de la santé a été sollicitée pour aller présenter des suggestions pour accroître la faisabilité des transformations proposées par le syndicat des TAP.
- L'agence était en accord avec le but de la démarche pour l'amélioration du temps de réponse. Mais elle questionnait la problématique du maintien de la qualité des soins. Car contrairement à la Gaspésie et à la Côte-Nord qui sont des territoires linéaires, celui de Portneuf est carré. Il existe donc plusieurs routes secondaires qui lient les différentes zones et qui sont entretenues moins régulièrement lors des périodes de mauvais de temps.

Déroulement chronologique

- Mise en place du comité directeur après la publication du rapport Gauthier à l'automne 2007. Ce comité est composé de l'agence de santé, les représentants des compagnies ambulancières, les syndicats de TAP et la CCS.
- À la première rencontre du comité, il y a eu une présentation des recommandations du rapport Gauthier. Mais dès cette première rencontre, deux des quatre compagnies ambulancières impliquées dans le processus n'étaient pas en accord avec les paramètres de conception du projet pilote.
- Les autres rencontres du comité qui ont suivi servaient à la préparation des protocoles de répartition des ambulances, la gestion dynamique de la flotte ambulancière (prise de repas, début et fin de quarts).
- Le choix fait par le comité pour le début officiel du projet pilote était le 22 juin 2008.
- Après le démarrage du projet pilote et en cours d'implantation, il y a eu quelques difficultés liées à la disponibilité de salles de bains à certains points d'attente des ambulances. L'agence de santé a ainsi investi un certain montant d'argent (environ 10 000 \$/an) pour faire face à ces difficultés.

Horaires modifiés

- À la date du lancement du projet pilote, il y a eu une implantation intégrale des horaires qui étaient proposés.

TAP requis

- Tel que conçu, le projet pilote de Portneuf ne nécessitait pas un rajout important de TAP. Pour l'ensemble du projet pilote, seuls 4 TAP temps plein additionnels étaient requis. Ces postes ont pu être comblés avec les TAP qui étaient déjà présents dans la région et qui travaillaient avec le statut temps partiel.

Déploiement dynamique

- Étant donné que la CCS des Capitales est celle qui couvre aussi le territoire de Québec qui est déjà en mode déploiement dynamique, la CCS avait donc une expérience antérieure dans le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers.
- Utilisation de Google Map pour définir les points d'attente prioritaires selon le volume d'appels et le principe de la gestion de risque « On met le véhicule là où il y a le plus d'appels ».
- Le déplacement de certaines ambulances des zones où elles restaient avant le projet pilote a créé certains problèmes, comme ce fut le cas pour l'ambulance de Saint-Ubalde et une des ambulances de Sainte-Catherine.
- L'ambulance de Saint-Ubalde fut déplacée plus au sud du territoire desservi, laissant ainsi toute une partie du territoire (où le volume d'appels est néanmoins moins important) loin d'une ambulance disponible.
- Pour Sainte-Catherine, avec la mise en place d'un horaire Coreflex, l'ambulance reste en inactivité pendant 8 heures de temps.
- Certains TAP, surtout ceux des deux compagnies qui étaient en désaccord avec les paramètres de conception du projet pilote, ont du mal à s'accorder avec les principes du déploiement dynamique, parce qu'ils tenaient à rester dans leur zone d'origine pour qu'ils puissent y manger.

Financement

- Le financement prévu pour l'implantation du projet pilote a été obtenu sans problèmes.

Nouveaux matériels, équipements et ambulances

- Aucun nouveau matériel n'a été acquis pour l'implantation du projet pilote.
- Toutefois, une ambulance qui servait de mulet a été équipée d'un moniteur-défibrillateur en cours d'implantation du projet pilote.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- La résistance de deux compagnies ambulancières depuis l'initiation du projet a été la principale difficulté rencontrée durant tout le processus d'implantation.
- Leur implication dans les discussions du comité ne s'est pas faite de façon positive.
- Il y a toujours eu une tension au niveau du comité, tensions entretenues par ces deux compagnies ambulancières. « Mais une des compagnies a été vendue et dans l'autre compagnie, l'implication du propriétaire a considérablement diminué. Ces deux faits devraient permettre d'améliorer le climat de travail pour l'implantation ».

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La majorité des TAP sont favorables au projet pilote.
- Mais il y a des difficultés avec les TAP des deux compagnies ambulancières en désaccord avec le projet pilote et plus particulièrement avec les TAP de la compagnie ambulancière où l'horaire Coreflex a été implanté.

Suffisance des ressources

- Le MSSS a fourni les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet.

Influence de l'environnement

- Avant l'implantation du projet pilote, l'agence de la santé avait senti une certaine pression de la part du MSSS pour que le projet pilote soit lancé assez rapidement pour que la région de Québec serve d'exemple pour les autres régions. Mais par la suite, le MSSS n'est pas intervenu dans le processus de mise en œuvre.
- La population de la zone de Saint-Ubalde avait sollicité l'appui de son député pour faire face au déplacement de leur ambulance pour un autre point d'attente éloigné de leur zone. Des réunions et des pétitions ont été organisées dans ce sens. Mais l'agence a tenu une réunion pour expliquer l'utilité de la démarche et depuis ces clarifications, il n'y a plus eu de réactions.
- La même démarche avait été aussi entreprise par la population de Saint-Catherine où l'ambulance restait non utilisée durant un 8 heures de temps.

Intérêts des acteurs

- Entreprises ambulancières : les deux entreprises qui n'étaient pas en accord avec les paramètres de conception du projet estiment que le projet pilote leur a enlevé des heures de couverture au profit d'autres compagnies présentes dans le territoire. Avec le déploiement dynamique, elles estiment aussi que les autres compagnies ambulancières viennent répondre à des appels dans leurs zones. Or, avant l'implantation du projet pilote, chaque compagnie ambulancière s'occupait des appels de sa zone.

Effets du projet pilote

- L'agence estime que le temps de réponse global des interventions ambulancières s'est amélioré pour la plupart des zones.
- Mais avec les chiffres qu'ils ont, ils restent néanmoins en deçà des objectifs qui avaient été fixés par le comité Gauthier.
- De plus, pour les zones de Saint-Ubalde, le temps de réponse se serait d'ailleurs allongé.

Propriétaires de la compagnie ambulancière

Raisons

- Ça faisait longtemps que le syndicat parlait des projets pilotes.
- Le projet a été monté par les représentants syndicaux de seulement deux zones ambulancières sans consulter les syndicats des autres zones ambulancières « Par exemple, le Coreflex devrait être mis au départ à Saint-Ubalde, mais les TAP de cette zone n'ont rien voulu savoir, et ils l'ont imposé à Sainte-Catherine ».
- Les représentants des compagnies ambulancières estiment qu'ils n'ont pas été impliqués dans l'initiation du projet pilote « Le projet était mal ficelé dès le début » « Si les compagnies avaient été consultées, il y aurait eu moins de problèmes ».

Déroulement chronologique

- Après la publication du rapport Gauthier, l'agence de santé a mis en place un comité pour régler certains aspects de l'implantation du projet pilote comme le positionnement des véhicules, les périodes de repas, les fins et débuts de quarts de travail des TAP.
- Ce comité s'est réuni 7 à 8 reprises. Même si la dynamique de fonctionnement du comité était plus ou moins bonne, un des représentants d'une compagnie ambulancière estime que : « les seuls écoutés dans le comité, c'était la partie syndicale ».
- Décision de commencer le pilote le 22 juin 2008.

Ressources humaines

- Il n'y a pas eu de problèmes de ressources humaines sauf dans la zone de Sainte-Catherine, où à cause de l'implantation du Coreflex, un TAP a démissionné, un autre est en congé maladie et une autre TAP a voulu prendre un congé sans solde qui ne lui a pas été accordé.

Déploiement dynamique

- Le déploiement dynamique et plus particulièrement les points d'attente désignés ne font pas l'unanimité auprès des représentants des compagnies ambulancières.
- Ceux de la zone de Sainte-Catherine estiment qu'avec le déploiement dynamique, tout l'est de leur territoire est découvert. Et avec le débordement des horaires de travail et l'application du principe des 8 heures de la CSST, il arrive souvent qu'ils n'aient pas le

personnel nécessaire pour sortir l'ambulance. Ce qui rend ainsi leur zone complètement découverte pendant la période de récupération des TAP.

- Ceux de la zone de Donnacona estiment aussi qu'avec le déploiement dynamique, ils font beaucoup de transports à vide. On leur demande souvent de faire de grandes distances pour aller couvrir d'autres territoires éloignés. L'existence de petites routes secondaires rend encore cette couverture encore plus difficile.
- Ceux de Saint-Marc-des Carrières estiment aussi que la CCS leur fait faire beaucoup de navettes pour aller couvrir d'autres territoires. Ils se font faire promener entre les points d'attente.
- La couverture du point d'attente ayant la première priorité « Pont Rouge » entraîne aussi une découverte de certaines zones « à cinq véhicules ou moins, celui de Saint-Casimir est absent, on tombe à un seul véhicule pour couvrir tout l'ouest du territoire et à 4 véhicules dans l'est.....Or à un seul véhicule pour tout l'ouest, la réponse aux appels peut être longue ».
- Avec les déplacements pour aller couvrir les points d'attente qui sont parfois éloignés des zones d'origine auxquelles ils appartiennent, les TAP estiment qu'ils sont obligés de manger très fréquemment dans les restaurants parce qu'ils n'ont pas le temps nécessaire pour retourner dans leur zone et manger dans leur caserne (les TAP disposent d'un temps de 15 mn pour se rendre à l'endroit où ils doivent manger). S'ils ne mangent pas dans les restaurants, ils sont alors obligés de conserver et de manger leur repas dans l'ambulance qui n'est pas un endroit très propre pour manger, or « dans la convention collective, c'est marqué que les TAP doivent pouvoir manger dans des endroits dits propices ».

Financement

- Les compagnies ambulancières ont obtenu le financement nécessaire au projet pilote. Toutefois, avec les nombreux déplacements à vide qu'ils effectuent et les bris mécaniques que cela entraîne, les représentants des compagnies ambulancières estiment que le financement prévu risque de ne pas couvrir toutes les dépenses liées à l'implantation du projet pilote.
- La compagnie qui pratique l'horaire Coreflex estime également que les différents paramètres liés au paiement de l'horaire Coreflex ne sont pas tout à fait clair « le Coreflex n'est pas conventionné, c'est quelque chose de nouveau au Québec, on ne sait pas comment on doit payer le temps supplémentaire effectué pendant le Coreflex..... »

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- « Il y aurait deux des quatre compagnies ambulancières qui n'ont participé comme il le fallait dans le projet pilote, elles voulaient que chacun reste dans son territoire et fasse les appels dans son territoire exclusivement ».
- Avec l'arrêt des rencontres à l'agence, il n'y a plus de cadre pour régler les problèmes du déploiement dynamique et de la prise des repas des TAP.

- Pour la prise des repas, il était question que chacune des compagnies aménage un espace commun dans sa zone pour que tous les TAP du territoire de Portneuf puissent y prendre leur repas. Mais les représentants des compagnies ambulancières ne voudraient pas faire d'investissements compte tenu que l'on reste encore dans le cadre d'un projet pilote.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Pour favoriser l'implantation du projet pilote, les TAP sont restés en attente non pas dans les ambulances, mais plutôt dans les casernes.
- Dans la zone où l'horaire Coreflex a été implanté, les TAP n'ont pas du tout bien accueilli le projet pilote. « Il y avait tellement d'insatisfaction que c'est le syndicat qui demandait l'appui de l'employeur pour que les TAP arrêtent de les solliciter à tout temps... ». Avec l'extension du projet pilote au-delà de l'année qui était initialement prévue, il y a plusieurs menaces de démissions dans cette compagnie.
- Dans les autres compagnies ambulancières, les TAP se sentent à l'aise avec le projet pilote « la majorité des TAP ne reviendra pas en arrière ». Certains représentants des compagnies ambulancières estiment que : « 80 % des TAP sont contents des nouveaux horaires, mais le c'est le déploiement dynamique qui est fatiguant à cause du fait qu'on les promène partout ».

Influence de l'environnement

- Depuis le début, les représentants du syndicat des TAP voulaient que le projet pilote marche coûte que coûte. Ils ont bénéficié de l'influence du national pour que le projet pilote de Portneuf fonctionne, et ce, même s'il y avait des résistances avec les TAP de la zone de Sainte-Catherine.

Effets du projet pilote

- Les compagnies estiment que si le temps de réponse s'est amélioré avec le projet pilote, ce serait surtout à cause du changement d'horaires et pas du tout à cause du déploiement dynamique.

TAP

Raisons

- Le projet pilote a été initié par les syndicats. Mais les TAP des zones de Donaconna et plus particulièrement ceux de Saint-Catherine n'étaient pas d'accord avec le projet pilote. Car ils considèrent que le projet pilote fait régresser leurs conditions de vie et de travail.
- « La décision de mettre le Coreflex dans la zone de Sainte-Catherine était stratégique. C'est une façon de montrer au ministère que l'horaire Coreflex ne peut fonctionner nulle part ».

Déroulement chronologique

- Début du projet pilote le 22 juin 2008

Ressources humaines

- Le projet pilote ne prévoyait pas recruter beaucoup de TAP. Mais dans la zone de Saint-Catherine, la rétention du personnel pour faire marcher le projet pilote a été plus difficile. Deux TAP temps plein sont partis à cause de l'implantation de l'horaire Coreflex.

Déploiement dynamique

- Avec le déploiement dynamique et les longs déplacements qu'ils ont à faire, les TAP ne peuvent pas retourner dans leur zone ambulancière d'origine où ils ont des casernes afin de manger. Ils ne disposent que de 15mn pour se rendre à l'endroit où ils doivent manger, or ces 15 mn sont généralement insuffisantes pour se rendre à leur caserne lorsqu'ils couvrent certains points prioritaires.
- Avec la gestion dynamique de la flotte, ils font beaucoup de déplacements d'un point à un autre « Dès qu'un véhicule ambulancier bouge, c'est toute la flotte qui bouge.....Parfois, on fait des déplacements de couverture de 45 mn, on reste en attente pendant 10 mn le temps que le véhicule qui est parti ne revienne, et on nous demande de retourner à notre point d'attente, c'est très improductif et décourageant.... »

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Les TAP qui pratiquent le Coreflex ont parfois de très longs horaires avec les débordements de fin de quarts. Et dans de telles situations, « il n'est pas facile d'avoir une vie de famille ou encore trouver une gardienne pendant 16 heures d'affilée ». Les TAP de cette zone estiment que le 7/14 était meilleur que le Coreflex.
- Les TAP qui font le Coreflex ont de la difficulté à faire payer le temps supplémentaire qu'ils font, car ce type d'horaire n'est pas inclus dans la convention collective signée entre le MSSS et les associations syndicales.
- Les conditions d'attente dans les casernes ne sont pas très aisées. Au début du projet pilote, il y avait des points d'attentes qui n'avaient pas de sanitaires par exemple.

- Lors de la conception du projet, il y a des zones qui ont gagné beaucoup d'avantages, contrairement à d'autres zones.
- Les TAP de Saint-Catherine et de Donnacona estiment qu'ils ne sont suffisamment représentés au niveau du comité de pilote du projet.
- Les compagnies ambulancières n'acceptent pas d'ouvrir leurs casernes pour les TAP qui ne sont pas de leur compagnie, ce qui rend difficile la prise des repas quand on n'est pas dans son territoire. Or à certains endroits du territoire, il n'est pas facile de trouver des commerces ouverts pendant 24 heures.
- Les TAP de certaines zones estiment aussi qu'ils n'ont pas été très impliqués et très informés de l'ensemble de la démarche par leurs représentants syndicaux.

Effets du projet pilote

- La plupart des TAP, en dehors de ceux de Sainte-Catherine, estime que la qualité de vie au travail s'est grandement améliorée avec le projet pilote. Même s'il y a des avantages et des inconvénients, ils se sentent néanmoins plus à l'aise avec les horaires à l'heure.
- Aussi, même si avec le projet pilote, il y a eu beaucoup de coupure d'heures de couverture (moins de 280 heures de couverture), ils estiment que cela n'a pas eu des grandes conséquences sur le temps de réponse ambulancier sauf dans les zones de Saint-Ubalde et de Saint-Catherine.

Représentant syndical

Raisons

- Le projet émane du syndicat régional, mais avec une participation du syndicat national aussi.
- Ils ont fait un document qu'ils ont présenté au MSSS pour expliquer la pertinence des transformations qu'ils proposaient.
- L'attribution des horaires pour chacune des zones a été faite selon les paramètres établis par le comité Gauthier et c'est ce qui explique la diminution des heures de couverture.
- Les compagnies ambulancières n'ont pas été très impliquées dans la démarche. Il en est de même pour les TAP de certaines zones qui se sentaient moins interpellés par le projet pilote.
- Ils estiment qu'ils n'avaient aucun choix pour l'implantation du Coreflex. C'est une exigence du ministère que de tester l'horaire Coreflex « C'est soit un projet pilote avec le Coreflex, soit pas de projet pilote du tout ».

Déroulement chronologique

- Début du projet en juin 2008.

Déploiement dynamique

- L'application des règles et procédures de la centrale de communication santé n'a pas été facile.
- À partir de seulement cinq véhicules disponibles sur l'ensemble du territoire, il y a beaucoup de déplacements des ambulances d'un point d'attente à un autre.
- Avec le déploiement dynamique, les TAP estiment aussi qu'il leur est difficile de prendre leurs repas dans leurs zones. Et ils estiment qu'ils dépensent beaucoup d'argent à manger dans les restaurants.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- La situation des TAP de Saint-Catherine est difficile avec l'horaire Coreflex.
- À cause du manque d'échanges avec les TAP des autres zones (Donnacona et Saint-Catherine), il serait intéressant que ces derniers puissent avoir un représentant au niveau du comité de pilotage du projet.

Dynamique de collaboration

- L'arrêt des rencontres de comité organisé par l'agence n'aide pas beaucoup à l'implantation. Il n'y a plus de cadre permettant de débattre des questions qui sont apparues récemment comme la prise des repas des TAP, les points d'attente pour le déploiement dynamique et les longs déplacements pour effectuer la couverture des zones éloignées.
- Ce cadre aurait également permis de partager les informations avec les autres TAP des autres zones.

- En apportant certaines modifications pour le déploiement dynamique, l'implantation des projets pilotes serait plus facile à gérer.

PDG de la CCS des Capitales

- En dehors des TAP de Sainte-Catherine, le projet pilote avait été bien accueilli au départ par les TAP.
- Au niveau des compagnies ambulancières, il y avait des contents et des mécontents parce que le projet apportait de nouvelles ambulances et de nouveaux horaires à certains, mais en privait d'autres.
- Au bout de quelques mois, les TAP ont des difficultés d'adaptation avec les principes du déploiement dynamique « Certains se sentaient dérangés dans leurs habitudes, manger dans d'autres endroits, ne plus pouvoir faire autre chose comme lorsqu'ils étaient en faction ».
- L'identification des points d'attente et l'élaboration des protocoles de répartition se sont faites dans le cadre du comité de pilotage de l'implantation « Le principe du déploiement est bon, mais dans la pratique, chacun veut rester dans sa zone comme avant, ça ne peut marcher, c'est contraire au principe du déploiement dynamique »
- La CCSC a reçu plusieurs demandes pour changer les points d'attente, mais eux, ils estiment que les points d'attente doivent rester à l'endroit où le volume d'appels est le plus important.
- « Si on change les points d'attente juste pour permettre que chacun reste dans sa zone, c'est non seulement contraire au principe du déploiement dynamique, mais aussi, s'il arrive quelque chose, qui prendra la responsabilité..... ».

Données du Saguenay-Lac-Saint-Jean

Répondant régional

Raisons

- La volonté d'avoir des horaires à l'heure pour les TAP de la région remonte à plusieurs années, car une des zones de la région avait déjà bénéficié d'un changement d'horaire de travail de ce type. Et c'est dans ce sens qu'une proposition syndicale avait été déposée auprès du ministère pour favoriser ce changement d'horaire de travail.
- L'agence de la santé avait été plus ou moins impliquée dans cette démarche syndicale, mais les compagnies ambulancières très peu par contre.

Déroulement chronologique

- Formation du comité chargé de l'implantation du projet pilote avant la publication du Rapport Gauthier. Ce comité était constitué des représentants de l'agence de la santé, les représentants des syndicats, les compagnies ambulancières de la région et la CCSC
- 21 décembre, publication par le comité d'un document précisant les modalités d'opérationnalisation du pilote.
- Printemps 2008 : décision de faire l'implantation du projet en deux phases fut prise pour faire face au manque de ressources humaines: une première phase le 25 mai 2008 et une deuxième phase le 12 octobre 2008.
- Mais avant le démarrage, quelques modifications furent apportées aux propositions du rapport Gauthier : rajout de deux 4 heures sur les horaires annoncés à Dolbeau et à Normandin.

Horaires modifiés

- Tous les horaires initialement prévus ont été implantés.

TAP requis

- Une démarche a été faite au niveau des CEGEP de la région pour la mise en place de la formation d'une nouvelle cohorte de TAP.
- Des actions furent menées aussi par les représentants des syndicats pour que les TAP effectuent du temps supplémentaire afin de pouvoir couvrir l'ensemble des horaires proposés.
- Les compagnies ambulancières se sont également entraïdées pour faire face au manque de TAP requis pour lancer le projet pilote.

Déploiement dynamique

- Définition des points d'attente prioritaires dans le cadre des activités du comité.
- Déploiement interzone réalisé dans le sous-territoire du Saguenay et déploiement intrazone pour le sous-territoire du Lac-Saint-Jean.

- Il y avait déjà un protocole de déploiement des ambulances pour le sous-territoire du Saguenay, mais il a fallu adapter un nouveau modèle pour le sous-territoire du Lac-Saint-Jean.
- « Avec le temps, ils sont parvenus à trouver un équilibre pour le déploiement au Lac-Saint-Jean, mais pour le Saguenay, c'est toujours difficile à cause de la présence d'une compagnie qui n'est pas incluse dans le projet pilote.....En fait, cette compagnie était déjà à l'heure avant l'implantation des projets pilotes ».

Financement

- Obtention du financement prévu par le MSSS pour l'implantation du projet pilote.

Nouveaux matériels, équipements et ambulances

- Aucun nouveau matériel n'a été acquis pour l'implantation du projet pilote.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- « Depuis l'initiation du projet, chacune des parties concernées a mis du sien pour la réussite du projet »
- Au départ, certaines compagnies étaient résistantes, mais elles ont fini par embarquer aussi.
- Toutefois, une des compagnies ambulancières présente dans le sous-territoire du Saguenay ne participe pas adéquatement au déploiement dynamique. Comme cette compagnie était déjà à l'heure, elle n'était donc pas concernée par les mesures « incitatives » qui venaient avec le projet pilote et de ce fait : « les actions de cette compagnie n'ont pas été très facilitantes pour l'implantation du projet pilote ».

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Généralement les TAP ont bien accepté le projet pilote « Nous n'avons pas eu beaucoup d'échos négatifs de la part des TAP. Ceux qui aimaient mieux les horaires de faction, ont pris la décision de travailler à temps partiel afin de pouvoir faire autre chose parallèlement.... »

Suffisance des ressources

- Le MSSS leur a fourni les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet.

Influence de l'environnement

- Pour favoriser l'initiation du projet pilote dans la région, certains TAP avaient sollicité l'appui de leur député et leur maire.
- Et durant le processus d'implantation, un TAP avait écrit à l'agence pour s'insurger contre la découverte de certaines zones lors de la pratique du déploiement dynamique. « Mais il s'agissait d'une seule action et c'était juste une proposition haineuse contre l'agence de la santé»

Intérêts des acteurs

- L'ensemble des compagnies ambulancières impliquées dans le projet pilote était partante pour le projet pilote. Des réticences existaient au départ, mais ces réticences ont pu être réglées dès au départ.
- Mais l'autre compagnie ambulancière présente dans le sous-territoire du Saguenay, ne trouvant pas nécessairement son compte avec le projet pilote ne s'est pas impliquée de façon très positive.

Effets du projet pilote

- Les représentants de l'agence estiment qu'il y a eu une nette amélioration du temps de réponse aussi bien dans le sous-territoire du Saguenay que dans celui du Lac-Saint-Jean.

Propriétaires de la compagnie ambulancière

Raisons

- Il y a déjà une dizaine d'années que la zone ambulancière de Chicoutimi-Jonquière a changé ses horaires de travail de la faction vers l'heure. Et une promesse avait été faite aux autres zones ambulancières qu'elles allaient également passer à l'heure.
- Donc ils n'ont pas été surpris lorsqu'ils ont appris que des projets pilotes allaient être implantés.

Déroulement chronologique

- Après la formation du comité d'implantation, les membres du comité ont décidé que l'implantation allait se faire de façon progressive.
- Des inquiétudes existaient au niveau de deux compagnies ambulancières. Elles ont fait des démarches au niveau du MSSS qui leur a assuré un accompagnement si le besoin se faisait sentir. Le MSSS a également autorisé par la suite le rajout de deux 4 heures dans les horaires initialement prévus par les recommandations du rapport Gauthier.
- Début de l'implantation le 25 mai 2008 et le 12 octobre 2008.

Ressources humaines

- « Avec le nombre de TAP qui était requis pour le pilote, il a fallu que chacun fasse davantage pour que ça fonctionne »
- Il a fallu recruter à l'extérieur et solliciter également la formation de nouveaux TAP.
- La sortie de cette nouvelle cohorte a permis de faire face aux difficultés associées à la disponibilité du nombre requis de TAP.

Déploiement dynamique

- Les points d'attente ont été définis en fonction de la disponibilité des salles de bain, les distances à parcourir et le volume des appels.
- L'attente des TAP s'est fait faite dans les camions et non dans les casernes.
- La méconnaissance de la géographie du sous-territoire du Lac-Saint-Jean par les répartiteurs de la CCS a rendu la période de début de l'implantation du projet pilote relativement difficile.
- Étant donné la grandeur des distances qui séparent les zones dans le sous-territoire du Lac-Saint-Jean, c'est un positionnement stratégique des véhicules ambulanciers qui a été réalisé. Donc chaque véhicule reste en attente dans sa zone d'origine.
- Pour le territoire du Saguenay, c'est un déploiement dynamique interzone qui est pratiqué. « Mais il y a des difficultés pour s'entendre sur la couverture des zones avec l'autre compagnie ambulancière qui est certes sollicitée dans le déploiement dynamique, mais qui n'est pas directement impliquée dans le projet pilote ».

Financement

- Obtention du financement prévu par l'agence de santé.
- Toutefois, trois compagnies ambulancières estiment que les frais octroyés par le projet pilote sont insuffisants pour couvrir les bris mécaniques (sièges usés, batteries, poignet) occasionnés par le déploiement dynamique notamment la présence continue des TAP dans les ambulances.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- Le climat d'échange entre les compagnies ambulancières surtout ceux du Lac-Saint-Jean a été très positif pour l'implantation des projets pilotes « Y a une belle entente entre les compagnies, ce sont toutes des entreprises familiales et les gens se connaissent depuis qu'ils sont tout jeune ». « Le projet pilote a été un projet rassembleur, car il n'est pas courant de voir toutes les compagnies ambulancières et les syndicats de s'asseoir et de discuter autour de la même table ».
- La collaboration des deux entreprises du Saguenay est restée quant à elle limitée et le représentant de la compagnie ambulancière estime que : « l'agence de la santé aurait pu jouer un rôle plus déterminant pour régler les problèmes entre ces deux compagnies ».
- Un autre représentant d'une compagnie ambulancière mentionne que l'agence devrait faire des rencontres plus régulières pour discuter de certains enjeux qui apparaissent parfois en cours d'implantation.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Il y a eu une période d'adaptation avec le déploiement des véhicules, mais en général les TAP perçoivent bien le projet pilote.
- Avec le projet pilote, la cadence de travail a changé pour les employés. Certains le voient plus positivement alors que pour d'autres, surtout les plus anciens, le projet pilote a été tout un changement dans leur vie
- également avec le déploiement, les TAP perçoivent la centrale comme « la police » et il y a eu quelques frictions entre les répartiteurs de la centrale avec les TAP.
- L'attente des TAP dans les ambulances durant 12 heures dans les différentes zones du lac où les appels ne sont pas très importants est néanmoins difficilement vécue par les TAP.

Influence de l'environnement

- La population d'une des zones du Lac a eu entreprendre des démarches auprès de la municipalité et de la compagnie pour exprimer leur désapprobation pour le déplacement de leur ambulance, à certaines heures, pour un point situé à mi-parcours d'une autre zone à couvrir pour faire face à cette désapprobation. Il a fallu organiser quelques rencontres pour expliquer à ces personnes la logique sous-jacente au déploiement des véhicules à certains points stratégiques pour avoir une couverture optimale de la zone.

Effets du projet pilote

- Le projet pilote a permis d'améliorer les services fournis à la population ainsi que la qualité de vie des ambulanciers.
- Le temps de réponse est plus rapide et la population se sent plus sécurisée par la présence des ambulances.

TAP

Raisons

- Depuis l'implantation des horaires à l'heure dans la zone de Chicoutimi, tous les TAP attendaient les projets pilotes. « Avant ils avaient la formation nécessaire, mais ils n'arrivaient jamais à intervenir....Maintenant c'est gratifiant de pouvoir appliquer ce que nous avons appris ».

Déroulement chronologique

- Début du projet pilote en deux phases : mai et octobre 2008.

Ressources humaines

- Le projet pilote a envoyé beaucoup de nouveaux jeunes. Il y a eu beaucoup de mouvements du personnel.
- Au début il était difficile de combler toutes les heures, il fallait faire du temps supplémentaire.

Déploiement dynamique

- Avec le déploiement, ils se déplacent beaucoup par rapport à avant et ils se retrouvent à attendre dans des zones où il n'y a pas grand-chose surtout la nuit, mais ils font avec...

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Avec l'évolution de la profession de TAP, ils se sentent beaucoup mieux de savoir qu'ils vont commencer et finir à une heure bien précise.
- « Quand un appel entre, ils sont moins stressés....on fait ce que l'on à faire....on n'a pas à se dépêcher comme avant lorsqu'on venait de chez nous ». « En faction, même en prenant une douche, tu te demandes si ça va sonner..... »
- Avec la venue des jeunes, il y a une belle dynamique dans l'apprentissage. Les jeunes connaissent bien la théorie et les plus anciens ont l'expérience.
- L'horaire Coreflex qui est pratiqué au Lac Bouchette n'est pas l'idéal, mais c'est bien mieux que l'horaire de faction 7/14. L'inconvénient de cet horaire est le délai que l'on a dans la réaction au moment où le véhicule est en faction.
- « Avec l'horaire à l'heure, le plus important c'est de bien s'entendre avec son coéquipier et de savoir s'occuper pendant les attentes ».

Effets du projet pilote

- Avec le projet pilote, ils se sentent plus rapides à intervenir. C'est une évidence que le temps de réponse est meilleur « Hier j'ai pu intervenir en 3 mn.....avant le pilote, ils n'arrivaient jamais à intervenir avant 10 ou 20 mn après la réception de l'appel ».
- « Les TAP sont passés de zéros à héros avec le pilote.....En faction, c'est du secourisme qu'ils faisaient, ce n'était pas un service d'urgence ».
- Avant ils arrivaient toujours après les policiers aux endroits d'appel, mais avec le projet pilote, ils sont les premiers à arriver.
- Avant le projet pilote, la population hésitait de les déranger la nuit parce qu'elle savait que les TAP étaient chez eux en attente et les gens estimaient parfois qu'ils seraient plus rapides que l'ambulance.
- Pour la vie sociale, le travail à l'heure est bien plus intéressant que le travail en faction « Avec le projet pilote, j'ai commencé à vivre..... ».
- Il y a également un sentiment de sécurité de la part de la population. Les TAP reçoivent beaucoup de commentaires positifs pour leur présence.

Représentant syndical

Raisons

- Les projets pilotes ont été initiés pour améliorer le temps de réponse et les conditions de vie des TAP

Déroulement chronologique

- Début du projet en deux phases : mai et octobre 2008.

Déploiement dynamique

- La difficulté du déploiement se trouve entre les deux compagnies du Saguenay. Les couvertures pendant les appels ou les périodes de repas se font difficilement entre les deux compagnies.
- La CCSC envoie semble-t-il systématiquement les ambulances de la compagnie SLN pour couvrir les territoires.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Les TAP sont globalement satisfaits du projet pilote. Avec la présence d'une autre compagnie de la région qui était déjà à l'heure, les projets pilotes ont permis aux autres TAP de sentir eux aussi valorisés « Des mythes et des barrières entre les TAP sont tombés avec la venue des projets pilotes ».

Dynamique de collaboration

- La collaboration entre les deux compagnies et les relations avec la CCSC n'est pas optimale.
- Et c'est à cause de ses relations difficiles que les réunions du comité ont été arrêtées en janvier 2009 soit quelques mois après le démarrage du projet pilote. Par la suite, les différentes réunions qu'il y a eu ne réunissaient pas tous les acteurs en même temps.

Directeur médical de l'agence de santé

Effets du projet pilote

- Il y a une perception plus positive de la population à l'égard des services ambulanciers
- Les TAP font et réussissent plus de chocs électriques qu'avant. Ils font également des gestes qu'ils ne faisaient pas avant.
- Il a appris que pour le secteur de la Baie, les ambulances arrivent maintenant avant les policiers.

Données de Chapais-Chibougamau

Répondant régional

Raisons

- La région du Nord-du-Québec est un très grand territoire.
- Il couvre près de 25% du Québec et les distances à parcourir pour offrir des services préhospitaliers sont longues
- Il y a également une faible exposition des TAP

Déroulement chronologique

- En 2007, après avoir appris au cours d'une réunion au ministère que des projets pilotes allaient être déployés, l'agence de la santé de la région a décidé de soumettre une demande pour l'obtention d'un projet de transformation des horaires de travail des TAP.
- Après la publication du rapport Gauthier, la décision fut prise à l'agence pour commencer l'implantation du projet pilote le 1^{er} avril 2008.

Horaires modifiés

- Transformation de deux horaires de faction 7/14 en deux horaires de faction 5/14 incluant 8 heures de blocs de garde à l'heure par semaine.

TAP requis

- Pour combler les besoins en ressources humaines à l'initiation du projet pilote, ce sont les TAP de la zone du Parc de Chibougamau qui ont été sollicités pour couvrir les heures des zones de Chapais et Chibougamau.
- Par la suite, une formation de TAP a été lancée au CEGEP de la région pour fournir le nombre requis de TAP.

Déploiement dynamique

- Dans ce territoire, il n'y a pas eu de déploiement dynamique à la suite de l'implantation du projet pilote.
- Il y a deux ambulances pour couvrir la zone de Chapais et Chibougamau. Chaque ambulance reste en attente dans une zone.
- Lors des périodes de garde de 4 heures, l'ambulance reste en attente le long de l'allée principale de chaque zone. La définition des blocs de garde s'appuie sur les données qui permettent d'apprécier les pics d'achalandage des appels. Au départ, les blocs de garde étaient remis à jour tous les 6 mois, mais à présent cette remise à jour devrait être effectuée tous les 3 mois.
- Et lors de la période de faction, les ambulances sont stationnées dans la caserne de la compagnie ambulancière.

Financement

- Pour cette région, le financement du projet pilote au cours de la première année était assuré par l'agence de la santé. Ce financement a donc été obtenu.
- Pour la deuxième année d'implantation du projet pilote, c'est le ministère qui a assuré le financement. Le montant qui était initialement prévu a été dépassé, mais le ministère a payé le surplus nécessaire.

Nouveaux matériels, équipements et ambulances

- Aucun nouveau matériel n'a été acquis pour l'implantation du projet pilote.
- Toutefois, des démarches ont été effectuées par la compagnie ambulancière pour qu'une deuxième ambulance soit mise en service dans la région de Chibougamau, où le nombre d'appels est bien plus important. Ceci serait nécessaire pour pallier les absences prolongées de l'ambulance lorsque des appels nécessitant de longs déplacements sont effectués.

Intégration clinique des TAP

- Les pratiques interdisciplinaires qui étaient prévues entre les TAP, les infirmières et les inhalothérapeutes ont été réalisées juste au début du projet pilote. Le nombre total d'heures de pratiques interdisciplinaires réalisé depuis le début de l'implantation du projet pilote est de 10.5 heures. Les personnes impliquées dans la réalisation des pratiques au niveau hospitalier trouvaient que la préparation des pratiques était dure. Le fait aussi que ces pratiques pouvaient être annulées à cause de la non-disponibilité des TAP (répondre à un appel urgent) a semble-t-il été un autre facteur qui explique la non-poursuite des pratiques interdisciplinaires.
- Les stages d'observation en salles d'urgence n'ont jamais pu être réalisés. Les responsables de l'hôpital qui ont été sollicités pour la mise en œuvre de ce volet du projet pilote n'ont pas trouvé cela pertinent. Pour eux « Il y a une ligne de démarcation entre le préhospitalier et l'hospitalier. Le travail des TAP c'est à l'extérieur, mais pas à l'hôpital ».

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- La collaboration avec le syndicat et la compagnie ambulancière s'est bien passée « tous les points pour l'implantation du projet pilote ont été décidés ensemble ».
- C'est l'implication et la collaboration de la direction des soins infirmiers et des ressources humaines qui ont fait défaut pour l'implantation du volet clinique du projet.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Avec les nouveaux horaires de travail, les TAP sont très satisfaits. De 7 jours de repos aux deux semaines, ils sont passés à 9 jours.
- Les représentants de l'agence de la santé estiment que c'est un grand avantage que d'avoir ce type d'horaires pour les régions éloignées afin de retenir les TAP. Ce, d'autant plus que

ces derniers ne disposent pas, comme d'autres intervenants dans le domaine de la santé, de primes additionnelles liées au fait qu'ils exercent leur profession dans les régions éloignées.

Suffisance des ressources

- L'agence de la santé et le ministère se sont arrangés pour fournir les ressources financières nécessaires à l'implantation du projet.

Influence de l'environnement

- Ni la population, ni le milieu politique n'a sollicité l'agence durant l'implantation du projet pilote.

Intérêts des acteurs

- La direction des soins infirmiers et celle des ressources humaines de l'hôpital ont estimé que l'intégration des TAP dans les salles d'urgence constituait une menace pour les autres professionnels notamment les infirmières ou encore les préposés aux bénéficiaires.

Effets du projet pilote

- Avec l'existence de blocs de garde à l'heure, ils estiment que le temps de réponse ambulancier pendant ces heures sera amélioré.
- Le passage d'un horaire 7/14 vers un horaire 5/14 est également plus attrayant pour les TAP pour leur qualité de vie. Cela a permis de recruter de nouveaux TAP et de les retenir dans la région. L'autre effet de ce recrutement est aussi le fait qu'il permet aussi d'avoir un nombre suffisant de TAP pour faire des remplacements lorsque certains font des activités de maintien des compétences.
- L'existence de blocs de garde permet aussi aux TAP de réaliser des pratiques supervisées entre TAP pour le maintien des compétences.

Propriétaires de la compagnie ambulancière.

Raisons

- La région du Nord-du-Québec est très vaste
- L'implantation du projet pilote permettra d'améliorer les conditions de vie des TAP et donc de les retenir dans la région.

Déroulement chronologique

- La démarche d'initiation du projet pilote émane principalement de l'agence de la santé. C'est par la suite que la compagnie ambulancière a été approchée par l'agence pour préparer l'implantation et fixer la date de début du projet pilote le 1^{er} avril 2008.

Ressources humaines

- Pour le début du projet pilote, une entente avait été signée avec la BTAQ pour que celle-ci fournisse les ressources humaines nécessaires pour couvrir les nouveaux horaires implantés.
- Il y a également eu le lancement d'une formation de TAP à Chibougamau pour favoriser l'enrôlement de personnes de la région, et pour accroître par la même occasion les chances de rétention des TAP après leur formation.

Déploiement dynamique

- Dans cette région, il n'y a pas d'enjeux majeurs liés au déploiement dynamique parce que les véhicules restent en faction la plupart du temps.
- Lors des périodes de garde, l'ambulance reste sur la rue principale.

Intégration clinique

- La question de l'exposition des TAP et de l'amélioration des compétences des TAP est très importante dans la région.
- Les stratégies proposées étaient bonnes, mais c'est la façon dont l'information a été passée qui s'est avérée problématique.

Financement

- Obtention du financement prévu par l'agence de santé. Mais avec l'existence de nombreux transferts vers l'aéroport et les découvertures que cela entraîne dans la zone de Chibougamau, la compagnie ambulancière estime nécessaire de mettre une autre ambulance en service.

Dynamique de collaboration entre les partenaires

- Il n'y a pas eu de difficultés particulières pour l'implantation du projet pilote dans cette région.

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Les TAP sont très satisfaits de ce type d'horaire. L'horaire 5/14 est même meilleur à l'horaire à l'heure.
- Avec ce type d'horaire et comparativement aux demandes auxquelles la compagnie fait face avec les TAP qui sont dans le parc de Chibougamau, le moral des TAP qui sont dans la zone de Chapais-Chibougamau semble nettement meilleur.

Influence de l'environnement

- Il n'y a pas eu d'implication d'autres entités dans l'implantation du projet pilote.

Effets du projet pilote

- Le temps de réponse a été amélioré durant la période de garde.
- Les activités de maintien de compétences des TAP semblent se faire plus régulièrement et plus facilement avec l'implantation du projet pilote.

TAP

Raisons

- Lors de l'initiation des projets pilotes, les zones de Chapais et Chibougamau devaient être intégrées au projet pilote du Saguenay-Lac-Saint-Jean. Mais à cause des distances séparant les deux régions, cela ne s'est pas réalisé.
- Et c'est pour éviter que les TAP ne se déplacent de la région du Nord-du-Québec vers celle du Saguenay où les conditions de travail allaient être plus intéressantes avec le projet pilote, que l'agence a décidé de demander à ce que l'on implante un projet pilote pour Chapais et Chibougamau.

Déroulement chronologique

- Début du projet pilote le 1^{er} avril 2008.

Ressources humaines

- Ce sont les TAP du Parc de Chibougamau et les nouveaux TAP formés qui ont permis de couvrir les horaires prévus par le projet pilote.

Déploiement dynamique

- Ils sont en faction 5/14 sauf pendant les périodes de garde où les véhicules sont attendus au coin de la rue principale.

Intégration clinique

- Ils arrivent à faire davantage de pratiques supervisées entre TAP
- Mais certains TAP rencontrés estiment qu'ils ne voient pas la pertinence de faire des stages d'observation continus dans les salles d'urgence « Si on va dans les salles d'urgence, c'est pour se mettre dans les pieds des gens qui travaillent à l'hôpital.....Je n'ai pas l'impression qu'on a quelque chose à faire là-bas, qu'est ce que nous ferons, est ce que nous serons infirmiers? Est-ce que l'on aura une attestation?..... »

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- Au début du projet pilote, il y avait beaucoup de rotation entre les équipes, les TAP n'avaient pas le temps de s'habituer avec leurs nouveaux coéquipiers. Mais au bout de deux mois et demi, il y a eu plus de constance au niveau des équipes formées.
- Avec les horaires 5/14, ils ont davantage de temps pour récupérer de leur semaine de travail. Ils estiment que l'horaire 5/14 est le meilleur horaire qui puisse être pratiqué.
- Ils sentent plus à l'aise avec ce type d'horaire parce qu'ils ont l'opportunité d'échanger davantage avec leur collègue lors des périodes de garde.

Effets du projet pilote

- Lorsqu'ils sont de garde, ils interviennent plus rapidement. « Ils arrivent lorsque les gens sont encore au téléphone ».
- Un des TAP estime néanmoins que dans la zone de Chapais, il est rare d'avoir des appels durant les heures de garde.
- Avec les heures de garde, les TAP doivent forcément faire les activités de maintien des compétences, choses qui étaient facultatives avec l'ancien horaire.
- C'est juste l'intégration clinique qui n'a pas fonctionné. Mais ils estiment qu'avec les échanges qu'ils font avec les autres professionnels (ACLS et ATLS), les pratiques interdisciplinaires et les stages d'observation en urgence pourraient se faire plus facilement qu'avant.

Représentant syndical

Raisons

- Dans la région, l'initiative pour implanter un projet pilote vient de l'agence de la santé.
- Il y avait une tentative d'intégrer le projet du Saguenay et c'est lorsque ceci n'a pas marché que l'agence a décidé de lancer l'initiative du projet.

Déroulement chronologique

- Début du projet en avril 2008.
- À cause du manque du nombre de TAP requis pour le projet pilote, l'agence et la compagnie ambulancière voulaient que le démarrage se fasse plus tard. Mais le syndicat a mis de la pression pour que ça commence.

Ressources humaines

- Il y a eu des négociations entre l'agence et la compagnie ambulancière pour que des TAP d'autres régions viennent les suppléer pour que le projet pilote commence.

Déploiement dynamique

- Il n'y a pas de déploiement dynamique dans la région.
- Il y a au total 3 véhicules dans la région : un à Chibougamau, un à Chapais et un autre dans la zone du Parc. Lorsque les trois véhicules sont disponibles, chacun est stationné dans sa zone, il en est de même lorsqu'il n'y a que deux véhicules aussi. Mais lorsqu'il ne reste qu'un seul véhicule, il se place à mi-chemin des trois zones.
- Mais il serait pertinent de rajouter un autre véhicule à Chibougamau parce qu'il peut arriver que l'ambulance de Chibougamau soit absente pendant 10 heures ou 12 heures (déplacement à Chicoutimi ou à Val-d'Or).

Intégration clinique

- Les représentants syndicaux estiment que la manière de fonctionner des TAP et du personnel hospitalier est différente et par conséquent, ils ne sont pas complètement à l'aise pour aller et rester de façon continue dans les salles d'urgence des hôpitaux.
- De plus, s'ils doivent aller, ce serait pour chercher à connaître des choses bien précises « Y a des choses qui se font à l'hôpital qui ne nous intéressent pas forcément, ce n'est pas important pour nous d'aller voir comment ils traitent des gripes d'enfant ou des personnes âgées ».

Motivations, Degré d'implication des TAP, climat de travail

- L'évolution des horaires de travail est très appréciée des TAP. Ils estiment qu'il y a bien des TAP d'autres régions qui auraient aimé avoir des horaires 5/14.

- Avec ces horaires, la qualité de vie des TAP a beaucoup augmenté. Leur compétence aussi, surtout avec la réalisation des pratiques supervisées lors des blocs de garde.

Ancien coordonnateur des services préhospitaliers à l'agence

Raisons

- C'est au cours d'une rencontre provinciale des coordonnateurs des services préhospitaliers, que l'information précisant que des projets pilotes allaient être implantés dans certaines régions, dont le Saguenay-Lac-Saint-Jean, a été donnée.
- Il y avait déjà de la difficulté à retenir les TAP dans la région.
- Il y avait aussi beaucoup de débordements CSST à cause du manque de ressources humaines; les erreurs et dérogations au protocole étaient également nombreuses.
- Étant donné l'intérêt qu'allait susciter un projet pilote au Saguenay auprès des TAP, l'équipe du service préhospitalier de l'agence de la santé a jugé utile d'entreprendre des démarches auprès du ministère pour avoir un projet pilote dans la région.

Déroulement chronologique

- Équipe du préhospitalier de l'agence a monté le projet pilote sans impliquer les autres organisations concernées comme l'hôpital.
- L'agence avait pris l'engagement de financer la première année du projet pour que le ministère prenne le relai par la suite.
- C'est par la suite que les autres partenaires du projet ont été impliqués, car le temps pour la préparation du dossier était très court. Il ne fallait pas perdre cette opportunité.
- Début du projet en avril 2008.

Ressources humaines

- La BTAQ a été sollicitée pour le début du projet.
- La fin du contrat signé avec la BTAQ correspondait à la sortie de la cohorte de TAP du CEGEP de Chibougamau.

Intégration clinique

- C'est la DSI qui a bloqué le volet de l'intervention relatif aux stages d'observation en salle d'urgence. Toutes les raisons ont été évoquées à ce sujet : refus de l'ordre professionnel des infirmières, la peur de faire perdre leur travail aux infirmières, la sécurité et la confidentialité des patients.
- Pour les pratiques interdisciplinaires, les infirmières étaient bien intéressées, mais c'est l'organisation des séances qui a fait défaut et qui a empêché leur continuation.
- Enfin, il estime qu'ils n'ont pas eu le soutien des autorités de l'agence pour que ce volet du projet puisse être réalisé.

Directeur médical de l'agence de santé

Intégration clinique des TAP

- Les TAP font de grandes distances pour fournir des services ambulanciers, or ils ont peu de formation et ils sont peu exposés.
- L'exposition des TAP pour les cas de traumatologie est bonne, mais pour ce qui des autres cas comme l'asthme ou les allergies, ils sont peu exposés. En plus avec le manque de personnel, les TAP pouvaient venir aider les infirmières.
- Comme des formations interdisciplinaires existaient déjà entre médecins, infirmières et TAP, il aurait été pertinent et facile d'annexer un volet d'intégration clinique au projet pilote pour accroître la compétence et l'exposition des TAP.
- Le projet était très avant-gardiste, il permettait de créer une plus grande synergie dans le travail des différents professionnels.
- Mais il a dû faire face à « un mur de blocage » pour beaucoup de raisons : questions de confidentialité et éviter que les TAP ne se blessent en faisant des choses qu'ils n'ont pas l'habitude de faire.

Effets du projet pilote

- Avec la réalisation des pratiques supervisées, la qualité des soins donnés par les TAP s'est qu'à même améliorée. Il y a une possibilité de les améliorer davantage en réalisant les deux autres volets de l'intégration clinique des TAP.

Directions des soins infirmiers et des ressources humaines

Intégration clinique

- Ils n'ont pas été consultés lors de la rédaction du document.
- Le document mentionne des choses qu'il n'est pas possible de faire. « Ils ont compris que les TAP allaient faire des tâches de certaines infirmières ou encore accompagner certains patients au service de tri.....ce n'est pas le travail des TAP.....c'est le travail d'autres personnes ».
- Ils ne voient ni la pertinence ni l'utilité d'une pareille démarche « les TAP vont s'immiscer dans un milieu où ils n'ont pas besoin d'eux ». « Une fois le patient déposé, ils peuvent partir....merci bonjour! Ils n'ont pas la compétence pour travailler dans les hôpitaux»
- Ils considèrent qu'il y a une rupture complète entre les services hospitalier et préhospitalier : « l'ambulancier serait quelqu'un de trop dans la salle d'urgence ».
- « Les infirmières sont déjà sous-exposées, si les TAP viennent leur prendre aussi la place, c'est volé le travail des infirmières, surtout que les médecins solliciteront plus souvent les TAP que les infirmières pour faire certains gestes ».
- Pour eux, le volet « Intégration clinique » de ce projet n'amène en rien la solution au manque d'exposition des TAP « on peut envoyer les TAP dans les grands centres urbains pour les exposer davantage ».

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Abrahamson, E. (1991). "Managerial fads and fashions: the diffusion and rejection of innovations." Academy of Management Review **16**(3): 586-612.
- Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean (2007). Plan de mise en oeuvre du projet pilote de transformation des horaires de faction en horaire à l'heure pour la région du Saguenay-Lac-St-Jean en suivi du rapport Gauthier. Saguenay, Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay-Lac-St-Jean.
- American Ambulance Association (1994). Contracting for emergency ambulance services., Sacramento, CA: American Ambulance Association
- Argyris, C. (1999). On organizational learning. Malden, MA, Blackwell Pub.
- Argyris, C., R. Putnam, et al., Eds. (1985). Action Science. San Francisco, Jossey-Bass Pub.
- Argyris, C. and D. A. Schön (2002). Apprentissage organisationnel : théorie, méthode, pratique. Paris ; Bruxelles, De Boeck Université.
- Armenakis, A. and A. Bedeian (1999). "Organizational change: a review of theory and research in the 1990s." Journal of management **25**(3): 293-315.
- Baril, J.-M. (2007). Le plan d'affaires. Gaspésie, Agence de la santé et des services sociaux de la Gaspésie et des Îles de la Madeleine.
- Blackwell, T. and J. Kaufman (2002). "Response Time Effectiveness: comparison of response time and survival in an urban emergency medical services system." Academy of Emergency Medicine **9**(4): 288-295.
- Burke, W. W. (2008). Organization change : theory and practice. Thousand Oaks, Sage Publications.
- Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James (2007). Devis d'implantation du projet pilote d'intégration clinique : services préhospitaliers d'urgence. Chibougamau, Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé. Ottawa, Commission sur l'avenir des soins de santé du Canada.
- Champagne, F. (2002). La capacité de gérer le changement dans les organisations de santé, Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. **Étude Numéro 39**: 1-37.
- Champagne, F., A. Brousselle, et al. (2009). Modéliser les interventions. L'évaluation: concepts et méthodes. Montréal, Les presses de l'Université de Montréal.
- Champagne, F. and J. L. Denis (1992). "Pour une évaluation sensible à l'environnement des interventions: l'analyse de l'implantation." Service social **41**(1): 143-163.
- Comité régional d'implantation (2007). Devis d'implantation pour le projet pilote de réorganisation pour les services préhospitaliers d'urgence. Portneuf, Comité régional d'implantation.
- Comité sur la transformation des horaires à Baie-Comeau (2007). Projet pilote de transformation des horaires dans la zone de Baie-Comeau. Baie-Comeau.
- Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois (2007). Rapport final. Québec, MSSS: 25.
- Damanpour, F. (1991). "Organizational Innovation: a meta-analysis of effects of determinants and moderators." Academy of Management Journal **34**(3): 555-590.
- Demers, C. (1999). "De la gestion du changement à la capacité de changer. L'évolution de la recherche sur le changement organisationnels de 1945 à aujourd'hui." Gestion **24**(3): 131-139.
- Drummond, M. F. (2005). Methods for the economic evaluation of health care programmes Oxford, Oxford University Press.

- Eisenberg, M., L. Bergner, et al. (1979). "Cardiac resuscitation in the community. Importance of rapid provision and implications for program planning " JAMA **241**: 1905-1907.
- Farand, L., M. Rivard, et al. (2005). Évaluation du traitement des appels à Urgences Santé: comparaison des approches professionnelle et algorithmique. Rapport Technique, GRIS, Faculté de Médecine, Université de Montréal.
- Guilhon, A. (1998). "Le changement organisationnel est un apprentissage." Revue Française de gestion **120**: 98-107.
- Hage, J. (1999). "Organizational Innovation and Organizational Change." Annual Review of Sociology **25**: 597-622.
- Hatch, M. J. (2000). Théorie des organisations : de l'intérêt de perspectives multiples. Paris, De Boeck université.
- Lawrence, P. R. and J. W. Lorsch, Eds. (1967). Organization and environment. Homewood, IL: Irwin.
- Linksvan der Ploeg, E. and R. J. Kleber (2003). "Acute and chronic job stressors among ambulance personnel: predictors of health symptoms." Occup Environ Med **60**(Suppl 1): i40-46.
- Mauskopf, J. A., J. E. Paul, et al. (1998). "The role of cost-consequence analysis in healthcare decision-making." Pharmacoeconomics **13**(3): 277-288.
- Mescon, M. H., M. Albert, et al. (1988). Management. New York, Harper & Row.
- Mintzberg, H. (2004). Le management: voyage au centre des organisations. Paris, Éditions d'organisation.
- Mintzberg, H., B. Ahlstrand, et al. (1999). "Tranformer l'entreprise." Gestion **24**(3): 122-130.
- MSSS Lexique des services préhospitaliers d'urgence, MSSS.
- Narad, R. and K. Driesbock (1999). "Regulation of ambulance response times in California " Prehospital Emergency Care **3**(2): 131-135.
- Pons, P. T., J. S. Haukoos, et al. (2005). "Paramedic Response Time: Does It Affect Patient Survival?" Academy of Emergency Medicine **12**(7): 594-600.
- Pons, P. T. and V. J. Markovchick (2002). "Eight minutes or less: Does the Ambulance Response Time Guideline Impact Trauma patient Outcome?" The Journal of Emergency Medicine **23**(1): 43-48.
- Rossi, P. H., W. L. Mark, et al. (2004). Expressing and assessing program theory. Evaluation: A systemic approach. P. H. Rossi, W. L. Mark and H. E. Freeman. Thousand Oaks, Ca, SAGE Publications: 133-168.
- Rouleau, L. (2007). Théories des organisations : approches classiques, contemporaines et de l'avant-garde. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Traynor, M. and B. Wade (1993). "The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts." J Adv Nurs **18**(1): 127-136.
- Traynor, M. and B. Wade (1993). "The development of a measure of job satisfaction for use in monitoring the morale of community nurses in four trusts." J Adv Nurs **18**: 127-136.
- Urgences-Santé (2005). Grille de priorisation. Montréal, Urgences-Santé.
- Yin, R. K. (2003). Applications of case study research. Thousand Oaks, Sage Publications.