

# Mémoire de la

# Corporation des services d'ambulance du Québec



**Présenté au Comité national sur les  
services préhospitaliers d'urgence**

Janvier 2014

**Présenté à la Commission de révision  
permanente des programmes**

Octobre 2014

**et présenté à la  
Commission de la Santé  
et des Services sociaux**

Novembre 2014

---

Le 4 novembre 2014

Monsieur Mathew Lagacé, secrétaire  
Secrétariat de la Commission de la Santé  
et des Services sociaux  
Édifrice Pamphile-Lemay  
1035, rue des Parlementaires  
3<sup>ième</sup> étage, Bureau 3.15  
Québec QC G1A 1A3

**Objet : Mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ) présenté à la Commission de la Santé et des Services sociaux et relatif à la « Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales. »**

Aux membres de la Commission,

La Corporation des services ambulanciers du Québec (CSAQ) est une association qui représente 53 des 59 entreprises ambulancières au Québec. Ces 53 entreprises sont des entités juridiques de diverses formes (majoritairement des entreprises privées et des coopératives) et effectuent environ 82% des interventions préhospitalières au Québec, à l'exception des territoires de Montréal et Laval qui sont couverts par Urgences-santé.

Nous représentons également 7 des 9 Centres de communication santé (CCS) qui effectuent environ 80% des activités opérationnelles (traitement des appels et répartition des ressources appropriées) au Québec.

La CSAQ a débuté ses activités il y a plus de 42 ans, soit en 1972. Nous avons par conséquent participé à toutes les réformes des services préhospitaliers.

Récemment, nous avons présenté un mémoire au Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (CNSPU). Ce comité a ensuite produit un rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport n'a pas encore été diffusé; toutefois, le cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux nous informe qu'il a été transmis pour considération et recommandations à la Commission de révision permanente des programmes.

Quoi qu'il en soit, nous prenons donc l'initiative de vous transmettre notre mémoire ainsi que les annexes qui touchent une partie de vos travaux; par conséquent, nous souhaitons attirer votre attention sur un des aspects forts importants en regard de la gouvernance des services préhospitaliers au Québec qui est, à notre humble avis, un des sujets d'intérêt majeur de votre Commission.

---

L'article 106 alinéa 1 du projet de Loi 10 sous étude de votre Commission stipule :

« *Dans la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) une référence à une agence est une référence à un établissement régional.* »

Nous comprenons et acceptons que soient ainsi transférés les pouvoirs et responsabilités des agences vers les établissements régionaux, à la condition cependant que ce transfert ne soit que provisoire.

Nous ne souhaitons pas que ce transfert soit permanent.

En effet, le caractère singulier et spécialisé des services préhospitaliers d'urgence est source de graves dysfonctionnements lorsque « administré » par des entités qui ignorent les particularités de ce genre d'intervention et « administrent » en conséquence comme s'il s'agissait d'établissements.

Le mémoire que nous transmettons témoigne sur plusieurs aspects de ce dysfonctionnement qui atteint l'efficacité, l'économie et l'efficience du système préhospitalier d'urgence.

## **1. La gouvernance**

La CSAQ propose la mise en place d'une **Agence spécialisée** qui, sous la tutelle du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, assumerait d'une manière centralisée toutes les fonctions actuellement disséminées dans un **Service** du MSSS et dans les différentes Agences de la Santé et des Services sociaux ou dans les futurs établissements régionaux (selon le projet de Loi 10).

Les activités des services préhospitaliers d'urgence sont effectuées en liaison avec d'autres services d'urgence et sont spécifiques et spécialisés. Ces services obligent donc une



gouvernance différente du réseau où sont réunis des établissements tous se ressemblant et considérablement différents du réseau des services d'urgences et étrangers à ses opérations.

Cette proposition, largement appuyée par les principaux intervenants dans le domaine préhospitalier d'urgence aurait pour but d'abolir, dans les agences (ou établissements régionaux selon le projet de loi), les fonctions liées au préhospitalier et de les réunir avec les fonctions exercées par le Service du MSS dans cette agence spécialisés ce qui permettrait une réelle et efficace surveillance de la prestation des services, et ce, tout en concentrant l'expertise.

## **2. Une structure devenue nécessaire**

Depuis la promulgation de la « Loi sur les services préhospitaliers d'urgence », en 2002, d'immenses progrès ont été effectués parmi lesquels il convient de souligner :

- la mise en opération d'une surveillance médicale efficace des soins;
- la mise en place et en opération des centres de communication santé qui appliquent le protocole médicalisé de traitement des appels et qui gèrent, selon les particularités régionales (établissements disponibles, réseaux routiers, sauvetage hors sentiers, dans les usines, les mines, etc...) l'affectation appropriée des ressources en liaison avec les autres acteurs des mesures d'urgence;
- la professionnalisation des interventions des techniciens ambulanciers.

S'il est un aspect qui tarde à être mis en œuvre, c'est une structure québécoise unique et compétente capable d'administrer efficacement les services préhospitaliers et de répondre adéquatement à la lancinante question répétée par le vérificateur général : « *En avons-nous pour notre argent?* »

Le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, présidé par monsieur André Dicaire, formulait, en 2001, une recommandation appuyée unanimement par le Comité comme étape intermédiaire pour organiser les services préhospitaliers d'urgence : *que le secteur préhospitalier soit sous l'autorité d'un sous-ministre.*

La mise en application de cette recommandation ayant été omise, six ans plus tard, monsieur Gilles Gauthier à qui le ministre de la Santé avait demandé un avis, écrivait dans son rapport :

« *Nous ne croyons pas nécessaire ni de nationaliser ou dénationaliser les entreprises existantes. Nous ne croyons pas, de plus, que cette réorganisation de la structure des services préhospitaliers d'urgence commande des investissements additionnels. Au contraire, nous croyons que les gains*



*d'efficacité et d'efficience pourraient être générés par cette nouvelle forme d'organisation qui permettrait de dégager des économies pouvant servir à bonifier les services. » (p.7 de Réflexion sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec)*

### **3. Une Agence centrale**

Avec respect et déférence, nous vous signalons que si le transfert des responsabilités opéré par l'article 106 du projet de Loi 10 devenait permanent, rien ne serait fondamentalement modifié à la gouvernance des services préhospitaliers d'urgence. On nous proposerait en somme, selon ce qu'exprime la figure de style : le bonnet blanc et le blanc bonnet!

Nous estimons qu'une Agence centrale pour gouverner tout le service préhospitalier d'urgence (excluant à ce moment Urgences-santé) sous la tutelle du ministre de la Santé et des Services sociaux, constituée de personnes spécialisées dans tous les différents secteurs d'activité (médical, opérationnel, centre de communication, mesures d'urgences, finance, technologie de l'information, équipements médicaux et de sauvetage, parc de véhicules, etc..) serait mieux en mesure d'assurer une meilleure gouvernance et répondrait aux plus élevés standards de performance et d'efficience attendus.

En conséquence, il nous fait plaisir de vous transmettre le mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec déjà présenté au Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence et à la Commission de révision permanente des programmes.

Nous sommes disposés à rencontrer votre commission afin d'échanger concernant notre proposition en regard de la gouvernance et vous donner, si vous le jugez opportun, des informations supplémentaires.

Dans l'attente d'une réception positive de la part de la Commission de la Santé et des services sociaux ou d'une convocation, je vous prie d'agréer, Monsieur le secrétaire, mes salutations des plus distinguées.

Le directeur général,



Denis Perrault

P.j. Mémoire de la CSAQ



Lettre au

**Comité de révision permanente des programmes**



**PAR MESSAGEUR**

Le 23 octobre 2014

Madame Lucienne Robillard  
Présidente  
Commission de révision permanente des programmes  
700, rue St-Amable, 1er étage, bureau 1.400  
Québec (Québec) G1R 5E5

**Objet : Mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ) présenté à la Commission de révision permanente des programmes**

Madame la présidente,

La Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ) est une association qui représente 53 des 59 entreprises ambulancières au Québec. Ces 53 entreprises, qui sont des entités juridiques de diverses formes (majoritairement des entreprises privées et des coopératives) effectuent environ 82% des interventions préhospitalières au Québec, à l'exception des territoires de Montréal et Laval qui sont couverts par Urgences-santé.

Nous représentons également 7 des 9 Centres de communication santé (CCS) qui effectuent environ 80% des activités opérationnelles (prise d'appels et répartition) au Québec.

La CSAQ a débuté ses activités il y a plus de 42 ans, soit en 1972. Nous avons par conséquent participé à toutes les réformes des services préhospitaliers.

Récemment, nous avons présenté un mémoire au Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (CNSPU). Ce comité a ensuite produit un rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport, qui a été déposé à la fin du mois de juin 2014, n'a pas été diffusé; toutefois, le cabinet du ministre de la Santé et des services sociaux nous informe qu'il vous a été transmis pour considération et recommandations.

Quoi qu'il en soit, nous prenons donc l'initiative de vous transmettre notre mémoire ainsi que les annexes qui touchent l'essence même de vos travaux; et nous souhaitons attirer votre attention sur des aspects forts importants en regard à l'efficacité, l'efficience et l'économie des services préhospitaliers au Québec qui sont, à notre humble avis, des sujets d'intérêt majeur de votre Commission.

## **1. Quant à l'efficacité et à la qualité des services :**

La mise en œuvre d'une **Agence spécialisée** qui, sous la tutelle du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec, assumerait d'une manière centralisée toutes les fonctions actuellement disséminées dans un **Service** du MSSS et dans les Agences de la Santé et des Services sociaux, dont le « Projet de loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé et des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales » prévoit la dissolution et le transfert des responsabilités à son article 106 (provisoirement, osons-nous espérer) à un établissement régional.

Les activités des services préhospitaliers d'urgence sont pratiquées hors établissement en liaison avec d'autres services d'urgence et sont spécifiques, spécialisées. Ces services obligent donc une gouvernance différente du réseau où sont réunis des établissements tous ressemblants mais considérablement différents des services préhospitaliers.

Cette proposition, largement appuyée par les principaux intervenants dans le domaine préhospitalier d'urgence aurait pour but d'abolir, dans les Agences (ou établissements régionaux selon le projet de loi), les activités liées et permettrait une réelle et efficace surveillance de la prestation des services et ce, tout en concentrant l'expertise.

D'ailleurs, la réflexion effectuée par monsieur Gilles Gauthier, en novembre 2007, à la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, démontrait clairement ce consensus, qui est, toujours à notre humble avis, d'actualité.

## **2. Quant à l'efficience et l'économie des services :**

Sous l'égide de la firme **Raymond Chabot Grant Thornton**, la CSAQ a simulé l'application du Contrat de services, applicable à toutes les entreprises au Québec, à la Corporation d'Urgences-santé pour les **mêmes activités**. Ont donc été exclues les activités, notamment, liées à la formation et aux Centres de communication santé.

Cette comparaison révèle une économie **récurrente** de 13,5 millions de **dollars** lorsque ces activités sont réalisées par le secteur privé, page 41 de notre mémoire.

Une explication de la **cherté** des coûts d'exploitation d'Urgences-santé réside, croyons-nous, dans le nombre élevé de cadres; ce dont témoigne la comparaison soumise à la page 39 de notre mémoire.

En terminant, nous désirons vous indiquer que ce mémoire est le fruit de la réflexion d'un comité ad hoc constitué par le Conseil d'administration de la CSAQ afin d'approfondir les sujets mis en discussion par votre Commission; et d'une consultation menée par la CSAQ auprès de ses membres. Pour votre information, ce mémoire a été adopté à l'unanimité par les administrateurs de la CSAQ lors d'une réunion spéciale tenue à cet effet le 13 janvier dernier.



En conséquence, il me fait plaisir de vous transmettre en cinq (5) exemplaires le mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec.

Nous sommes disposés à rencontrer votre commission afin d'échanger concernant nos propositions et vous donner, si vous le jugez opportun, des informations supplémentaires.

Dans l'attente d'une réception positive de votre part ou d'une convocation, je vous prie d'agréer, Madame la présidente, mes salutations des plus distinguées.

Le directeur général,



Denis Perrault

P.j. Mémoire de la CSAQ (5 copies)



Lettre au

**Comité national sur les  
services préhospitaliers d'urgence**



Le 16 janvier 2014

Monsieur Marc Ouellet  
Président  
Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec  
Ministère de la Santé et des Services sociaux  
1075, chemin Sainte-Foy, 12<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1S 2M1

**Objet : Mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec (CSAQ)**

---

Monsieur le président,

Comme demandé dans votre lettre datée du 18 octobre 2013 et en conformité avec la demande exprimée dans le courriel de monsieur Martin April, secrétaire-général, le 5 novembre 2013, il me fait plaisir de vous transmettre en six (6) exemplaires le mémoire de la Corporation des services d'ambulance du Québec.

Ce mémoire est le fruit de la réflexion d'un comité ad hoc constitué par le Conseil d'administration afin d'approfondir les sujets mis en discussion par votre Comité; et d'une consultation menée par la CSAQ auprès de ses membres. Pour votre information, ce mémoire a été adopté à l'unanimité par les administrateurs de la CSAQ, lors d'une réunion spéciale tenue à cet effet, le 13 janvier dernier.

Bien que nous reconnaissons que les services préhospitaliers d'urgence ont connu un progrès notable et très significatif depuis les vingt-cinq (25) dernières années, nous identifions les points qui nous paraissent essentiels d'améliorer afin de continuer d'augmenter l'efficacité de ces services; nous formulons aussi des recommandations que nous croyons pertinentes.

Le 23 janvier prochain, en ouverture de la consultation, j'entends livrer un exposé qui n'est pas inclus dans le mémoire et, par la suite, procéder à un léger résumé de celui-ci. Nous n'entendons pas faire une lecture exhaustive du mémoire. Nous savons que vous l'aurez lu et que vous préférez probablement nous interroger sur certains aspects de son contenu ou tout autre sujet que nous n'avons pas abordé.

Lors de cette présentation, je serai accompagné des personnes suivantes :

- Stéphane Parent, administrateur et président de la CSAQ et directeur général de la Coopérative des paramédics de l'Outaouais,
- Sébastien Toussaint, administrateur et médecin-conseil à la CSAQ,
- Claude Girard, administrateur de la CSAQ et directeur général du centre de communication santé Montérégie (Groupe Alerte Santé),

- Rock Sadoine, administrateur de la CSAQ et directeur général de la Coopérative de travailleurs d'Ambulance de l'Estrie,
- Benoît Leblanc, administrateur de la CSAQ et président d'Ambulance Leblanc (Îles-de-la-Madeleine),
- Jean-Pierre Paré, responsable des communications à la CSAQ.

Comme convenu avec le secrétaire-général du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, monsieur Martin April, la rencontre est prévue le 23 janvier de 9 h à 12 h. Toutefois, si vous le jugez utile, nous sommes disponibles pour la journée complète. Si vous croyez que cela sera nécessaire, question de planification, nous apprécierions en être informé selon votre convenance.

Je vous prie d'agréer, Monsieur le président, mes salutations distinguées.

Le directeur général,



Denis Perrault

p.j.



Allocution au  
**Comité national sur les  
services préhospitaliers d'urgence**



**23 janvier 2014**

**Aux membres du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence**

C'est avec grand plaisir, et un intérêt certain, que nous nous sommes empressés d'accepter votre invitation du 18 octobre 2013 à l'effet de contribuer, dans la mesure de nos connaissances et de notre expérience, à vos travaux sur l'état des services préhospitaliers d'urgence au Québec.

D'emblée, il nous importe d'affirmer qu'à nos yeux le pouvoir du gouvernement d'étudier et d'actualiser l'organisation des services préhospitaliers d'urgence ne souffre d'aucune réserve.

Et comme nous l'avons fait par le passé en d'autres circonstances où nous avons été conviés, sur diverses tribunes autant que dans nos relations avec les autorités ministérielles, nous sommes disposés à participer à vos travaux et réflexions en toute transparence et honnêteté, avec toujours à l'esprit le même objectif prédominant, l'amélioration des services et l'achèvement d'une efficacité maximale dans les moyens mis en œuvre pour atteindre cet objectif.

Nous aimerions souligner ici que notre organisme, par la diversité des entreprises qui le composent, tant par leur taille, leur statut juridique que celle des caractéristiques des territoires qu'elles desservent, est probablement l'organisme le plus représentatif de tous les types de réalités qui existent dans notre champ d'activité, sauf peut-être celle de la méga-entreprise comme Urgences-santé...

Nous réitérons notre volonté de collaborer pleinement à vos travaux et de répondre à toutes vos questions dans la mesure de nos connaissances.

Et bien entendu, vous comprendrez aisément que nous appliquerons le même principe de franchise et de transparence dans nos commentaires, s'il y a lieu, sur le contenu de votre rapport à venir.

Si nous voulions résumer en une seule phrase ce que propose la CSAQ aujourd'hui, on pourrait la formuler ainsi : poursuivre et actualiser le Rapport unanime du Comité Dicaire.

Permettez-nous cependant d'insister sur les enjeux majeurs que comporte à nos yeux «la mise en place d'un système préhospitalier d'urgence», pour paraphraser le sous-titre du Rapport Dicaire.

Ce qui n'interdit pas de constater que beaucoup de choses ont été réalisées depuis la publication de ce rapport, en décembre 2000. Si on se place dans une perspective historique, on peut affirmer sans crainte qu'un formidable chemin a été accompli depuis.

Il convient toutefois de signaler que ce progrès a été accompli, pour une grande part, grâce au travail acharné, et souvent malgré l'indifférence générale, d'un très petit nombre d'individus, médecins et cadres, œuvrant au sein du Ministère de la Santé et des Services sociaux où, à l'exception des périodes ponctuelles de crises, le secteur préhospitalier n'a jamais été une véritable préoccupation...

•••

### **UNE RECOMMANDATION ESCAMOTÉE**

«Que soit créée à cette fin une Direction des services préhospitaliers d'urgence, placée sous l'autorité d'un sous-ministre...» (Rapport Dicaire, p. 196)

Cette recommandation est le fruit d'un compromis, proposé par le président Dicaire lui-même, afin de répondre à la préoccupation du Comité qui voulait s'assurer du développement universel, équitable entre les régions et cohérent, du système préhospitalier.

La CSAQ, de même que les représentants des techniciens ambulanciers paramédics et les représentants de leurs associations syndicales, proposaient déjà à l'époque la constitution d'une entité juridique indépendante et autonome, sous la tutelle du Ministre de la Santé et des Services sociaux, qui serait responsable du système préhospitalier d'urgence. Les Agences de la Santé, déjà dans la mire de politiciens prônant leur disparition, et plusieurs fonctionnaires du Ministère, s'y opposaient.

Cette proposition de la CSAQ était étayée d'expériences caractérisées par de constants rapports difficiles avec une majorité des Agences, qui avaient chacune une conception

différente de l'organisation des services, qui accordaient des budgets variables au préhospitalier selon les régions, qui favorisaient, ou ne favorisaient pas, la formation des intervenants, etc.

De son côté, le MSSS était souvent tenu dans l'ignorance de tout cela par ses « partenaires » du réseau. Bref, rien n'inspirait véritablement confiance quant à « la mise en place d'un système préhospitalier d'urgence » voulue par le Comité Dicaire.

Et en effet, le MSSS ne donna jamais suite à cette recommandation. Il fut même un temps où l'on fit de la Direction du préhospitalier... un simple Service...

Le secteur préhospitalier est toujours marginal à l'intérieur du MSSS. Il n'est pas constitué à l'image d'aucun des autres modèles existants (CH, CLSC, CHSLD, etc); les programmes prédéterminés au MSSS ne s'appliquent habituellement pas à ce secteur; les personnes salariées qui la composent n'ont pas d'équivalent ailleurs dans le réseau; même les règles comptables de ce secteur d'activité ne sont pas les règles comptables gouvernementales applicables à tout le réseau... Cette «originalité» du secteur préhospitalier a pour conséquence qu'il est en quelque sorte considéré comme un « étranger » par les gestionnaires du MSSS. Ainsi se perpétue l'ignorance des besoins, des exigences et du développement du secteur préhospitalier.

Et nous pouvons appeler à la barre plusieurs exemples de ce dysfonctionnement.

•••

## **LE MINISTÈRE**

Nous concevons fort aisément que dans un Ministère de la dimension et de la complexité du MSSS, qui compte pour 43% des dépenses de l'État, qui doit arbitrer quotidiennement les priorités toutes pressantes des divers programmes dont il est responsable, qui doit se préoccuper de l'équité interrégionale, alors que les besoins de la population croissent sans cesse et que pèsent lourdement sur lui les pressions politiques et médiatiques, nous comprenons très facilement que dans ce contexte, le domaine du préhospitalier soit souvent négligé.

Nous avons la conviction intime qu'en confiant la responsabilité du système des SPU à une Agence nationale spécialisée, indépendante et autonome, toujours sous l'autorité du Ministre de la Santé et des Services sociaux, nous pourrions améliorer l'efficacité de ce système.

Parmi les difficultés actuelles que subit la Direction des Services préhospitaliers, il faut soulever celle de la direction bicéphale du Ministère. En effet, alors qu'on accorde à la Direction du préhospitalier un budget de fonctionnement, une autre Direction, celle des Relations de travail, intervient et convient d'ententes avec les syndicats, en fonction de considérations exogènes (proximité d'élections, pression politique des ministres concernés et même du PM), lesquelles ententes modifient sérieusement les disponibilités budgétaires de la Direction du préhospitalier. C'est ainsi que M. Gilles Gauthier a pu écrire, à la page 5 de son Rapport de novembre 2007 : «à tout événement, la mobilisation et la stratégie syndicale ont été «payantes» du point de vue syndical...»

Comment pourrait se développer et devenir performante quelque «industrie» que ce soit, dans un environnement où lui échapperaient une grande partie des décisions essentielles à ce développement ?

•••

La dernière négociation du contrat de services entre le MSSS et la CSAQ a notamment permis de rendre concordants les annexes avec les dispositions normatives et budgétaires du contrat.

La CSAQ tenait à ce que le contrat soit clair, cohérent, compréhensible et transparent, afin de le rendre universellement applicable auprès des Agences de la Santé et de chacune des entreprises ambulancières.

Nous estimions également que cet exercice permettrait de répondre plus facilement à la question, pertinente autant que persistante, du Vérificateur général à l'endroit du gouvernement : « En avez-vous pour votre argent ? »

La CSAQ a rencontré une forte résistance de quelques personnes au Ministère (pas toutes) qui auraient aimé que se perpétue la tradition des solutions au cas par cas, et à

l'avenant ! Il nous a fallu proposer l'intervention d'un médiateur d'expérience (l'ancien sous-ministre du travail, M. Normand Gauthier) pour en arriver à faire accepter l'importance de cette méthode de travail basée sur la rigueur, qui pourtant s'imposait d'elle-même, et ainsi faire de cette négociation un succès.

Soyons clairs : loin de nous l'idée que la résistance de ces fonctionnaires puisse avoir été animée par des intentions malveillantes. Nous comprenons fort bien que lorsqu'il est si difficile et laborieux de se faire comprendre d'abord par son propre ministère, et ensuite, si cette première étape a été franchie, par le Conseil du Trésor, nous comprenons qu'il vienne parfois à l'esprit de quiconque de se constituer des réserves pour faire face à l'imprévu...

...

## **LES AGENCES**

Nous vous avons présenté, en annexe à notre mémoire, quelques exemples de problèmes avec lesquels nous devons constamment composer, des problèmes qui ne sont pas simplement anecdotiques, comme on nous l'oppose parfois pour masquer le fait qu'ils témoignent plutôt d'un dysfonctionnement récurrent des Agences dans le domaine des services préhospitaliers.

Ainsi, à intervalles fréquents, surgissent ici, puis là, des problèmes qui sont occasionnés par l'inexpérience, parfois les préjugés, de personnes qui se croient en autorité «nous sommes leurs employés!» ou encore d'autres motifs plus ou moins obscurs qui animent des personnes qui ont finalement peu d'intérêt pour le préhospitalier.

Et s'adresser aux directions générales des Agences dans l'espoir de faire avancer les choses comporte peu de chances d'obtenir une réponse satisfaisante. Les Agences, et aussi plusieurs personnes au Ministère, ont développé à l'égard des intervenants du préhospitalier une mentalité d'assiégés : on ne répond pas, on ne parle pas, on ne regarde pas ces « étrangers »!

...

## **LA SOLUTION**

La CSAQ tient pour essentiel le rattachement du système préhospitalier d'urgence au réseau de la santé. C'est d'ailleurs une caractéristique que nous envient plusieurs médecins d'urgence américains qui ont connu l'organisation des soins préhospitaliers au Québec.

Mais notre conviction est aussi que ce rattachement au réseau doit se faire par l'intermédiaire d'un organisme distinct, indépendant, capable de promouvoir les intérêts du préhospitalier, de définir ses objectifs de veiller à l'atteinte de la performance attendue, et d'établir les voies et moyens pour réaliser l'efficacité et l'efficience du système. L'autonomie que nous appelons de tous nos vœux pour cet organisme vise à lui épargner de toujours devoir réconcilier ces intérêts, ou même devoir les abandonner, au profit de d'autres secteurs d'activité, de devoir voguer au gré de priorités ministérielles ou régionales fluctuantes, ou de céder devant les pressions ponctuellement exercées en périodes « sensibles ».

Pour la CSAQ, la solution aux perturbations aléatoires décrites réside dans la constitution d'une Agence nationale qui aura pour unique préoccupation le développement de tous les aspects des services préhospitaliers d'urgence, en inscrivant ces activités dans le réseau de la santé et en harmonisant ses activités avec ce réseau.

Cette Agence doit pouvoir agir sans influence ou entrave étrangères à sa mission.

Elle demeurera sous la tutelle du Ministre de la Santé et Services sociaux ; elle devra rendre des comptes à la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale et ses états financiers seront surveillés par le vérificateur général ; mais elle aura l'autorité et l'indépendance requises pour administrer et disposer de son budget dans le meilleur intérêt des usagers des services préhospitaliers d'urgence.

•••

## **UNE RUMEUR CONSTAMMENT ALIMENTÉE**

Vous nous permettez de dire un mot de cet atypique partenariat public/privé propre aux services ambulanciers.

### **L'augmentation des coûts**

Certaines personnes, pourtant en autorité au MSSS, se sont interrogées et déclarées étonnées de l'augmentation significative des coûts de ce secteur ces dernières années.

Nous avons une assez bonne idée des coûts engendrés par la dernière négociation du contrat de services. Au cours de cette négociation, les parties se sont appliquées à refléter le coût véritable des postes de dépenses. Nous croyons avoir accompli un équilibre acceptable entre le financement et les dépenses.

Quant à l'augmentation totale des coûts, il nous est impossible d'en connaître l'ampleur réelle. En effet, nous ignorons plusieurs données qui sont susceptibles d'y contribuer.

Toutefois, nous savons d'expérience que plusieurs facteurs et décisions, auxquels les entreprises ambulancières sont totalement étrangères, sont pour une bonne part en cause dans ce que certains peuvent percevoir comme une « explosion » des coûts.

Nous vous en avons fait une énumération non-exhaustive, mais néanmoins fort éloquente, dans notre mémoire.

À tous ces éléments s'ajoute également la fameuse et lancinante saga de la rémunération des heures de repas...

Plus d'une année précédant l'échéance de la convention collective des TAP, la CSAQ avait déjà prévenu la direction des services préhospitaliers du MSSS que la décision opérationnelle, parfaitement raisonnable et souhaitable, de tenir les TAP en disponibilité pendant leur période de repas afin de répondre à certains appels urgents, à l'exception du territoire desservi par Urgences-santé aurait comme effet indirect d'obliger à rémunérer ces périodes, en raison des dispositions de la Loi sur les Normes du Travail. La direction des services préhospitaliers obtint donc du Conseil du trésor le mandat conséquent.

Mais les syndicats renoncèrent à cette demande à la table de négociation, et exigèrent plutôt des primes de soir, de nuit et de faction, lesquelles leur furent accordées par les négociateurs de la direction... des relations de travail du MSSS.

Or, la Loi sur les Normes du Travail étant une loi d'ordre public, les Tribunaux l'appliquèrent malgré la renonciation syndicale...et du tripotage gouvernementale, afin d'escamoter leur propre loi!

Au demeurant, tous les coûts énumérés dans notre mémoire n'ont strictement rien à voir avec la structure des entreprises. En effet, le cas échéant, ils s'appliquent indistinctement du modèle d'affaires.

...

### **L'EFFICIENCE DU MODÈLE DE PARTENARIAT PUBLIC/PRIVÉ**

La comparaison des ressources humaines allouées à Urgences-santé et à la Montérégie est éloquente.

En résumé, sur un territoire 15 fois plus étendu, sur lequel demeurent les deux tiers de la population de Montréal et Laval, et où sont exécutées 52% des affectations faites par Urgences-santé, sont allouées à la Montérégie pour les ressources dont les fonctions sont opérationnelles : 56% du personnel RMU d'Urgences-santé et 67% du personnel TA/P d'Urgences-santé. Ce qui reflète, dans des proportions globales mais convenables, la réalité terrain des interventions sur chacun des territoires.

Mais pour ce qui est du personnel administratif et de direction, la comparaison fait ressortir une disproportion énorme : 408 personnes chez Urgences-santé et 89 personnes en Montérégie. Ce qui représente 22% des ressources comparables à Urgences-santé.

...

### **LE COÛT DU CONTRAT DE SERVICES**

D'autre part, nous avons fait un travail de simulation pour l'exercice financier 2012-2013 consistant à appliquer aux opérations comparables des « services préhospitaliers d'urgence » d'Urgences-santé les dispositions du contrat de services qui régit les entreprises ailleurs au Québec.

On constate alors que l'application des dispositions à incidence monétaire du contrat de services signé par les entreprises aux opérations comparables à Urgences-santé, en comparaison avec ses dépenses réelles, fait ressortir pour 2012-2013 un écart représentant un surplus de financement et par le fait même, une économie potentielle pour les fonds publics de 13,5 millions de dollars.

Un rapport d'analyse effectué par la firme Raymond Chabot Grant Thornton en relation avec ce travail de comparaison est présenté à l'annexe 7A du mémoire.

Il est à noter que dans une analyse semblable, dont les calculs détaillés ne nous sont pas accessibles, le Vérificateur général du Québec faisait ressortir qu'Urgences-santé se serait vu attribuer par l'application des paramètres du contrat de services alors en vigueur un budget de près de 5,7 millions de dollars de moins que ses dépenses réelles pour l'année financière 2003-2004.

•••

## **EN CONCLUSION**

La CSAQ n'a aucunement l'intention ici de dénigrer Urgences-santé. Nous l'avons écrit dans notre mémoire : toute comparaison est toujours injuste puisqu'elle ne prend en compte que quelques facteurs.

Mais la CSAQ tient à rappeler que tous les ragots qui sont colportés, soit par certains qui aspirent au confort tranquille que procure l'État-employeur, ou soit par d'autres qui ne comprennent pas qu'une entreprise qui ne réalise pas de profits constitue un plus grand coût éventuel pour l'État, nous rappelons que toutes ces rumeurs, donc, ne sont jamais soutenues par un examen sérieux et objectif de la réalité économique de ce partenariat.

Je vous remercie de votre attention et mes collègues et moi-même sommes impatients de répondre à vos questions et d'échanger avec vous sur ce sujet qui nous tient tant à cœur, les SPU.

Direction générale

Le 23 janvier 2014

Mémoire de la  
**Corporation des services d'ambulance du Québec**  
**(CSAQ)**



---

---

**Mémoire de la**

**Corporation des services  
d'ambulance du Québec**



**Présenté au Comité national sur les  
services préhospitaliers d'urgence**

Janvier 2014

**Présenté à la Commission de révision  
permanente des programmes**

Octobre 2014

**et présenté à la  
Commission de la Santé  
et des Services sociaux**

Novembre 2014

---

---

# Table des matières

<b>1. INTRODUCTION</b> .....	<b>5</b>
<b>2. LES DÉFIS DE LA STRATÉGIE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE EN PREMIERS SOINS</b> .....	<b>7</b>
2.1 L'approche systémique au niveau de la formation .....	7
2.2 L'approche systémique au niveau de l'accessibilité au DEA .....	8
<b>3. LES DÉFIS DE LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE</b> .....	<b>9</b>
3.1 Les premiers répondants .....	9
<b>4. LES DÉFIS DE NATURE OPÉRATIONNELLE</b> .....	<b>13</b>
4.1 Les entreprises ambulancières: des acteurs locaux responsables et engagés .....	13
Trois niveaux de gestion .....	14
La prise en charge aux urgences .....	15
Quelques exemples de dysfonctionnements .....	16
4.2 Des outils d'information sous-utilisés pour une pratique de qualité et performante .....	17
4.3 Des outils technologiques essentiels .....	18
4.4 Les défis de l'encadrement médical .....	19
L'encadrement médical et les entreprises ambulancières .....	19
4.5 L'encadrement médical et la formation des techniciens ambulanciers paramédics .....	20
Un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédics ? .....	21
4.6 Les défis du transport médical .....	22
4.7 Le défi de l'utilisation judicieuse de l'ambulance .....	23
4.8 La gestion des risques .....	25
<b>5. LES DÉFIS DE NATURE STRATÉGIQUE</b> .....	<b>26</b>
5.1 Une gouvernance renouvelée .....	26

## 6. LES DÉFIS DES CCS

De la loi et d'un mandat à un organisme implanté dans son milieu, vers une interface performante d'un réseau pleinement intégré

6.1 La gouvernance .....	28
6.2 Les orientations ministérielles .....	29
6.3 L'utilisateur .....	30
6.4 La gestion de risque .....	31
6.5 La technologie .....	32
6.6 Le financier .....	32
6.7 L'interface opérationnel régional dans le continuum des services .....	33
<b>7. À PROPOS DES COÛTS .....</b>	<b>35</b>
7.1 L'efficacité du secteur privé .....	36
7.2 Une comparaison avec Urgences-santé .....	37
7.3 Et si Urgences-santé était une entreprise privée.....	40
<b>8. LE MODÈLE PROPOSÉ : UNE RÉPONSE LOGIQUE AUX DÉFIS IDENTIFIÉS .....</b>	<b>42</b>
<b>9. NOS RECOMMANDATIONS .....</b>	<b>47</b>
Liste des acronymes .....	51

## ANNEXES

1. Présentation de la CSAQ
2. Quelques exemples de dysfonctionnements
3. Informations supplémentaires sur les CCS
4. Historique de la négociation des amendements au contrat de services
5. *Réflexion sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec (Rapport Gauthier)*
6. *Document d'analyse et de recherche produit par un comité de réflexion sur l'organisation des SPU)*
7. A - Rapport d'analyse par la firme Raymond Chabot Grant Thornton  
B - Estimation des dépenses réelles d'Urgences-santé pour les services préhospitaliers d'urgence à partir des états financiers du « Rapport annuel de gestion 2012-2013 » (référence : pages 60 et 61)  
C - Annexe A – Budget annuel de l'entreprise  
Contrat minimal de service – Entreprises ambulancières  
Exercice financier 2012-2013  
Ministère de la santé et des services sociaux ET « Simulation SPU d'Urgences-santé »

# 1. INTRODUCTION

---

**L**a CSAQ partage les préoccupations du Ministre de la Santé et des Services sociaux au sujet de l'efficacité des services préhospitaliers d'urgence au Québec. Il ne nous apparaît donc ni incongru, ni superflu, douze ans après l'adoption de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, que l'on prenne un temps de réflexion pour faire le bilan et se projeter vers l'avenir.

Le contenu de la Loi avait été inspiré des recommandations du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, mieux connu sous le nom de Comité Dicaire, recommandations contenues dans son rapport publié un an plus tôt et auquel nous avons activement contribué. Évaluer la pertinence et l'efficacité des rôles de chacun des maillons dans la chaîne d'intervention des SPU aujourd'hui, comme a décidé de le faire le ministre Hébert en créant votre Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, nous interpelle donc au plus au point.

Il est facile de reconnaître que les suites données au Rapport Dicaire, parce que partielles, n'ont pas solutionné tous les problèmes que l'on rencontrait à l'époque. Il nous a cependant permis d'au moins pouvoir regarder cet avenir dans une perspective qui ne nous était pas accessible antérieurement parce que l'essentiel n'existait même pas, c'est-à-dire un système de base de services préhospitaliers d'urgence. Ainsi votre Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence peut-il aujourd'hui asseoir ses travaux sur des acquis d'une ampleur importante et explorer les moyens à mettre en oeuvre pour parachever les consensus forgés par le Comité Dicaire, dont le rapport, il n'est pas futile de le rappeler, était unanime.

•••

Comme elle l'a fait par le passé en d'autres circonstances où elle y a été conviée, sur diverses tribunes autant que dans ses relations avec les autorités ministérielles, la CSAQ est disposée à participer aux travaux et réflexions du CNSPU en toute transparence et honnêteté, avec toujours à l'esprit le même objectif prédominant, à savoir l'amélioration des soins et services à la population et l'achèvement d'une efficacité maximale dans les moyens mis en oeuvre pour atteindre cet objectif. Et bien entendu, vous comprendrez aisément que nous appliquerons, s'il y a lieu, le même principe de franchise et de transparence dans nos commentaires sur le contenu de votre rapport à venir.

On trouvera en annexe 1 du présent mémoire un document de présentation complet sur la CSAQ, sa composition, ses structures, etc.

•••

Le réseau du préhospitalier comporte aujourd'hui de grandes forces à préserver, tous en conviennent, et nous sommes conscients des immenses progrès qui ont été accomplis depuis les travaux du Comité Dicaire et l'adoption de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence. On comprendra cependant que dans le cadre du présent mémoire, nous nous attarderons davantage aux enjeux du système qui à nos yeux nécessitent des

changements. Des enjeux qu'en cette introduction nous nous contenterons de résumer de la façon suivante : nécessité d'une plus grande cohésion, d'une plus grande fluidité entre les acteurs du réseau, et nécessité d'une plus grande spécialisation dans les lieux stratégiques où devraient se prendre les orientations nationales du secteur et leurs modalités de réalisation sur le terrain.

## 2. LES DÉFIS DE LA STRATÉGIE D'UNE APPROCHE POPULATIONNELLE EN PREMIERS SOINS

---

**L**a CSAQ reconnaît l'importance des premiers soins. C'est pourquoi elle croit qu'il y a lieu de se doter d'une stratégie favorisant une approche populationnelle qui permette de changer des comportements et d'obtenir un réel impact plutôt que de dissiper les efforts en la matière.

La stratégie d'une approche populationnelle en premiers soins doit viser une approche systémique au niveau de la formation et de l'accessibilité au défibrillateur externe automatisé (DEA).

### 2.1 L'approche systémique au niveau de la formation

Faute d'intégration de la formation RCR dans le programme du ministère de l'Éducation, des Loisirs et des Sports du Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux a contribué à plusieurs initiatives dans les dernières années afin d'étendre ce type de formation dans les milieux scolaires.

Ainsi, les efforts du MSSS devraient se concentrer à développer un modèle unique qui s'arrime le plus possible avec le programme scolaire du Québec et qui vise à étendre une approche systémique à travers le Québec. Des objectifs et des cibles devraient être fixés et suivis afin de pouvoir mesurer l'implantation d'un tel modèle.

Rappelons la recommandation spécifique du Rapport Dicaire à ce sujet :

*« Que le ministère de l'Éducation intègre à l'intérieur de sa programmation régulière les coûts reliés à la formation en secourisme au niveau primaire, secondaire et collégial et que le financement de ces mesures soit pris à même ses budgets réguliers, le cas échéant. » (p.231)*

**RECOMMANDATION** : que soit privilégiée une approche systémique de la formation de la population scolaire en premiers soins plutôt que de dissiper les efforts en la matière.

## 2.2 L'approche systémique au niveau de l'accessibilité au DEA

L'accès public au défibrillateur externe automatisé (DEA) n'a pas encore été développé au Québec. Si nous désirons profiter de l'ensemble des gains qu'une approche systémique au niveau de la formation en premiers soins comporte, nous devons développer un accès public au DEA sur l'ensemble du territoire québécois.

Au Manitoba, le gouvernement a instauré en 2012 une loi sur l'accès public des DEA, comme l'ont fait plusieurs États américains. L'objectif d'une telle loi est de favoriser l'installation de DEA dans des endroits publics où il y a une certaine densité de population et d'établir un registre des DEA permettant aux centres de communication santé de guider l'appelant pour avoir accès au DEA.

Le système médicalisé de priorisation des appels urgents (MPDS), mieux connu sous le nom de Clawson, qui est implanté dans les centres de communications santé du Québec, prévoit déjà des procédures afin que le répartiteur médical d'urgence (RMU) puisse s'acquitter de cette responsabilité.

Nous croyons que les entreprises ambulancières pourraient jouer un rôle dans la validation des lieux d'installation et dans l'inspection des DEA afin d'en assurer la conformité réglementaire, dans le cadre d'une loi sur l'accès public des DEA.

Le programme *Héros en trente : RCR sans ventilation*, mis sur pied par le ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec la Fondation des maladies du cœur et de l'AVC et la Corporation d'Urgences-santé, et qui a simplifié considérablement la formation en réanimation cardiorespiratoire (RCR), pourrait être déployé par les entreprises ambulancières dans le cadre de l'installation de DEA sur leur territoire. Ce type de formation permettrait d'accroître l'efficacité en réanimation cardiorespiratoire là où les DEA sont présents, bien que l'utilisation du DEA ne nécessite pas nécessairement une formation pour son utilisation.

Soulignons par ailleurs qu'il existe dans beaucoup d'usines des gens formés en premiers soins mais qui relèvent essentiellement des mécanismes de surveillance de la santé-sécurité de leur usine. Ils ne sont d'aucune façon arrimés aux services préhospitaliers d'urgence. Il y a aussi de plus en plus de DEA dans des centres d'entraînement, des piscines, des arénas et des aéroports, mais on ne sait pas qui en sont les utilisateurs autorisés, ni quelle est leur formation, ni si l'appareil est entretenu et toujours accessible.

Il y aurait lieu d'adopter une démarche uniforme et structurée à moyen terme pour permettre une meilleure information des citoyens sur la disponibilité des DEA et le rôle que l'on attend d'eux, et l'intégration de ces ressources dans le système des SPU.

**RECOMMANDATION : que le ministre de la Santé et des Services sociaux propose un projet de loi sur l'accès public et l'encadrement des DEA.**

## 3. LES DÉFIS DE LA CHAÎNE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

---

### 3.1 Les premiers répondants

L'efficacité de la chaîne d'intervention est dépendante de l'ensemble de ses composantes. La robustesse de la chaîne d'intervention doit être visée afin de garantir et maintenir une réponse préhospitalière de qualité.

Nous constatons qu'au cours des dernières années, on a introduit dans le système de soins préhospitaliers d'urgence des intervenants extérieurs ou étrangers à ce système, des intervenants qui ne sont assujettis à aucune norme congruente ni à aucune reddition de comptes spécifique sur leurs interventions, incluant le temps réponse consacré à un appel. Ce qui a pour conséquence que nous sommes dans l'impossibilité d'obtenir un portrait véritable de la performance globale des SPU, même si les autres acteurs de ce système sont astreints à des processus de reddition de comptes élaborés. Car il faut le souligner : on fait trop souvent l'erreur de comparer les temps réponses de territoires situés hors Montréal avec les temps systémiques, alors que ces derniers sont l'apanage de Montréal (et quelques rares autres municipalités) où l'on trouve des pompiers premiers répondants disséminés sur le territoire, à plus ou moins grande proximité des lieux d'où proviennent les appels. Or, pour toutes sortes de raisons faciles à deviner, il serait douteux que l'on en arrive un jour à ce que soit répandue partout cette structure organisationnelle impliquant des pompiers dans la chaîne d'intervention permanente. Cependant, il serait souhaitable et davantage cohérent que partout où il se trouve des pompiers permanents, ils soient effectivement intégrés à cette chaîne d'intervention permanente et que les investissements conséquents soient consentis par les autorités concernées.

Par ailleurs, nous pensons que l'introduction récente du DEA au sein de la Sûreté du Québec est révélatrice d'un manque de coordination de la part du MSSS. Une entente comportant des projets-pilotes a été conclue entre le MSSS et la Sûreté du Québec sans qu'on leur ait fixé des objectifs ou des orientations clairs. De plus, cette entente prévoit des procédures opérationnelles pour la définition desquelles les CCS n'ont guère été mis à contribution. C'est ainsi que les agents de la SQ, contrairement aux techniciens ambulanciers paramédics (TAP), n'ont pas l'obligation d'activer la fonction du DEA qui permet d'enregistrer tous les propos qui sont tenus autour de l'appareil pendant l'intervention. Ces enregistrements servent en temps normal au contrôle de la qualité. Précisons que c'est la direction de la SQ qui a exigé cette exception pour ses agents, à laquelle s'ajoute le fait que c'est un médecin de la SQ, et non de l'Agence régionale concernée, qui reçoit et évalue le rapport de l'intervention.

La résultante en est que nous imposons aux CCS la mise sous tension d'un intervenant supplémentaire sans qu'il obéisse aux mêmes règles de qualité et de performance

au niveau de la répartition, tout en ajoutant une tâche qui invariablement influencera le temps de traitement des appels.

Ce faisant, le MSSS a omis de faire preuve de la cohérence nécessaire entre les services en place et s'est immiscé dans des procédures opérationnelles qui sont du ressort des CCS.

Dans le bon ordre des rôles et responsabilités, le MSSS aurait dû partager des orientations et objectifs avec le réseau afin de présenter à la Sûreté du Québec un document qui comporte des orientations cohérentes et des cibles en lien avec ses objectifs. Par la suite, des procédures opérationnelles auraient pu être proposées par le réseau pour conclure avec la Sûreté du Québec une entente opérationnelle répondant aux orientations et objectifs des SPU.

L'ajout de types d'intervenants différents dans la chaîne d'intervention préhospitalière ne peut que concourir à accroître la complexité des tâches de la répartition dans les CCS et donc d'accroître le risque d'engendrer des délais de répartition ou dûs à des erreurs. Il faut donc viser à limiter la multiplication des types d'intervenants et augmenter l'efficacité des intervenants en place. Finalement, il faut implanter une culture de la performance afin de mesurer les impacts des actions entreprises et chercher à combler les lacunes importantes dans l'intégration et l'encadrement des premiers intervenants et des premiers répondants.

**RECOMMANDATION : que l'on veuille à garantir et maintenir la robustesse de la chaîne d'intervention préhospitalière et la coordination des actions et objectifs afin d'en assurer la pérennité et l'efficacité.**

La mise en place de divers niveaux de premiers répondants au cours des dernières années a permis de bonifier le modèle déjà existant. En déployant des niveaux de formation adaptés à des responsabilités spécifiques, on a facilité l'implantation d'équipes de premiers répondants afin de rendre plus accessible la formation aux groupes de citoyens intéressés.

Antérieurement, le nombre d'heures important de la formation requise, jumelé à un faible nombre d'interventions, constituait un frein à la mise en place d'équipes de premiers répondants ou à leur pérennité.

Cependant, malgré ces efforts, il existe toujours une ambiguïté quant à la volonté réelle du MSSS d'implanter le modèle existant de premiers répondants à travers le Québec. Le MSSS a choisi de financer à grands frais le service d'incendie de la Ville de Montréal afin que les pompiers agissent à titre de premiers répondants alors que d'autres villes souffrent d'insuffisance en ressources ambulancières et n'ont toujours pas de services de premiers répondants.

Par la loi, le service de premiers répondants est une responsabilité qui a été parachu-

tée dans la cour des municipalités et pour laquelle les moyens nécessaires à l'exercice de cette responsabilité n'ont pas été octroyés dans toutes les régions.

Pourquoi les premiers répondants ne sont-ils pas assujettis aux mêmes normes en santé et sécurité du travail que les autres intervenants d'urgence? Pourtant, le statut des intervenants ne change pas le risque auxquels ils sont exposés à l'occasion d'un événement donné. Le premier répondant se présente souvent le premier sur le site d'un accident avec comme seul équipement sa trousse médicale et son DEA, chaussé de ses sandales et habillé de ses vêtements personnels du moment. Alors que les TAP et les pompiers arrivent sur les mêmes lieux quelques minutes plus tard, munis de leurs boîtes de protection et de leur «bunker suit».

Pourquoi les premiers répondants ne disposent-ils pas des mêmes moyens de communication que les autres intervenants? Le RENIR ne prévoit même pas l'intégration des premiers répondants à son réseau de radiocommunications. Ayant comme seul moyen d'affectation un messenger alpha-numérique, il est impossible de communiquer avec les équipes et d'assurer leur sécurité en cas d'une situation à risque. Pourtant, le MSSS maintient l'affectation du premier répondant sur des appels avec risque de violence.

Nous croyons que les premiers répondants devraient être membres à part entière de la chaîne d'intervention préhospitalière au niveau régional, et qu'en conséquence le MSSS devrait dissiper les zones grises qui existent dans la loi quant à leur rôle et surtout, quant au processus de reddition de comptes qui devrait s'appliquer à eux comme aux autres intervenants. Un financement devrait être établi pour couvrir non seulement les équipements médicaux mis à leur disposition mais également les équipements requis afin d'assurer leur santé et leur sécurité lors de leurs interventions.

Il est primordial que les règles de financement soient claires, uniformes et équitables pour l'ensemble du Québec et qu'elles soutiennent une stratégie globale de déploiement comportant des objectifs et des cibles à court et moyen termes.

Les réalités qui touchent les premiers répondants sont parfois variables à l'intérieur d'un même territoire ou d'un territoire à l'autre. Leur situation est souvent instable, aléatoire, même si dans certaines régions on a tenté de les organiser, parce qu'ils ne sont ni coordonnés, ni structurés et qu'ils agissent sur une base volontaire. Qui plus est, la rapidité de leur intervention est tributaire de nombreux facteurs liés à leurs occupations professionnelles et souvent hors de leur contrôle, comme leur disponibilité immédiate.

En résumé, tout ce qui touche les premiers répondants se passe généralement de façon éparse, à coups d'initiatives personnelles et sporadiques. Il manque aux SPU un lieu structuré et compétent pour discuter des questions relatives aux premiers répondants avec les municipalités, d'une part, et d'autre part pour développer une politique nationale en la matière et mesurer l'efficacité des premiers répondants sur leur territoire.

Sur le plan opérationnel, cependant, une telle structure d'accueil et de gestion particulière pour les premiers répondants devrait être sous la responsabilité et l'autorité des CCS. Nous pensons que cela permettrait un développement plus uniforme de ce service à travers le Québec et favoriserait une saine émulation entre les régions. Cela favorise-

rait également leur intégration dans la chaîne d'intervention des SPU.

Les entreprises ambulancières seraient ouvertes à l'idée d'exercer un rôle dans la formation des premiers répondants, l'implantation d'équipes et le suivi de la qualité sur leur territoire, en autant que les règles de financement soient revues. Entre autres, nous avons des TAP qui arrivent en fin de carrière et qui possèdent déjà la formation nécessaire pour donner des services de premiers répondants de qualité. Cela se fait aux États-Unis, pourquoi pas ici ?

**RECOMMANDATION : que la stratégie de déploiement des premiers répondants soit renforcée et raffinée et qu'on en assure le financement adéquat.**

## 4. LES DÉFIS DE NATURE OPÉRATIONNELLE

---

**T**rois étapes avaient été identifiées par le Comité Dicaire dans la démarche qu'il entendait suivre : 1- Où en sommes-nous ? 2- Où voulons-nous aller ? et 3- Comment s'y rendre ? C'est à la complétion de cette troisième étape que nous sommes rendus aujourd'hui.

On peut dire en effet que l'implantation des services 911 et leur conjonction avec les Centres de communication santé est maintenant complétée de façon satisfaisante. De même, les liens entre les CCS et les entreprises ambulancières ont évolué très favorablement, même si se produisent parfois certaines frictions dans le bouillonnement du quotidien.

La présentation conjointe du présent mémoire par des entreprises ambulancières et des CCS témoigne bien du chemin parcouru, de la collaboration établie et par-dessus tout, de notre engagement commun à rendre plus performant le système préhospitalier. Ainsi, les recommandations qu'il contient sont-elles le fruit non seulement d'un consensus entre ces deux groupes d'entreprises, qui sont l'incarnation du système des SPU sur le terrain dans le quotidien, mais aussi d'une vision commune de l'avenir de ce système. Le fait est loin d'être anodin à nos yeux, aussi prenons-nous la peine de le souligner.

D'autres avancées significatives ont été réalisées au cours de ces douze dernières années. Par exemple : le contrôle médical sur le système existe maintenant partout de façon satisfaisante. Et nous aimons également à penser que la performance constamment bonifiée des entreprises ambulancières compte parmi ces aspects positifs de l'évolution des SPU. Cependant, là où, à nos yeux, les lacunes opérationnelles sont les plus persistantes et dommageables, c'est en ce qui regarde l'arrimage entre les services ambulanciers et les hôpitaux.

### **4.1 Les entreprises ambulancières : des acteurs locaux responsables et engagés**

Les dirigeants des entreprises ambulancières ont trop souvent la conviction que les hôpitaux les regardent comme des étrangers dans « leur » réseau. En effet, on y prend des décisions qui les touchent sans les consulter, ni même se préoccuper de leurs réalités. Ainsi a-t-on vu, à titre d'exemple, un hôpital ajouter à ses services à la population pas moins de cinq salles d'hémodynamie, sans même que l'entreprise ambulancière qui dessert son territoire n'en ait été informée, et encore moins consultée pour savoir si elle était en mesure d'assurer efficacement les transports supplémentaires que cet ajout impliquait.

En pareille situation, l'entreprise intervient à posteriori des décisions, n'ayant même pas participé aux discussions, et donne l'impression, par ses réactions légitimes, d'un faiseur de troubles plutôt que celle d'un acteur intéressé à l'innovation et à la recherche de solutions.

Or, les entreprises ambulancières sont responsables et engagées à donner le meilleur service possible à la population qu'elles desservent.

## Trois niveaux de gestion

Tous conviennent que la qualité des interventions dans les services préhospitaliers d'urgence dépend beaucoup de la cohérence entre les intervenants de la chaîne d'intervention : PI - 911 - CCS - PR - services ambulanciers - établissement receveur.

Pour ce faire, des niveaux de gestion appropriés doivent être présents au sein de toutes les régions afin de traiter les questions de nature opérationnelle, tactique et stratégique. Les entreprises ambulancières doivent être présentes à tous ces niveaux de gestion afin d'apporter leur contribution aux bonnes tribunes et du même fait, aux bons partenaires.

Le niveau de gestion opérationnelle peut prendre la forme d'une instance régionale portant principalement, mais non exclusivement, sur les transports interétablissements, permettant une participation élargie des acteurs terrains, hôpitaux, entreprises ambulancières et CCS afin de déceler les problématiques et enjeux de nature opérationnelle et d'identifier des pistes de solution.

Le niveau de gestion tactique peut prendre quant à lui la forme d'un comité plus restreint de représentants des mêmes entités afin d'approfondir des problématiques ou enjeux identifiés par le niveau de gestion opérationnelle et de concocter des protocoles ou procédures qui seront éventuellement présentés au niveau stratégique pour approbation.

La CSAQ croit que chaque niveau de gestion a le pouvoir d'agir à l'intérieur de son champ de compétences propre, mais que c'est essentiellement à travers la discussion et la mise en commun des idées et expériences des différents niveaux de gestion que peut s'enraciner une salutaire fluidité à travers tous les maillons de la chaîne d'intervention.

**RECOMMANDATION : que dans chaque territoire desservi par un CCS soient mises en place des instances permanentes de gestion opérationnelle et tactique qui agiraient comme des lieux d'échange d'information et de concertation entre les acteurs de la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence de façon à assurer une plus grande cohérence dans l'offre de services.**

## La prise en charge aux urgences

L'efficacité de la prise en charge aux urgences est un exemple fréquent de ces problèmes de cohésion entre les hôpitaux et les entreprises ambulancières que nous déplorons.

Nous pensons que cette prise en charge devrait avoir pour objet non seulement de diriger le patient au bon endroit à l'intérieur de l'établissement receveur mais aussi de libérer le plus rapidement possible le véhicule d'urgence, qui autrement reste hors service pendant tout le temps où s'effectue le processus de prise en charge.

Disons-le tout de suite : il n'est pas de notre intention de nous ingérer ici dans les décisions opérationnelles qui relèvent des hôpitaux. Et ajoutons aussi que nos membres sont sensibles aux difficultés rencontrées par leurs partenaires des hôpitaux et tentent, du mieux qu'ils le peuvent, de collaborer avec eux.

Nous sommes conscients également que les entreprises ambulancières doivent elles-mêmes faire des efforts auprès de leurs TAP pour que certaines lenteurs inexcusables soient rectifiées. Certaines entreprises ambulancières, qui grâce à leur taille importante ont les moyens de le faire, comme la CETAM, investissent argent et énergie en déployant un ou des superviseurs dont le rôle est d'aider à la prise en charge de façon à ce que les TAP puissent retourner en disponibilité dans les meilleurs délais. C'est la CETAM également qui réussit à faire quitter ses véhicules de l'urgence, lorsqu'ils sont envoyés dans des hôpitaux montréalais, quelque dix minutes plus vite que lorsque des ambulances d'Urgences-santé sont envoyées dans des hôpitaux de la Montérégie. Est-il nécessaire cependant de souligner qu'une entreprise de moins grande taille que la CETAM et opérant loin des centres urbains, ce qui constitue le cas de la grande majorité de nos membres, n'a pas toujours les ressources suffisantes pour affecter des superviseurs en appui à la prise en charge dans les urgences ? Et que seule une réponse de nature systémique à ce problème peut véritablement déboucher sur une amélioration des services à la population ?

Une question vient souvent à l'esprit de nos membres aux prises avec un problème de civières retenues aux urgences : pourquoi les responsables de la prise en charge dans certaines urgences hésitent-elles à envoyer le patient arrivé par ambulance dans la salle d'attente lorsqu'il s'agit à l'évidence d'un cas où il devrait en effet être dirigé vers la salle d'attente, de façon à libérer ainsi le véhicule ambulancier plus rapidement ? Sans compter la valeur « éducative » du message que le patient devrait normalement lire dans cette décision...

Par ailleurs, nous savons que dans certains hôpitaux existe aux urgences un processus de prise en charge dédié aux services ambulanciers. Une solution qui a évidemment pour résultat de permettre aux TAP de retourner à leur point d'attente ou point de service plus rapidement. Bien que nous soyons conscients qu'une telle pratique est difficilement implantable partout, pourrait-on émettre le souhait que les autorités concernées fassent l'effort d'en examiner la possibilité, ou tout au moins celle d'une implantation graduelle ou partielle ?

Nous croyons également qu'il serait profitable de répandre la pratique de l'encodage

des appels avant l'arrivée aux urgences. Il est évident, en effet, que si les responsables de l'urgence connaissaient d'avance les données médicales du patient que les TAP s'apprêtent à remettre entre leurs mains, ils pourraient se préparer en conséquence et nécessairement il en résulterait un gain en temps et en efficacité, et cela sans ajout de ressources, donc une plus grande efficience.

Il est impératif que des actions soient prises rapidement pour éliminer les délais d'attente des techniciens ambulanciers paramédics aux urgences sans quoi la performance globale du réseau préhospitalier en sera affectée.

**RECOMMANDATION : que les hôpitaux prennent les mesures appropriées pour améliorer l'efficacité du processus de prise en charge aux urgences de façon à permettre aux techniciens ambulanciers paramédics de retourner en disponibilité plus rapidement et que des mesures concrètes soient mises de l'avant pour éliminer leurs délais d'attente dans les urgences.**

### Quelques exemples de dysfonctionnements

Les défis de nature opérationnelle qui confrontent notre système préhospitalier sont nombreux et on pourrait en parler longuement. Nos membres sont fréquemment confrontés à des dysfonctionnements systémiques qui se présentent sous l'une ou l'autre des formes suivantes :

- des empiètements sur la sphère de compétence d'un acteur du système par un autre, que ces chevauchements résultent ou non d'une mauvaise compréhension des rôles et responsabilités par certains d'entre eux ;
- des problèmes de cohésion et de coordination entre les régions ;
- des incohérences entre les divers paliers décisionnels ;
- des dédoublements entre ce que font ou décident les autorités du palier national et celles du palier régional ;
- des délais injustifiés dans la prise de décisions par le MSSS ou les Agences.

Nous avons choisi de ne pas trop insister sur ces aléas que nos membres doivent affronter quotidiennement, la plupart du temps des problèmes qui devraient normalement pouvoir se régler en un ou deux coups de fil entre personnes compétentes. Mais voilà, la réalité est tout autre, comme on pourra le constater en prenant connaissance des documents, principalement des échanges de correspondance, colligés en annexe 2.

Est-ce que tout cela est tragique ? Certes, aucun drame n'en a résulté et la santé publique n'a pas été mise en danger, mais peut-on se dire franchement que ces « faits vécus » sont sources de lenteurs administratives et d'irritants importants dans le travail quotidien de ceux qui oeuvrent au sein des entreprises ambulancières ? Et qu'ils constituent donc autant d'entraves à l'atteinte d'une efficience optimale des SPU ?

## **4.2 Des outils d'information sous-utilisés pour une pratique de qualité et performante**

De la cohésion et de la fluidité des interventions des maillons de la chaîne d'intervention, répétons-le, résulte une plus grande qualité des services à la population et une plus grande efficacité du réseau. Or, nous sommes actuellement dans l'impossibilité de mesurer adéquatement cette qualité et cette efficacité. Il serait pourtant pertinent et profitable de pouvoir mesurer de façon scientifiquement valide la performance des SPU et la qualité des services qui y sont prodigués.

Pour ce faire, nous pensons que les systèmes d'information existants devraient partager leurs données.

Il est inconcevable que le registre de traumatologie des établissements ne communique pas avec le système d'information des CCS. Cette corrélation précieuse des informations disponibles permettrait d'évaluer de façon précise et objective l'impact des délais réponses sur l'état de santé des usagers. Ces résultats d'analyse permettraient d'influencer scientifiquement et objectivement autant les plans de déploiement que les priorités déterminées pour les codes MPDS.

Les TAP sont encore aujourd'hui obligés de remplir des formulaires sur papier pour recueillir des données de gestion quand ces mêmes données sont colligées par les systèmes d'information des CCS. Ces tâches, sans valeur ajoutée, ne sont plus adaptées. L'informatisation de la gestion doit être complétée afin de libérer les acteurs terrain de tâches cléricales et ainsi augmenter leur efficacité.

**RECOMMANDATION : que tous les partenaires des services pré-hospitaliers d'urgence disposent d'un système d'information uniforme et efficace pour rassembler les données nécessaires à un examen de l'ensemble du continuum de services dans le but d'en mesurer la performance et la qualité ; que l'on planifie le développement continu des outils technologiques et que cette planification soit élaborée à partir d'une vision à long terme ; que l'informatisation de la gestion soit complétée afin d'éliminer les formulaires sur papier.**

## 4.3 Des outils technologiques essentiels

Depuis quelques années, on a commencé à implanter un « Réseau national intégré de radiocommunication » (RENIR) dans quelques régions. Cette décision, nous tenons à le souligner, a été prise encore une fois sans consulter les entreprises ambulancières concernées. Et si elle avait été soumise à l'appréciation des instances régionales de gestion et de concertation, par exemple comme celles que nous préconisons, il est certain que sa pertinence aurait été sérieusement mise en doute en regard des coûts énormes qu'elle entraîne (des centaines de millions de dollars, combien exactement, le CNSPU est mieux en mesure que nous de le savoir...), pour des résultats pour le moins décevants.

**RECOMMANDATION : que soient réévaluées l'efficacité et l'efficience du RENIR.**

Car quelle était la nécessité ou l'urgence de mettre en place cet outil technologique instable et très onéreux alors qu'on peine à introduire de façon uniforme l'utilisation des terminaux véhiculaires, beaucoup plus efficaces ?

On sait que maintenant, grâce à ces terminaux véhiculaires, les délais d'intervention peuvent être suivis en temps réel. En équiper tous les véhicules permettrait aux TAP de corriger rapidement les anomalies qu'ils constatent. Parce que ces données seraient visibles directement sur le terrain, plutôt qu'à la fin des interventions à l'intérieur de leurs rapports, les TAP seraient en mesure d'ajuster immédiatement les opérations et d'agir vraiment sur le temps systémique (le résultat), et donc d'améliorer la performance de leurs interventions.

**RECOMMANDATION : que soient systématiquement installés des terminaux véhiculaires afin que les techniciens ambulanciers paramédics puissent agir sur le résultat de leurs interventions de façon proactive et en améliorer la performance.**

## 4.4 Les défis de l'encadrement médical

La place prépondérante conférée dans la loi à l'encadrement médical est sans équivoque. Cependant, les rôles et responsabilités médicaux ont été actualisés à l'intérieur de la structure gouvernementale (ministère et agences), en parallèle avec les rôles et responsabilités dévolus aux centres de communication santé et aux entreprises ambulancières.

L'évolution du secteur préhospitalier au Québec, avec la mise en place des CCS en dernier lieu, après tous les autres maillons, a probablement contribué à produire cet effet silo.

Il existe donc un écart selon les régions entre l'implication réelle des directeurs médicaux dans les CCS et auprès des entreprises ambulancières.

### L'encadrement médical et les entreprises ambulancières

Les entreprises ambulancières ne peuvent pas exercer pleinement leur rôle de gestion des ressources humaines. L'évaluation de la qualité des actes des TAP est effectuée à l'Agence par des TAP sous l'égide du directeur médical régional. Cette évaluation ne couvre cependant pas toutes les activités des TAP.

À l'apparition de problématiques de comportement et/ou de jugement des TAP, intriqués à des problèmes de qualité de l'acte, surgissent des difficultés dans la définition de la conduite à tenir ou les mesures administratives ou disciplinaires à appliquer. Les entreprises ambulancières sont dépendantes des « dialectiques » régionales en matière d'assurance qualité, laquelle connaît un sort à géométrie variable selon les régions. Une d'entre elles a même cessé pendant plus d'un an d'effectuer le contrôle, le suivi et l'amélioration de la qualité parce que la personne responsable à l'Agence était en congé maternité. Par contre, les CCS ne subissent pas ces inconvénients, ayant développé leur unité d'assurance qualité selon les normes MPDS et celles de l'International Academy of Emergency Medical Dispatch (IAEMD).

Les entreprises ambulancières ont vécu au fil des dernières années une saine évolution de leur responsabilisation, de l'encadrement de leurs ressources et de leur gestion proactive de la santé et sécurité au travail. Si elles étaient responsables de la gestion de la qualité, de même que de la formation des TAP, elles pourraient assumer de façon plus cohérente l'ensemble des responsabilités à l'égard de leurs ressources humaines.

L'expertise médicale pourrait être offerte en appui à ce rôle plus grand des entreprises en matière de gestion de la qualité. L'élaboration d'audits et d'outils standardisés au niveau national, réalisés conjointement, permettrait d'effectuer un contrôle de la qualité plus élargi et permanent.

Une stratégie progressive de prise en charge de la qualité pourrait être mise de l'avant

afin de permettre aux entreprises ambulancières d'intégrer ces responsabilités. La mise à contribution des superviseurs permettrait de développer une approche prospective plutôt que la seule approche rétrospective que l'on connaît actuellement.

**RECOMMANDATION : que les entreprises ambulancières assument progressivement la gestion de la qualité de l'acte des techniciens ambulanciers paramédics.**

## **4.5 L'encadrement médical et la formation des techniciens ambulanciers paramédics**

La formation s'est grandement standardisée au cours des dernières années. La mise en place d'un processus national de délivrance des cartes de compétence a permis de réduire considérablement les difficultés que les entreprises ambulancières vivaient en raison de l'harmonisation déficiente des formations et des exigences régionales.

Cependant, les entreprises ambulancières et les CCS expriment des réserves à l'endroit de l'implantation de nouvelles pratiques et de nouvelles formations sans qu'ils soient mis à contribution quant à l'analyse et le processus de leur mise en place.

La récente saga des formulaires AS-810 démontre bien les ratés dont le système est capable lorsqu'il se prive de l'apport de ses partenaires. En agissant de façon unilatérale et précipitée dans le refonte du formulaire, en négligeant d'analyser tous les impacts que ces changements étaient susceptibles d'engendrer, le MSSS s'est privé des judicieuses ressources dont il dispose et a manqué à son devoir de rechercher la collaboration de ses partenaires.

De plus, il importe de s'assurer que les pratiques ou formations tiennent compte des particularités et/ou contraintes régionales.

**RECOMMANDATION : que l'on développe le contenu des formations et que l'on harmonise les nouvelles pratiques des techniciens ambulanciers paramédics à l'échelle nationale.**

**RECOMMANDATION : en cohérence avec le désir d'assurer la gestion de la qualité des actes des techniciens ambulanciers paramédics, que les entreprises ambulancières soient responsables de la formation des techniciens ambulanciers paramédics.**

## Un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédics ?

La création d'un ordre professionnel n'a pas pour but de reconnaître à sa juste valeur une profession, contrairement à la croyance populaire, mais bien de reconnaître des responsabilités, des prérogatives et des contraintes destinées à la protection du public.

La plus grande autonomie des TAP et l'accroissement de leurs responsabilités ont justifié la mise en place de dispositions législatives dans la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence afin d'encadrer la qualité de leurs actes.

Certains suggèrent donc que la mise sur pied d'un ordre professionnel serait de nature à accentuer la professionnalisation du rôle des TAP et de sanctionner les fautes graves. Il apparaît certain à la CSAQ qu'il existe des lacunes dans la formation des TAP en ce qui regarde la connaissance du milieu de la santé dans lequel ils évoluent, l'adhésion à la mission de ce milieu et à l'éthique que l'on y prône. Il nous semble clair que le cursus des programmes de formation académique, de même que la formation continue actuellement assurée par les agences, devraient prendre en compte les aspects déontologiques et comportementaux, ainsi que l'approche empathique et compatissante. Une expérience en ce sens, baptisée « L'autre côté de la médaille », a été tenue par le MSSS en 2012-13, mais n'a malheureusement pas été arrimée à la gestion des ressources humaines dans les entreprises pour la suite des choses. L'approche que nous préconisons, au contraire, permettrait aux entreprises de non seulement promouvoir ces valeurs d'empathie et de compassion, mais aussi d'apporter les correctifs nécessaires lorsqu'ils constatent que des accrocs leur sont faits.

Serait-il alors pertinent de créer un ordre professionnel des TAP ?

**RECOMMANDATION** : que l'on réexamine le cursus de la formation académique et la formation continue afin de favoriser une meilleure intégration des TAP au réseau préhospitalier et une plus grande conscience des aspects déontologiques et comportementaux de la profession ; que cette formation soit arrimée à la gestion des ressources humaines des entreprises ambulancières.

**RECOMMANDATION** : qu'une consultation et une réflexion soient conduites sur la pertinence de demander la création par l'État d'un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédics.

## 4.6 Les défis du transport médical

Tout comme les interventions des premiers répondants, les activités des transports médicaux ne sont pas réglementées et ne font pas l'objet de redditions de comptes spécifiques. Le transport médical n'est tout simplement pas intégré dans le système actuel des SPU. Bien que le MTQ prétende normaliser le type de véhicule utilisé, la réglementation actuelle n'est pas adaptée aux activités du transport médical.

Les membres de la CSAQ sont d'avis que pour servir l'efficacité des SPU, nous devons privilégier le bon moyen de transport pour le patient entre l'ambulance, le transport médical, le taxi, les parents ou amis, etc.

Présentement, les décisions concernant l'utilisation d'un moyen de transport plutôt qu'un autre, dans bien des hôpitaux, se prennent selon des critères qui n'ont rien à voir avec les règles d'efficacité du SPU. Elles sont tout simplement basées sur une logique opérationnelle plutôt que sur des critères cliniques. Les délais nécessaires pour libérer un lit et/ou une civière dans une unité de soins sont sans contredit le critère le plus répandu. La méconnaissance du coût d'utilisation réel du transport ambulancier et de son impact sur la couverture du territoire est le deuxième facteur qui pousse les intervenants à ne pas se questionner sur le type de transport requis. Finalement, la méconnaissance et même l'absence d'autres types de transport occasionnent une pression supplémentaire sur la demande de véhicules ambulanciers.

Nous pensons que si le secteur du transport médical était soumis à des règles claires et connues, il pourrait être utilisé de façon plus efficace, rendant ainsi les SPU nettement plus efficaces. En effet, cela aurait pour effet d'augmenter la disponibilité des ambulances pour répondre à des appels de priorité supérieure.

À ce sujet, le Rapport Dicaire avait proposé une grille de critères cliniques qui a été révisée par le MSSS dans les dernières années mais dont l'implantation ne se fait pas encore sentir sur le terrain.

Nous voulons signaler par ailleurs l'expérience du CAUREQ qui a poussé l'implantation de la grille de critères cliniques jusqu'à la création d'un outil d'aide à la prescription médicale pour l'utilisation du moyen de transport le plus approprié afin de fournir au médecin ou son mandataire un algorithme décisionnel adapté à la réalité de leur région.

Ils ont constaté que la détermination du mode de transport, bien qu'elle soit sous responsabilité médicale, n'est pas toujours déterminée par un médecin. Cette expérience nous a notamment appris que lorsqu'on introduit certaines notions plus cliniques dans le choix du mode de transport, on s'aperçoit que cela induit des modulations très différentes selon les particularités du territoire concerné. Des équipes traitantes trop prudes se voient réduire l'utilisation de l'ambulance tandis que d'autres, davantage préoccupées par la nécessité de libérer un lit, pourraient prendre une décision plus éclairée quant au moyen de transport approprié.

Ainsi, le but ultime d'un tel outil est de s'assurer que l'on recoure au moyen de transport le plus approprié en fonction d'une gestion du risque qui tient compte de l'état clinique de l'utilisateur, de la durée du transport interétablissement et de la proximité d'urgences dans l'éventualité où surviendrait un problème imprévu.

Il est très clair néanmoins que le transport médical n'offre pas le support d'un personnel spécialisé (TAP), le Collège des médecins a d'ailleurs reconnu ce fait en demandant aux médecins de prescrire le transport par ambulance dans les cas où une telle assistance est souhaitée.

Nous proposons également que la réglementation traite aussi des équipements, de la formation, du contrôle de la qualité, et du contenu des rapports d'intervention permettant de mesurer la performance et d'évaluer l'efficacité et l'efficience.

**Recommandation : que soient implantées des normes réglementaires et standardisées dans le secteur du transport médical de façon à pouvoir circonscrire la place du transport médical dans notre système et que la gestion du mode de transport soit de la responsabilité du CCS.**

## **4.7 Le défi de l'utilisation judicieuse de l'ambulance**

Les membres de la CSAQ croient que l'utilisation judicieuse de l'ambulance, que ce soit lors d'un transport primaire ou d'un transport interétablissement, doit animer toute mesure qui vise la réduction de cette utilisation.

Selon le mémoire présenté à la Commission des affaires sociales par M. Claude Castonguay en mars 2006 pour le CIRANO, portant sur la pérennité du système de santé, la santé est « un bien privé financé publiquement ». Il précise: un bien produit sous la responsabilité de l'État n'est pas nécessairement un bien public dans le sens économique du terme. Un bien public au sens économique est un bien dont la consommation par un individu n'empêche pas la consommation du même bien par un autre individu... Les soins de santé sont en réalité des biens privés qui sont financés collectivement, ce qui a comme conséquence que le consommateur dissocie le prix du bien de la quantité consommée. En prenant sa décision de consommation, le consommateur (le patient) évalue ses bénéfices et coûts de façon individuelle en négligeant les coûts/bénéfices sociaux de sa consommation. Cela, dans une large mesure, déresponsabilise les individus. Il devient alors difficile de limiter la demande aux soins nécessaires. Et l'on y voit une claire invitation au gaspillage des ressources.

Malgré cet état de fait, la CSAQ ne croit pas qu'un «ticket modérateur» ait l'effet souhaité globalement étant donné que les créances irrécouvrables sont assumées de toute

façon en bout de piste par l'État.

D'autre part, un ticket modérateur pourrait avoir un effet pervers en décourageant celui qui a besoin de recourir à une prise en charge par les SPU de le faire pour des raisons économiques.

Une alternative qui pourrait avoir plus d'impact significatif serait de reporter l'âge de la gratuité des 65 ans et plus à 70 ou même 75 ans et plus. Dans un contexte de vieillissement de la population, cette mesure pourrait favoriser une responsabilisation accrue des utilisateurs face à leur utilisation des ressources ambulancières.

Sous un autre angle, la notion du médicalement requis et du socialement requis, qui sont les raisons d'admissibilité à la gratuité chez les personnes de 65 ans et plus, alimente sans cesse le travail des Commissaires aux plaintes de bien des établissements de santé qui osent y mettre un peu d'ordre. Dans d'autres établissements de santé, la mise en place des CCS a incité leurs dirigeants à laisser de côté cette responsabilité, prenant pour acquis que les CCS régleraient la pertinence des demandes du citoyen. Par effet pervers, souvent les médecins cherchent à éluder cette responsabilité parce qu'elle génère des plaintes médicales.

Finalement, il n'est pas rare que certains usagers fassent tellement appel aux services d'ambulance que les TAP reconnaissent l'utilisateur dès l'affectation du CCS par son adresse et le déterminant MPDS comme si c'était le nom de l'utilisateur.

À toute maladie son bon remède : serait-il imaginable de déterminer d'autres interventions pour des usagers qui demandent une ambulance lorsque leur condition clinique, notamment sociale, ne nécessite pas un transport par ambulance? Rediriger ces appelants vers Info-Santé permettrait possiblement, par la mise en place de protocoles appropriés et la mise à contribution des intervenants de première ligne en CLSC, de répondre plus adéquatement aux besoins de ces usagers et du même fait, de traiter les causes fondamentales de leur appel.

L'utilisation d'unités d'intervention des entreprises ambulancières, au lieu des intervenants en première ligne, de l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), ou un partage des responsabilités entre les trois, mériterait également qu'on s'y attarde étant donné le succès d'une telle façon de faire rapporté dans d'autres provinces ou États américains.

**RECOMMANDATION:** que l'on développe des projets pilotes en lien avec Info-santé et les CLSC, ou des unités d'intervention des entreprises ambulancières, afin d'évaluer et mesurer ces pratiques prometteuses dans le contexte québécois, pratiques qui permettraient une utilisation judicieuse du recours à l'ambulance et incidemment, une réduction du nombre de consultations aux urgences.

## 4.8 La gestion des risques

Le développement cloisonné de la gestion de la qualité au niveau des Agences, ajouté à une gestion des risques en ce qui concerne la santé et sécurité au travail au sein des entreprises, permettent difficilement d'avoir un portrait d'ensemble, de tenir compte des effets croisés entre les risques et de prendre les bonnes décisions.

Plusieurs lois à travers le monde en matière de gouvernance ont incité les administrateurs à gérer les risques. Ces risques sont reliés habituellement aux soins et aux services rendus aux usagers, aux gestes posés par les intervenants cliniques et non cliniques, aux équipements et aux immeubles, aux opérations financières, aux responsabilités reliées à la mission et aux relations avec les familles, les stagiaires, les fournisseurs, etc.

Le législateur a voté en 2012 la loi 113 sur la déclaration des accidents et incidents et la divulgation des événements indésirables. Cette loi touche seulement une partie de la gestion des risques, soit celle qui touche la prestation des soins et des services.

Bien qu'elle vise l'ensemble des soins et services périhospitaliers, aucune actualisation de cette loi 113 n'a été appliquée au secteur préhospitalier. Selon l'Association québécoise des établissements en santé et services sociaux (AQESSS), la gestion des risques est reconnue comme une composante essentielle des meilleurs pratiques de gouvernance.

La fin des années 2000 a vu la publication de plusieurs référentiels concernant la gestion intégrée des risques. Quelques entreprises ambulancières ont même déjà amorcé des réflexions et instauré des pratiques afin d'identifier des risques et de mettre en place des processus pour les analyser.

Les entreprises ambulancières et les CCS sont donc persuadés que le développement de la gestion intégrée des risques au sein de leurs organisations permettrait d'améliorer la performance de l'ensemble du secteur préhospitalier.

Dégager une vision globale des risques demeure le défi de nos organisations qui désirent maintenir la conduite irréprochable qui est essentielle pour mériter la confiance du citoyen.

**RECOMMANDATION : que soit développée, de concert avec les entreprises ambulancières et les CCS, une approche de gestion intégrée des risques.**

## 5. LES DÉFIS DE NATURE STRATÉGIQUE

---

### 5.1 Une gouvernance renouvelée

**L**a gestion du secteur préhospitalier a évolué considérablement depuis les dernières années. La mise en place d'une direction médicale nationale et celle des centres de communications santé, pour ne nommer que ces initiatives, ont engendré un bouleversement important des pratiques de gestion.

Les acteurs ont actualisé leur rôle, pris leur place et se sont adaptés aux changements de pratique. Globalement, le bilan est positif et les relations sont harmonieuses. Cependant, certaines expériences, bien qu'épisodiques, ont eu tendance à engendrer un certain degré de méfiance envers l'appareil gouvernemental, ne serait-ce, par exemple, que par certaines déclarations suite à la création du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence.

La reddition de comptes a entraîné de la part du MSSS, à plus d'une occasion, des approches autocratiques (« top-down ») qui ont occasionné des coûts importants, des coûts que le contribuable trouverait probablement injustifiés. Exemple : le dossier des pauses repas rémunérées des TAP, suite aux décisions arbitrales que l'on sait, à l'issue d'une longue saga judiciaire pimentée de péripéties de toutes sortes sur lesquelles nous n'épiloguerons pas ici... À ce sujet, nous croyons pertinent de rappeler que la CSAQ avait prévenu les autorités du Ministère que quelque chose boitait dans l'interprétation qu'elle faisait des clauses des conventions collectives s'y rapportant. En effet, l'évolution de l'organisation des services ambulanciers, notamment l'introduction du déploiement dynamique et de la possibilité qu'un TAP soit mis en disponibilité pendant les périodes de repas dans certaines zones plus densément peuplées, était subordonnée à la Loi sur les normes minimales du travail concernant les heures rémunérées.

Les autorités de la Direction du préhospitalier étaient conscientes des coûts potentiels que recelait un éventuel litige sur le sujet. Mais c'est la Direction des relations de travail du MSSS qui, à l'été 2010, a choisi de privilégier le versement de diverses primes aux TAP et de laisser en plan la question des pauses repas, ouvrant ainsi la porte à une plainte de syndiqués et aux onéreuses décisions judiciaires qui s'en sont suivies.

La gouvernance du secteur préhospitalier telle que développée jusqu'à présent, c'en est là un autre exemple patent, a atteint ses limites et devient de plus en plus complexe. Le Ministère ne peut plus intervenir par le biais de commandes opérationnelles sans créer des effets collatéraux dont il ignore les tenants et aboutissants. Plus récemment, en 2013, une directive ministérielle concernant les règles d'affectation a semé l'émoi à travers toutes les régions devant le danger que constituait pour la qualité des services l'imposition par le Ministère de décisions prises loin du terrain, sans évaluation de leurs impacts et conséquences.

La reddition de comptes sous le mode actuel de gouvernance est donc soumise à des tribulations qui engendrent des tensions inutiles entre les acteurs du réseau. Tel qu'observé par la vérificatrice générale du Canada dans son rapport annuel de 2002 sur la modernisation de la reddition de comptes dans le secteur public, l'accent doit être mis sur les résultats, et en particulier sur les conséquences des décisions prises ; sur le recours aux ententes de partenariat pour la prestation des programmes et des services ; et sur l'octroi d'une plus grande souplesse et d'un pouvoir discrétionnaire élargi aux gestionnaires des programmes publics (tant aux fonctionnaires qu'à leurs partenaires), leur permettant ainsi d'innover.

**RECOMMANDATION:** dans le but d'optimiser les capacités du réseau et de lui permettre d'évoluer afin de répondre aux besoins croissants de la population, que soit opéré un changement dans les règles de gouvernance basé sur les principes suivants :

- Réaliser une transformation de culture qui privilégie une gestion de proximité et qui encourage l'implication de tous en assurant une reddition de comptes rigoureuse et transparente axée sur des résultats.
- Développer dans les soins et services des pratiques cliniques et de gestion innovantes et qui mobilisent l'ensemble des acteurs du réseau préhospitalier.
- Élever sans cesse le niveau d'excellence en faisant l'effort d'utiliser les nouvelles pratiques et de viser l'amélioration continue.
- Créer de la valeur (efficacité et efficience) aux yeux des usagers et de la population.

## 6. LES DÉFIS DES CCS

---

### **De la loi et d'un mandat à un organisme implanté dans son milieu, vers une interface performante d'un réseau pleinement intégré**

**L**es centres de communication santé (CCS) ont su développer au fil des années une expertise significative dans leur domaine. Ils peuvent compter sur une équipe dynamique, professionnelle et expérimentée, en plus d'avoir investi de façon significative dans des équipements et des technologies de pointe afin de pouvoir assurer la qualité des services.

Un exercice de réflexion stratégique a été effectué par les représentants des CCS dans le cadre de la préparation du présent mémoire. Comme ils sont le dernier-né des maillons de la chaîne préhospitalière et qu'on sous-estime souvent leur rôle crucial dans l'efficacité et l'efficience des SPU, les CCS ont également ressenti le besoin de présenter (en annexe 3) leur évolution au cours des dix dernières années, en y faisant état de leurs efforts et de leurs réalisations.

L'apport des CCS au sein de la chaîne préhospitalière est sans équivoque. Il importe maintenant de bien faire ressortir sa valeur ajoutée au processus en délimitant mieux leurs responsabilités, lesquelles sont accentuées par la complexité accrue de leur rôle.

De cette réflexion et de l'expérience des dix dernières années se sont dégagés un certain nombre d'enjeux majeurs et de recommandations arrimés au contexte actuel dans lequel évoluent les CCS, ainsi que des orientations à privilégier au cours des prochaines années.

### **6.1 La gouvernance**

À cet effet, les CCS ont entrepris il y a plus de deux ans de définir les balises d'une gouvernance plus efficace et efficiente des SPU. Dans un contexte aussi névralgique que les services préhospitaliers d'urgence, il n'y a pas de place à l'interprétation, à la confusion des rôles ou à l'ingérence. Il importe que tous agissent en lien avec leurs obligations et en assument l'imputabilité. Pour ce faire, les CCS ont conclu qu'il serait opportun de :

- Scinder le politique de l'opérationnel dans le respect des rôles de chacun des acteurs au niveau national, régional et local ;
- Définir les différents rôles et responsabilités de chacun pour faire en sorte qu'on atteigne la finalité des SPU ;
- Revoir les liens de communication entre les différents paliers et avoir une reddition de comptes précisée ;

- Établir la chaîne d'imputabilité entre les paliers national, régional et local ;
- Appliquer un code de conduite et un code d'éthique, statuer sur les règles de fonctionnement et le rôle du conseil d'administration.

Ainsi, il importe de revoir l'ensemble de la gouvernance, tant au niveau national, régional que local, afin d'assurer la fluidité entre les orientations, les objectifs, les indicateurs de performance, les attentes des partenaires et celles de la population, et permettre aux CCS d'établir leur vision stratégique ainsi que leurs plans d'action.

Les réalisations, l'expertise, les décisions prises ainsi que l'implication au fil des années des membres des conseils d'administration des CCS traduisent bien l'importance de cette structure stratégique dans l'exercice de la gouvernance. Le réseau de la santé a inclus dans la loi les rôles et les responsabilités en matière de gouvernance ; il en est de même pour les Centres de la petite enfance. Les services préhospitaliers d'urgence en bénéficieraient autant.

**RECOMMANDATION : que les CCS soient dotés d'une structure de gouvernance claire permettant de distinguer le politique, le stratégique, l'organisationnel et l'opérationnel en définissant leur imputabilité et la reddition de comptes à laquelle ils sont tenus, ainsi que les rôles et responsabilités des paliers national, régional et local.**

## 6.2 Les orientations ministérielles

Les CCS sont la porte d'entrée, la tour de contrôle et la vigie territoriale des services préhospitaliers d'urgence. Leurs responsabilités s'étendent de la demande initiale du transport jusqu'à la prestation du service et ils sont quotidiennement confrontés aux prémisses de l'environnement externe. Ils travaillent en temps réel pour assurer la prestation d'un service au moment requis. Les CCS exercent présentement ce rôle malgré le peu d'orientations ministérielles et dans une approche « top down » où le MSSS intervient la plupart du temps dans le cadre d'une micro-gestion organisationnelle et dans l'élaboration de processus opérationnels pointus et précis. L'expertise et le rôle des CCS dans la coordination de ressources d'urgence leur permettent d'assurer un service sécuritaire par une gestion appropriée du risque. Cette expertise doit être reconnue par les instances gouvernementales et pour ce faire, on doit:

- Disposer d'indicateurs globaux de performance, des exigences et des attentes afin de déterminer les orientations opérationnelles et les cibles conséquentes ;

- Camper l'imputabilité, revoir le cadre financier, préciser les règles de reddition de comptes ;
- Établir des orientations de niveau national et comportant une vision à long terme du développement permettant la mise en place d'ententes de gestion claires et intégrées à la planification stratégique des CCS.

Les CCS désirent bonifier leur partenariat avec tous les paliers de la gouvernance afin de bien servir la population. Ils souhaitent influencer, innover et être actifs dans les processus de décision et de recherche visant la dispensation et l'amélioration des services.

Une lecture basée sur des faits, une réelle consultation ainsi qu'une analyse objective de l'état de situation contribueraient davantage à instaurer un climat de confiance et à favoriser une définition plus efficace et harmonieuse du rôle de chacun des maillons de la chaîne des SPU.

**RECOMMANDATION : que des orientations nationales établissent pour les CCS des objectifs stratégiques et des cibles de performance globale à atteindre, tout en déléguant aux CCS la responsabilité de leur gestion interne.**

## 6.3 L'utilisateur

Toute pratique de gestion parle de l'importance de l'utilisateur, de l'attention que nous devons lui porter. Or, la nature même de notre mission fait en sorte que l'utilisateur, au moment de l'utilisation de nos services, n'est pas en mesure d'en évaluer la qualité, ses préoccupations étant tout autres.

Les CCS contribuent à :

- Sauver des vies en assurant la sécurité des patients et des intervenants ;
- Améliorer la survie des victimes d'arrêt cardio-respiratoire ;
- Diminuer la morbidité ;
- Ils sont l'interface entre le réseau préhospitalier et hospitalier dans un continuum de soins prodigués à la population ;

Les CCS ont défini les exigences et attentes du patient :

- Le délai de réponse et la gestion de l'attente qui en résultent : le patient veut une ambulance tout de suite, sans délai ;

- Le support clinique, tel qu'encadré par le protocole de réponse médicale approuvé par le ministre ;
- La répartition : affectation de la ressource la plus appropriée en fonction du besoin exprimé ;
- La gestion adéquate du risque ;
- L'application des règles de déploiement de la flotte ambulancière établies avec les entreprises.

La participation de l'utilisateur pourrait être étendue jusqu'au niveau de la gouvernance des CCS. Cette contribution viendrait alimenter les discussions d'un point de vue externe, enrichir la représentativité de la communauté et permettrait aux CCS de se rapprocher de la constitution des conseils d'administration du réseau de la santé.

**RECOMMANDATION : que soient revues les structures de gouvernance dans le but d'intégrer les préoccupations de l'utilisateur.**

## 6.4 La gestion de risque

Au-delà de toutes considérations politiques, économiques, de territoires ou d'intentions, il demeure que la gestion du risque est présente et le sera encore davantage dans le futur. Cette gestion du risque peut être vue sous deux angles : l'épée de Damoclès du système préhospitalier, ou sa solution.

La demande grandissante, le vieillissement de la population, la prolifération des corridors de services, les villes et villages qui ne cessent de s'étendre, les ressources humaines et financières limitées, les médias sociaux qui assurent une vigile constante, les médias prêts à réagir au moindre événement, sans toujours prendre le temps requis pour un examen de la documentation adéquate et précise de la situation, nous obligent à bonifier nos pratiques de gestion de risque.

Les CCS doivent être pris en considération à tous les niveaux de décision car toute modification dans les orientations et les façons de faire a une incidence sur leurs pratiques et la gestion du risque qui en découle.

Les CCS, de par leurs rôles et leurs fonctions, se trouvent à la phase initiale de la gestion du risque et d'un processus à valeur ajoutée.

**RECOMMANDATION** : que les CCS soient mis à contribution dans toutes les discussions et décisions ayant une incidence sur la morbidité et la mortalité de la population concernant les SPU afin qu'ils puissent exercer efficacement et sans réserve toute la gestion du risque qui en découle.

## 6.5 La technologie

L'évolution rapide de la technologie requiert une adaptation constante des CCS. Les nouvelles technologies font partie des habitudes de vie d'une grande partie de la clientèle. Cette dernière s'attend donc à de hauts standards technologiques et ses attentes sont en constante mutation en fonction des nouveautés. De même, cette même pression technologique s'exerce entre les intervenants et les CCS. La radiocommunication n'est plus la référence technologique dans le domaine au profit de transferts de données qui nécessitent moins d'interprétations et diminuent d'autant le risque d'erreur. Les CCS se doivent d'utiliser des technologies spécifiques à la fine pointe du développement puisque les « processus clés » reposent sur un système technologique complexe et évolutif.

**RECOMMANDATION** : qu'à une vision articulée du phénomène soit greffée une priorité au développement continu de la technologie au sein des CCS dans le but d'effectuer une véritable gestion de risques, une production fiable et accessible des données de gestion et une amélioration des processus.

## 6.6 Le financier

Depuis la création juridique des CCS, il y a maintenant plus de dix ans, ceux-ci ont dû fournir un service ininterrompu en faisant face à une demande grandissante du volume d'appels, à une évolution technologique sans précédent, au développement organisationnel, à la mise en place et à l'amélioration des processus d'affaires, et ce dans un contexte historique de particularités régionales. Malgré ces éléments névralgiques et intrinsèques aux CCS dans le cadre de l'exercice de leur mandat, il n'existe aucun paramètre financier visant à les supporter sur ces composantes essentielles et critiques de leur mission.

**RECOMMANDATION** : que soient développés pour les CCS des paramètres financiers définis, transparents, exhaustifs et évolutifs favorisant une saine gestion efficace et efficiente basée sur la performance, l'amélioration des pratiques et incitant à une rationalisation des coûts dans une optique de développement et de réinvestissement dans le service à la population.

## **6.7 L'interface opérationnel régional dans le continuum des services**

Tel que le préconisait le Rapport Dicaire, les CCS constituent le centre nerveux des services préhospitaliers d'urgence et la pierre angulaire de la réforme proposée dans ce secteur. Les CCS partagent cette vision.

L'augmentation estimée de 3 % annuellement des demandes de transports, associée à des contraintes financières, engendre des difficultés à répondre aux besoins de la clientèle et crée un accroissement de l'engagement et des délais d'attente, d'où l'importance de mettre à profit les compétences et l'expertise des CCS pour revoir l'offre de service et optimiser le système préhospitalier québécois. De tous les intervenants du système préhospitalier, le CCS occupe une fonction essentielle pour favoriser la fluidité des demandes, la gestion des urgences, la répartition des ambulances et de tous autres modes de transport, et le support médical à l'appelant dès les premières secondes d'une intervention. Les CCS devront être en mesure de diversifier l'offre de services, d'offrir une réponse plus adaptée aux différents besoins de la clientèle (ex : utiliser d'autres types de transport que l'ambulance) et d'orienter la clientèle vers des services plus appropriés (ex. : pour les problématiques de santé mentale).

À la lumière des expériences des dernières années, les CCS sont devenus une partie prenante indispensable dans le continuum et l'opération régionale des services et ils souhaitent pour les prochaines années constituer une solution et une valeur ajoutée dans les défis qui attendent les SPU.

Le rôle actuel des Agences de la santé et des services sociaux ajoute davantage de confusion dans les rôles et responsabilités entre les entreprises, les CCS et le Ministère. L'appropriation et l'interprétation à géométrie variable des contrats de services des entreprises ambulancières par les Agences constituent un irritant majeur pour les entreprises ambulancières ; tandis que les attermoissements du MSSS deviennent des pratiques courantes qui paralysent souvent les acteurs de la chaîne d'intervention des SPU.

Le chevauchement des responsabilités entre les Agences et le Ministère ajoute souvent des délais dans l'exécution des missions et compromet l'autonomie réellement conférée aux entreprises ambulancières et aux CCS.

Les CCS représentent et animent le système de gestion du réseau préhospitalier où interviennent et s'articulent tous les acteurs du réseau. L'évaluation des plans de déploiement et des plans de relève des entreprises ambulancières font de plus en plus l'objet de discussions avec les CCS, qui sont en mesure d'alimenter des discussions centrées sur les préoccupations des intervenants autant que sur les bénéfices des usagers. Des protocoles et procédures encadrent de plus en plus l'ensemble des acteurs et leurs missions. Depuis la dernière négociation du contrat de services, en effet, le Ministère s'est assuré que chaque décision sur le plan de déploiement lui soit soumise avant d'être acceptée par les Agences régionales. À l'évidence, la plus grande cohésion au niveau national que nous appelons de tous nos vœux est devenue une nécessité pressante et incontournable.

Les Centres de communication santé ont donc développé une expertise et une collaboration avec les acteurs de leurs milieux qui leur permettent aujourd'hui d'occuper un rôle central au niveau régional, en quelque sorte un rôle de plaque tournante.

Il serait donc souhaitable et conséquent que les CCS soient juridiquement investis du niveau d'imputabilité qui correspond à cette réalité parce que dans les faits, ils assument de plus en plus l'ensemble des responsabilités relevant du secteur préhospitalier officiellement confiées au palier régional, en l'occurrence aux Agences de la santé et des services sociaux.

**RECOMMANDATION : qu'on établisse le leadership et renforce le rôle des CCS comme acteur régional dans l'opération des services, ainsi que comme régulateur du système préhospitalier, dans le but d'optimiser les liens de communication et l'interface opérationnel entre tous les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière.**

## 7. À PROPOS DES COÛTS

---

**O**n nous dit qu'au ministère de la Santé et des Services sociaux, des personnes en autorité s'interrogent, ou s'étonnent, de l'augmentation des coûts des services préhospitaliers d'urgence ces dernières années. Nous sommes évidemment dans l'impossibilité de connaître la véritable ampleur de cette augmentation parce que nous ignorons certaines données importantes de l'équation, ou plutôt de l'addition.

Ce que nous savons par contre, c'est qu'une foule de facteurs ou de décisions, auxquels les entreprises ambulancières sont totalement étrangères, sont en cause dans ce que certains peuvent percevoir comme une « explosion » des coûts du système préhospitalier. En voici une liste non exhaustive mais fort éloquente :

- les règles pour les horaires de faction 16/8 et 24/8 décrétées par la CSST ;
- l'interdiction des véhicules de type Mirage par la CSST ;
- les normes BNQ ;
- l'implantation des CCS suite à la recommandation en ce sens du Comité Dicaire ;
- l'implantation dans certaines régions du Réseau national intégré de radiocommunication (RENIR);
- les moniteurs défibrillateurs semi-automatiques (MDSA) dont sont munis les véhicules ;
- les nouveaux médicaments que les TAP sont habilités à administrer ;
- les équipements de plus en plus nombreux et sophistiqués ;
- le nouveau rangement salarial des TAP, suite à la décision de rendre accessible le DEC comme degré de scolarité des TAP, et qui deviendra rapidement la norme ;
- le nouveau rangement salarial chez les RMU, conforme à la politique du MSSS et du Conseil du Trésor;
- l'augmentation des coûts résultant des plans de déploiement ;
- l'augmentation annuelle des coûts reliés à diverses conditions de travail ;
- et toujours la fameuse et lancinante saga de la rémunération des heures de repas...

Ce que nous voulons mettre en lumière par cette énumération, c'est que quel que soit le « modèle » d'entreprise choisi pour assurer les services d'ambulance, celui d'une entreprise publique ou celui de l'entreprise privée, tous ces coûts auraient été encourus par le MSSS exactement de la même façon et dans la même ampleur.

## 7.1 L'efficacité du secteur privé

Il a été sporadiquement question sur la place publique, au cours des derniers mois, de l'éventualité d'une étatisation des services ambulanciers au Québec. Un TAP a même profité de ce que le gouvernement du Québec permet à tous ses citoyens de démarrer sur son site web une pétition en ligne sur le sujet de son choix, pour en lancer une dans laquelle il réclame rien de moins que la « nationalisation des services préhospitaliers d'urgence ».

Les considérants que cette personne énonce en appui à sa pétition démontrent de sérieuses et flagrantes lacunes en ce qui concerne la réalité tant financière qu'opérationnelle des entreprises ambulancières visées. On peut en effet y lire des affirmations qui sont, à notre avis bien sûr, gratuites autant que fausses ou simplistes. Aussi fûmes-nous très étonnés de constater que c'est un député du Parti québécois au pouvoir, donc un membre du même caucus parlementaire que le ministre de la Santé et des Services sociaux, qui a fourni la nécessaire bénédiction pour que ce texte, et les entreprises ambulancières sur lesquelles il lance l'anathème, soient soumis au jugement de toute la population du Québec. Soulignons que nous avons tenté à maintes reprises, mais en vain, de rencontrer le député de Rouyn-Noranda-Témiscamingue, M. Gilles Chapadeau, pour essayer de connaître et comprendre ses motivations, surtout que son geste allait en contradiction flagrante avec les déclarations du ministre lui-même, pour qui l'hypothèse de l'étatisation n'en est qu'une parmi d'autres, rien de plus.

Nos membres ont éprouvé une certaine inquiétude en voyant resurgir soudainement cette hypothèse d'étatisation de leurs entreprises, hypothèse — et l'on conviendra aisément que c'est normal — qu'à prime abord ils perçoivent comme une sorte de menace d'expropriation. Sans parler de l'exaspération qui leur est montée au nez face à la peu flatteuse réputation de cupidité qui leur est faite avec malveillance dans le texte de cette pétition. Le Conseil d'administration de la CSAQ a malgré tout décidé de ne pas sauter dans l'arène publique pour y débattre avec quelques théoriciens d'un sujet sur lequel votre Comité, nous avez-vous confié lors de notre rencontre préparatoire du 25 septembre 2013, se proposait de se pencher avec le sérieux approprié et sans préjugé. Nous vous avons alors assurés de notre pleine et franche participation à vos travaux et il nous est apparu qu'il serait inconvenant de notre part, face aux déclarations du pétitionnaire et consorts dans les médias, de se faire complice de ce qui avait de fortes apparences de court-circuitage de vos travaux.

Nous souhaitons cependant faire la démonstration que ce choix impliquerait des augmentations de coûts importantes des services préhospitaliers d'urgence au Québec, à long terme autant qu'à court terme.

## 7.2 Une comparaison avec Urgences-santé

Dans un exercice d'évaluation de l'efficacité d'une organisation ou d'un groupe d'organisations, ou encore d'entreprises, on utilise parfois un outil fort pratique, parce que simple à comprendre objectivement, celui de la comparaison. On le fait notamment pour comparer l'efficacité d'Urgences-santé à celle des autres entreprises ambulancières au Québec, et c'est normal. Nous croyons cependant que la valeur probante de toute comparaison dépend beaucoup du degré de similitude des éléments qui font l'objet de cette comparaison et que celle-ci doit tenir compte des facteurs propres aux deux sujets comparés.

Ainsi, dans le cas qui nous occupe, faut-il prendre en considération, par exemple, la densité de la population desservie ou la proximité des ressources auxquelles les services d'ambulance ont le plus souvent recours, les hôpitaux. Ainsi, on ne s'étonnera pas qu'une équipe de TAP à Montréal ou Laval puisse effectuer plusieurs interventions au cours d'un même quart de travail. Mais la même équipe ne pourrait jamais viser ni atteindre une telle performance au volant d'un véhicule affecté à un point de service de Murdochville, où se rendre à un centre de traumatologie nécessite parfois un trajet de 250 kilomètres ou plus. On comprendra que dans de telles conditions, cette équipe, qui doit parcourir en sens inverse les mêmes 250 kilomètres pour revenir à son point de service, ne réalise qu'une ou deux interventions à l'intérieur de son quart de travail et que les coûts afférents à chacune de ces interventions est de loin supérieur à celles de l'équipe montréalaise ou lavalloise. D'autre part, on sait que le nombre d'appels auxquels sont appelés à répondre les TAP en certaines zones rurales est parfois infime par rapport à celui des zones à forte densité de population, gonflant d'autant le coût réel par intervention dans ces zones rurales.

D'autres facteurs de comparaison peuvent favoriser les services d'ambulance privés par rapport à la Corporation d'Urgences-santé. En effet, parce que celle-ci administre des fonds publics, elle doit prévoir des mécanismes de contrôle et de surveillance sur l'utilisation de ces fonds publics, et les ressources humaines idoines. D'autre part, les revenus d'une entreprise privée sont déterminés par le contrat de services qui la lie à son Agence régionale de la santé et des services sociaux. Si, à Urgences-santé, la surveillance par l'autorité publique de l'utilisation des fonds publics est effectuée par des mécanismes de reddition de comptes à l'interne, et ultimement par le Vérificateur général, dans l'entreprise privée les exigences de surveillance et de contrôle sont souvent assumées par le propriétaire lui-même.

Dans un premier temps, nous avons donc comparé les ressources humaines allouées à Urgences-santé avec celles allouées en Montérégie, une méthode de comparaison qui, à notre avis, est plus éloquente que celle, trop élémentaire, préconisée par d'autres, et qui consiste à diviser les coûts ou les budgets de chaque entité par le nombre de transports qu'elles effectuent sur une période donnée.

Même si toutes les comparaisons sont en général, au moins en partie, injustes, nous

croyons que l'approche que nous avons choisie est fort révélatrice et démontre avec certitude que les coûts encourus par les entreprises ambulancières pour leurs ressources humaines sont considérablement inférieurs, toutes proportions gardées, à ceux encourus par Urgences-santé.

Nous avons choisi de comparer la région de la Montérégie à Urgences-santé parce qu'il s'agit d'un territoire voisin de celui d'Urgences-santé, plus densément peuplé que les autres et comprenant d'importantes zones en milieu urbain ou semi-urbain.

Nous avons utilisé les données sur le personnel d'Urgences-santé publiées dans son Rapport annuel 2012-2013. Nous avons pris en compte, pour la Montérégie, le personnel affecté au service préhospitalier à l'Agence régionale de la santé et des services sociaux, ainsi que celui d'Alerte-Santé. Pour servir d'élément de comparaison du côté des compagnies d'ambulance, nous avons choisi la Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM) parce qu'il s'agit de la plus importante entreprise ambulancière en Montérégie, dont tout le personnel administratif et de gestion est situé sur ce territoire, dont la plus grande partie de la population desservie est située en zone urbaine ou semi-urbaine, et qui affiche le taux d'encadrement le plus élevé. Pour refléter la présence des autres entreprises ambulancières de la Montérégie, nous avons dû procéder par extrapolation. En effet, quatre des six entreprises de cette région sont aussi des entités appartenant à de grands groupes présents sur plusieurs autres territoires. Elles partagent donc avec d'autres entreprises du même groupe des directions centralisées. En conséquence, nous avons considéré le nombre de ces postes existants à la CETAM (laquelle est la plus grande entreprise sur ce territoire et celle, également, qui comprend le plus fort taux d'encadrement) que nous avons arbitrairement multiplié en prenant en compte la proportion des TAP de la Montérégie par rapport au nombre de TAP de la CETAM, soit 1,95 ( $625 / 321 = 1,95$ ). Nous savons que cette extrapolation surestime le nombre de ces postes attribués aux compagnies d'ambulance de la Montérégie. Malgré cela, l'écart demeure considérable entre les ressources humaines de l'un et de l'autre, comme on peut le constater dans le tableau qui suit :

## Comparaison des ressources humaines allouées à Urgences-santé avec celles en Montérégie

<b>CARACTÉRISTIQUES</b>	<i>Urgences-santé</i>	<i>Montérégie</i>	Alerte santé	CETAM	Agence régionale
Nb d'entreprises	1	6	1 CCS		1
Territoire	744 km <sup>2</sup>	11,111 km <sup>2</sup>		2700 km <sup>2</sup>	
Clientèle	2,3 M	1,5 M			
Affectations	267 K	140 K		+ 65 K	
Nb d'ambulances	136	107		46	
Nb de CH	22	10			
<b>EMPLOYÉS</b>					
Bureau	124	14 <sup>(1)</sup>	1	6	1
Prof non-syndiqués	55	4 <sup>(1)</sup>	2	0	2
Cadres	90	33 <sup>(1)</sup>	5	14	1
Soutien	139	4 <sup>(1)</sup>		2	
RMU	96	54	54		
TAP	938	625		321	

<sup>(1)</sup> Ces nombres d'employés de bureau, professionnels non-syndiqués, cadres ou de soutien pour les services ambulanciers de l'ensemble de la Montérégie ne sont pas attestés. Ils sont le résultat d'une extrapolation. En effet, quatre des six entreprises de cette région sont aussi des entités appartenant à de grands groupes présents sur plusieurs autres territoires. Elles partagent donc avec d'autres entreprises du même groupe des directions centralisées. En conséquence, nous avons considéré le nombre de ces postes existants à la CETAM (laquelle est la plus grande entreprise sur ce territoire et celle, également, qui comprend le plus fort taux d'encadrement) que nous avons arbitrairement multiplié en prenant en compte la proportion des TAP de la Montérégie par rapport au nombre de TAP de la CETAM, soit 1,95 (625 / 321= 1,95). Nous savons que cette extrapolation surestime le nombre de ces postes attribués aux compagnies d'ambulance de la Montérégie. Les nombres imputés au CCS et à l'Agence sont réels.

## 7.3 Et si Urgences-santé était une entreprise privée...

Nous voulons également soumettre à l'appréciation et à l'examen du Comité une autre méthode de comparaison qui, pour les fins du débat soulevé sur la place publique par la pétition que l'on sait, nous apparaît constituer un instrument de mesure beaucoup plus pertinent et précis. En effet, nous avons fait un travail de simulation pour l'exercice financier 2012-2013 consistant à appliquer aux opérations comparables des « services préhospitaliers d'urgence » d'Urgences-santé les dispositions du contrat de services qui régit les entreprises privées ailleurs au Québec.

En se référant au tableau ci-dessous, on constate que l'application des dispositions à incidence monétaire du contrat de services signé par les entreprises privées aux opérations comparables à Urgences-santé, en comparaison avec ses dépenses réelles, fait ressortir pour 2012-2013 un écart représentant un surplus de financement et par le fait même, une économie potentielle pour les fonds publics de 13,5 millions de dollars.

Un rapport d'analyse effectué par la firme Raymond Chabot Grant Thornton en relation avec ce travail de comparaison est présenté à l'annexe 7A.

Il est à noter que dans une analyse semblable, dont les calculs détaillés ne nous sont pas accessibles, le Vérificateur général du Québec faisait ressortir, au chapitre 5, Tome II de son Rapport annuel à l'Assemblée nationale du Québec pour l'année 2004-2005, dans la section « Allocation des ressources, Budgets des services préhospitaliers d'Urgences », sous l'item « Amélioration de l'équité entre les régions », au paragraphe 5.2.63, qu'Urgences-santé se serait vu attribuer par l'application des paramètres du contrat de services alors en vigueur un budget de près de 5,7 millions de dollars de moins que ses dépenses réelles pour l'année financière 2003-2004.

## **Comparaison des dépenses réelles d'Urgences-santé pour ses services préhospitaliers d'urgence avec les dépenses reconnues au contrat de services des entreprises privées**

### **Exercice financier 2012-2013**

**En millions de dollars**

<b>Dépenses réelles d'Urgences-santé <sup>(1)</sup></b>	<b>103,5</b>
<b>Dépenses reconnues au contrat de services <sup>(2)</sup></b>	<b>90,0</b>
<b>Écart représentant un surplus de financement :</b>	<b>13,5</b>

<sup>(1)</sup> Les dépenses réelles ont été estimées par la permanence de la CSAQ à partir des états financiers audités par le Vérificateur général du Québec faisant partie du *Rapport annuel de gestion 2012-2013* d'Urgences-santé. Les montants considérés sont les dépenses directes des « Services préhospitaliers d'urgence », plus une quote-part raisonnable des dépenses indirectes, soit la formation, l'administration générale, l'informatique et le fonctionnement des installations. Les calculs afférents à cette estimation apparaissent à l'annexe 7B.

<sup>(2)</sup> Les dépenses reconnues au contrat de services ont été estimées par la permanence de la CSAQ par une simulation de l'application des paramètres du contrat de services 2012-2013. Il est à noter que la CSAQ a obtenu les données nécessaires à ce travail par une demande d'accès à l'information adressée à Urgences-santé. Les calculs afférents à cette estimation apparaissent à l'annexe 7C, plus précisément à la page 2 de 5 de cette annexe intitulée « Conciliation du contrat minimal de services ».

## 8. LE MODÈLE PROPOSÉ : UNE RÉPONSE LOGIQUE AUX DÉFIS IDENTIFIÉS

**L**e système préhospitalier est un secteur d'activité qui suscite depuis toujours l'attention de l'opinion publique, comme le domaine de la santé en général. L'ajout de véhicules ambulanciers fait notamment l'objet de tractations politiques diverses. Il faut reconnaître que les décisions ont parfois été teintées de considérations politiques plutôt que basées sur une analyse plus pointue des besoins de la population. Cela a parfois entraîné certaines... inconsistances.

Trop souvent, les préoccupations des décideurs du préhospitalier varient d'une région à l'autre : l'une va accorder de l'importance à la formation, l'autre aux premiers répondants, une autre encore va mettre l'accent sur les liens entre hôpitaux et services ambulanciers, mais ce n'est pas constant, ce n'est pas cohérent. Dans la région de Chaudière-Appalaches, par exemple, on a privilégié la mise en place de la télémétrie en lien avec les urgences des hôpitaux. Mais par manque de cohésion, cela ne s'est pas fait ailleurs. Autre exemple : nous mentionnions précédemment certains problèmes de prise en charge dans les urgences : mais nous savons aussi que dans une même région, ce problème existe dans un hôpital donné mais pas dans les autres.

Les relations de travail, pour leur part, se déroulent à des paliers multiples. La partie syndicale a un intérêt tactique à faire intervenir l'un ou l'autre des niveaux décisionnels du Ministère, ou de faire intervenir l'association patronale, afin de choisir le meilleur dans chaque « panier d'offres ». Dans son rapport, M. Gilles Gauthier écrit ceci à ce sujet :

« L'action syndicale se caractérise par les faits saillants suivants :

- les choses sont très rapidement médiatisées et portées au niveau politique presque immédiatement: le cabinet du ministre et le ministre; » (page 4)

puis il conclut :

« • à tout événement, la mobilisation et la stratégie syndicale ont été “ payantes “ du point de vue syndical. » (page 5)

La manifestation la plus récente de cette stratégie est contemporaine à la conclusion des amendements apportés à l'actuel contrat de services. Nous avons appris de la bouche même d'un représentant syndical qu'il avait déjà conclu avec la Direction des relations de travail du Ministère un accord sur l'effet rétroactif des conditions de travail pour le financement desquelles nous étions justement en discussion avec la Direction des services préhospitaliers. Or, celle-ci ignorait l'existence de cet engagement de la part de la Direction des relations de travail. Sans cette rencontre fortuite et la franchise du représentant syndical, nous allions convenir d'amendements au contrat de services sans prendre en compte cette rétroactivité. Seraient alors apparues toutes les difficultés et les rigidités du système qui surviennent lorsque l'on doit modifier les coûts prévus à

une entente signée sans que le Conseil du trésor n'en ait donné le mandat ! Et pourtant, cette négociation comprenait déjà son lot de difficultés, comme on pourra le constater à la lecture de l'annexe 4.

Par ailleurs, nous avons assisté, au cours des dernières années — et cela nous apparaît une chose souhaitable — à une multiplication d'interventions ou de décisions s'appliquant à l'échelle nationale et à la centralisation d'un certain nombre de responsabilités et fonctions inhérentes à la bonne marche du système des SPU : la négociation du contrat de services minimal avec les entreprises, la négociation des conventions collectives avec les syndicats, la résolution des problèmes d'application de ces contrats ou de ceux reliés au fonctionnement ou aux politiques du système, la formulation des protocoles cliniques des TAP, en sont quelques exemples. Dans chacun de ces exemples, cette centralisation a eu des effets bénéfiques et contribué à une plus grande efficacité du système préhospitalier. Au point où c'est maintenant aussi le cas lorsque vient le temps d'ajouter des véhicules disponibles sur un territoire donné et de prévoir le plan de déploiement de ces ressources dans chaque région. En passant, n'est-t-il pas singulier que pour avoir une meilleure prise sur une question aussi fondamentale que celle de l'allocation de ses ressources, donc de l'utilisation des fonds publics, le Ministère doive utiliser le biais de sa négociation du contrat de services avec les entreprises ambulancières ?

L'efficacité de la structure actuelle des SPU présente de sérieuses lacunes parce qu'elle est éclatée, les divers pouvoirs qui pourraient lui permettre d'être optimalement efficace étant éparpillés : une partie entre les mains du MSSS ; une autre entre celles des Agences régionales, avec le flou d'interprétation qui s'installe parfois entre les deux ; et une troisième entre les mains des autorités médicales des deux paliers, ce qui laisse parfois la place à des situations où le palier régional se trouve en porte-à-faux avec le palier national.

La structure actuelle du préhospitalier est donc en quelque sorte désavantagée, handicapée et condamnée à fonctionner de façon plus ou moins bancal parce qu'on a omis de donner suite à une recommandation fondamentale du Rapport Dicaire : que le secteur préhospitalier soit sous l'autorité d'un sous-ministre. Omission qui a laissé le secteur dans une situation de marginalité à l'intérieur même du réseau de la santé.

Le Comité Dicaire a par ailleurs recommandé la mise sur pied des CCS, ce que la Loi sur les services préhospitaliers a concrétisé. Maintenant que ces structures sont en place, un des principaux problèmes qu'elles rencontrent est celui de la fluidité insuffisante du système, problème accentué par leur absence d'autonomie, donc leur incapacité d'organiser les services dont elles ont la responsabilité.

Nous concluons donc que la nécessité d'une Agence nationale des soins préhospitaliers d'urgence est on ne peut plus évidente et que les grands enjeux et orientations des SPU seraient mieux servis sous l'empire d'un tel organisme autonome, centralisé et spécialisé, lequel permettrait également d'éliminer les incohérences d'une région à l'autre, de freiner les velléités d'ingérences politiques, de concentrer les efforts sur les orientations prises par l'adoption de planifications stratégiques triennales et de se concentrer sur la performance du réseau pour en retirer le maximum de bénéfices. Nous souhaitons

que l'ANSPU que nous proposons ait notamment pour objectif d'établir un modèle standardisé auquel il serait fait référence dans tous les cas d'ajout d'effectifs en fonction du niveau de services défini ou désiré par le MSSS.

Nous sommes convaincus qu'une direction unique des SPU par l'Agence nationale des soins préhospitaliers d'urgence que nous proposons aujourd'hui catalyserait un salubre leadership national, et qu'appuyé sur le terrain par les CCS, les partenaires de ce système seraient mieux en mesure de partout aplanir les obstacles à son efficience.

Dans notre optique, c'est le MSSS lui-même qui affecterait l'ensemble du budget de fonctionnement de l'Agence nationale des soins préhospitaliers d'urgence, telle une société d'État, ou un organisme public comme Urgences-santé, ou une agence paragouvernementale. L'ajout de nouvelles enveloppes budgétaires pourrait se faire en fonction des grandes orientations ministérielles et permettrait de suivre le développement des technologies et des pratiques.

L'indépendance que nous appelons de nos vœux pour cette Agence nationale ne signifie pas qu'elle serait exemptée d'une saine obligation de transparence. Une reddition de comptes à la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale serait effectuée sur la base des objectifs stratégiques annuels approuvés par le MSSS, de la performance du réseau et de l'affectation des budgets. Comme à Urgences-santé, le Vérificateur général du Québec aurait le mandat d'attester de la conformité et de la transparence des états financiers de l'organisme.

À noter que nous excluons la Corporation d'Urgences-santé de la juridiction de cette Agence nationale. Voici pourquoi.

Urgences-santé a des caractéristiques juridiques, organisationnelles et opérationnelles uniques et exceptionnelles dans le système préhospitalier du Québec : un budget émarquant de l'État ; les rôles et fonctions des Agences, des CCS et des services ambulanciers y sont intégrés ; on y trouve une très grande concentration de la population, donc abondance d'hôpitaux et d'établissements receveurs sur un territoire relativement petit; etc.

Depuis la promulgation du projet de loi 34, en 1989, Urgences-santé a mis entre cinq et dix ans à atteindre son plein déploiement. Ce projet de loi 34 prévoyait aussi une réorganisation majeure de la prestation des services ambulanciers sur tous les autres territoires du Québec. Cette réorganisation nécessita, elle aussi, une dizaine d'années pour s'accomplir.

En 2002, l'adoption de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence exigea à nouveau une dizaine d'années pour mettre en oeuvre la plupart de ses éléments. À certains chapitres, cette mise en oeuvre n'est pas encore complétée.

C'est pourquoi il nous apparaîtrait pour le moins indigeste pour un organisme naissant d'avoir à orchestrer les services ambulanciers en province et, simultanément, à absorber un organisme déjà constitué mais si différent de toutes les autres entités du secteur préhospitalier.

Nous sommes d'avis par ailleurs que par sa nature même, ainsi que par son histoire,

la Corporation d'Urgences-santé connaît peu ou prou les réalités auxquelles sont confrontés les acteurs du système préhospitalier dans les régions. De plus, le modèle de gouvernance qui prévaut à Urgences-santé est fort éloigné, sinon inconciliable avec celui que nous proposons. À titre d'exemple, nous préconisons avec insistance un modèle dans lequel les réalités régionales seront abordées et traitées par des protocoles opérationnels à l'échelle des régions concernées ; nous n'envisageons pas qu'une gestion opérationnelle parachutée d'un organisme national puisse être efficace et efficiente.

La création d'une Agence nationale des soins préhospitaliers d'urgence ne signifie pas non plus que les inévitables particularités régionales seraient négligées. Comme nous l'avons vu, nous proposons que cette importante dimension du fonctionnement quotidien des SPU soit confiée aux CCS et que ceux-ci soient dotés des trois niveaux de gestion préalablement présentés dans ce mémoire afin qu'ils puissent assurer les services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire respectif.

Ainsi, comme le Comité Dicaire, qui en 2000 proposait un palier de décision central plus autonome sous l'autorité d'un sous-ministre, comme le document de réflexion signé par M. Gilles Gauthier en 2007, et comme plusieurs autres acteurs importants du milieu, nous croyons qu'une Agence nationale des soins préhospitaliers est la meilleure structure pour faire vivre le modèle de gestion opérationnel régional au sein des CCS. Grâce au modèle de gouvernance que nous proposons, cette Agence nationale aurait l'autorité pour s'acquitter du défi de la cohérence et de la spécialisation que requiert le réseau afin de faire face à l'environnement complexe et changeant du domaine de la santé.

La CSAQ est persuadée que ce changement est possible à coût nul pour le système en récupérant les ressources financières actuellement consenties pour le secteur préhospitalier aux Agences de la santé et des services sociaux et une partie des budgets au MSSS. À ce sujet, citons l'opinion très claire de M. Gilles Gauthier, en page 7 de son rapport de novembre 2007 : « *Nous ne croyons pas nécessaire ni de nationaliser ou dénationaliser les entreprises existantes. Nous ne croyons pas, de plus, que cette réorganisation de la structure des services préhospitaliers d'urgence commande des investissements additionnels. Au contraire, nous croyons que les gains d'efficacité et d'efficience pouvant être générés par cette nouvelle forme d'organisation permettraient de dégager des économies pouvant servir à bonifier les services.* »

De plus, le modèle proposé permettra de contenir la croissance de l'appareil gouvernemental dans un environnement qui nécessite une spécialisation de plus en plus grande avec des responsabilités et des connaissances de plus en plus lourdes et complexes afin de profiter au maximum du modèle de PPP développé depuis plus de 30 ans avec les entreprises ambulancières.

Nous sommes convaincus que l'Agence nationale des soins préhospitaliers permettra d'optimiser les soins et services à la population en renforçant et misant sur des rôles et responsabilités plus élargis des acteurs, telles les entreprises ambulancières et les CCS qui sont prêts à assumer un plus grand leadership dans ce secteur névralgique pour la santé de la population.

**RECOMMANDATION** : qu'une Agence nationale des soins préhospitaliers, sous la tutelle du Ministre de la Santé et des Services sociaux et excluant Urgences-santé, soit constituée afin de déployer une gouvernance renouvelée et de développer un système de gestion régional au sein des CCS axé sur la transparence, la qualité et la performance.

## 9. NOS RECOMMANDATIONS

---

Que soit privilégiée une approche systémique de la formation de la population scolaire en premiers soins plutôt que de dissiper les efforts en la matière. (page 7)

Que le ministre de la Santé et des Services sociaux propose un projet de loi sur l'accès public et l'encadrement des DEA. (page 8)

Que l'on veuille à garantir et maintenir la robustesse de la chaîne d'intervention préhospitalière et la coordination des actions et objectifs afin d'en assurer la pérennité et l'efficacité. (page 10)

Que la stratégie de déploiement des premiers répondants soit renforcée et raffinée et qu'on en assure le financement adéquat. (page 12)

Que dans chaque territoire desservi par un CCS soient mises en place des instances permanentes de gestion opérationnelle et tactique qui agiraient comme des lieux d'échange d'information et de concertation entre les acteurs de la chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence de façon à assurer une plus grande cohérence dans l'offre de services. (page 14)

Que les hôpitaux prennent les mesures appropriées pour améliorer l'efficacité du processus de prise en charge aux urgences de façon à permettre aux techniciens ambulanciers paramédics de retourner en disponibilité plus rapidement et que des mesures concrètes soient mises de l'avant pour éliminer leurs délais d'attente dans les urgences. (page 16)

Que tous les partenaires des services préhospitaliers d'urgence disposent d'un système d'information uniforme et efficace pour rassembler les données nécessaires à un examen de l'ensemble du continuum de services dans le but d'en mesurer la performance et la qualité ; que l'on planifie le développement continu des outils technologiques et que cette planification soit élaborée à partir d'une vision

à long terme ; que l'informatisation de la gestion soit complétée afin d'éliminer les formulaires sur papier. (page 17)

Que soient réévaluées l'efficacité et l'efficience du RENIR. (page 18)

Que soient systématiquement installés des terminaux véhiculaires afin que les techniciens ambulanciers paramédics puissent agir sur le résultat de leurs interventions de façon proactive et en améliorer la performance. (page 18)

Que les entreprises ambulancières assument progressivement la gestion de la qualité de l'acte des techniciens ambulanciers paramédics. (page 20)

Que l'on développe le contenu des formations et que l'on harmonise les nouvelles pratiques des techniciens ambulanciers paramédics à l'échelle nationale. (page 20)

En cohérence avec le désir d'assurer la gestion de la qualité des actes des techniciens ambulanciers paramédics, que les entreprises ambulancières soient responsables de la formation des techniciens ambulanciers paramédics. (page 20)

Que l'on réexamine le cursus de la formation académique et la formation continue afin de favoriser une meilleure intégration des TAP au réseau préhospitalier et une plus grande conscience des aspects déontologiques et comportementaux de la profession ; que cette formation soit arrimée à la gestion des ressources humaines des entreprises ambulancières. (page 21)

Qu'une consultation et une réflexion soient conduites sur la pertinence de demander la création par l'État d'un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédics. (page 21)

Que soient implantées des normes réglementaires et standardisées dans le secteur du transport médical de façon à pouvoir circonscrire la place du transport

médical dans notre système et que la gestion du mode de transport soit de la responsabilité du CCS. (page 23)

Que l'on développe des projets pilotes en lien avec Info-santé et les CLSC, ou des unités d'intervention des entreprises ambulancières, afin d'évaluer et mesurer ces pratiques prometteuses dans le contexte québécois, pratiques qui permettraient une utilisation judicieuse du recours à l'ambulance et incidemment, une réduction du nombre de consultations aux urgences. (page 24)

Que soit développée, de concert avec les entreprises ambulancières et les CCS, une approche de gestion intégrée des risques. (page 25)

Dans le but d'optimiser les capacités du réseau et de lui permettre d'évoluer afin de répondre aux besoins croissants de la population, que soit opéré un changement dans les règles de gouvernance basé sur les principes suivants :

- Réaliser une transformation de culture qui privilégie une gestion de proximité et qui encourage l'implication de tous en assurant une reddition de comptes rigoureuse et transparente axée sur des résultats.
- Développer dans les soins et services des pratiques cliniques et de gestion innovantes et qui mobilisent l'ensemble des acteurs du réseau préhospitalier.
- Élever sans cesse le niveau d'excellence en faisant l'effort d'utiliser les nouvelles pratiques et de viser l'amélioration continue.
- Créer de la valeur (efficacité et efficience) aux yeux des usagers et de la population. (page 27)

Que les CCS soient dotés d'une structure de gouvernance claire permettant de distinguer le politique, le stratégique, l'organisationnel et l'opérationnel en définissant leur imputabilité et la reddition de comptes à laquelle ils sont tenus, ainsi que les rôles et responsabilités des paliers national, régional et local. (page 29)

Que des orientations nationales établissent pour les CCS des objectifs straté-

giques et des cibles de performance globale à atteindre, tout en déléguant aux CCS la responsabilité de leur gestion interne. (page 30)

Que soient revues les structures de gouvernance dans le but d'intégrer les préoccupations de l'utilisateur. (page 31)

Que les CCS soient mis à contribution dans toutes les discussions et décisions ayant une incidence sur la morbidité et la mortalité de la population concernant les SPU afin qu'ils puissent exercer efficacement et sans réserve toute la gestion du risque qui en découle. (page 32)

Qu'à une vision articulée du phénomène soit greffée une priorité au développement continu de la technologie au sein des CCS dans le but d'effectuer une véritable gestion de risques, une production fiable et accessible des données de gestion et une amélioration des processus. (page 32)

Que soient développés pour les CCS des paramètres financiers définis, transparents, exhaustifs et évolutifs favorisant une saine gestion efficace et efficiente basée sur la performance, l'amélioration des pratiques et incitant à une rationalisation des coûts dans une optique de développement et de réinvestissement dans le service à la population. (page 33)

Qu'on établisse le leadership et renforce le rôle des CCS comme acteur régional dans l'opération des services, ainsi que comme régulateur du système préhospitalier, dans le but d'optimiser les liens de communication et l'interface opérationnel entre tous les maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière. (page 34)

Qu'une Agence nationale des soins préhospitaliers, sous la tutelle du Ministre de la Santé et des Services sociaux et excluant Urgences-santé, soit constituée afin de déployer une gouvernance renouvelée et de développer un système de gestion régional au sein des CCS axé sur la transparence, la qualité et la performance. (page 46)

## Liste des acronymes

SPU : services préhospitaliers d'urgence

TAP : technicien ambulancier paramédic

CCS : centre de communication santé

PI : premier intervenant

PR : premier répondant

RMU : répartiteur médical d'urgence

RCR : réanimation cardiorespiratoire

DEA : défibrillateur externe automatisé

MPDS : Medical Priority Dispatch System

AQESSS : Association québécoise des établissements en santé et services sociaux

CIRANO : Centre interuniversitaire de recherche en analyse des organisations

CAUREQ : Centre d'appel d'urgence régional de l'Est du Québec

CLSC : Centre local de services communautaires

CNSPU : Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence

CETAM : Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie

BNQ : Bureau de normalisation du Québec

CSST : Commission de la santé et sécurité du travail

Liste des  
**Annexes**



## ANNEXES

1. Présentation de la CSAQ  
*Cette annexe sera fournie sur demande*
2. Quelques exemples de dysfonctionnements  
*Cette annexe sera fournie sur demande*
3. Informations supplémentaires sur les CCS  
*Cette annexe sera fournie sur demande*
4. Historique de la négociation des amendements au contrat de services  
*Cette annexe sera fournie sur demande*
5. Réflexion sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec (Rapport Gauthier)  
*Cette annexe se retrouve à l'onglet Rapport Gauthier du présent document*
6. Document d'analyse et de recherche produit par un comité de réflexion sur l'organisation des SPU)  
*Cette annexe sera fournie sur demande*
7. A Rapport d'analyse par la firme Raymond Chabot Grant Thornton  
*Cette annexe se retrouve à l'onglet Rapport d'analyse RCGT du présent document*
7. B Estimation des dépenses réelles d'Urgences-santé pour les services préhospitaliers d'urgence à partir des états financiers du « Rapport annuel de gestion 2012-2013 » (référence : pages 60 et 61)  
*Cette annexe se retrouve à l'onglet Estimation des dépenses réelles du présent document*
7. C Annexe A – Budget annuel de l'entreprise  
Contrat minimal de service –  
Entreprises ambulancières  
Exercice financier 2012-2013  
Ministère de la santé et des services sociaux  
ET « Simulation SPU d'Urgences-santé »  
*Cette annexe se retrouve à l'onglet Budget annuel, Simulation SPU du présent document*

# Rapport d'analyse RCGT





# Raymond Chabot Grant Thornton

Le 27 janvier 2014

Monsieur Denis Perrault, directeur général  
**CORPORATION DES SERVICES D'AMBULANCE DU QUEBEC**  
455, rue du Marais, bureau 205  
Québec (Québec) G1M 3A2

Monsieur Pierre P. Séguin, secrétaire  
**ASSOCIATION DES SERVICES D'AMBULANCE DU QUEBEC**  
13025, rue du Parc  
Mirabel (Québec) J7J 1P3

**Raymond Chabot Grant Thornton**  
S.E.N.C.R.L.  
Bureau 200  
140, Grande Allée Est  
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151  
Télécopieur : 418 647-5939  
www.rcgt.com

**OBJET : CONSENTEMENT A L'UTILISATION DU RAPPORT D'ANALYSE**

---

Messieurs,

Par la présente, nous consentons à ce que soit utilisé notre rapport d'analyse daté du 15 janvier 2014 adressé à la Corporation des services d'ambulance du Québec et à l'Association des services d'ambulance du Québec (ci-après les « organismes ») portant sur la comparaison du financement réel estimatif de la Corporation d'urgences-santé lié aux services pré-hospitaliers d'urgence avec le financement théorique calculé conformément aux dispositions du contrat minimal de services dans le contexte de la distribution de ce rapport auprès des membres des organismes.

Les membres ont la responsabilité de conserver la confidentialité de ce rapport et ne doivent pas le distribuer à d'autres fins que celles convenues.

Veillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.*

Pierre Garant, CPA, CA  
Associé – Certification

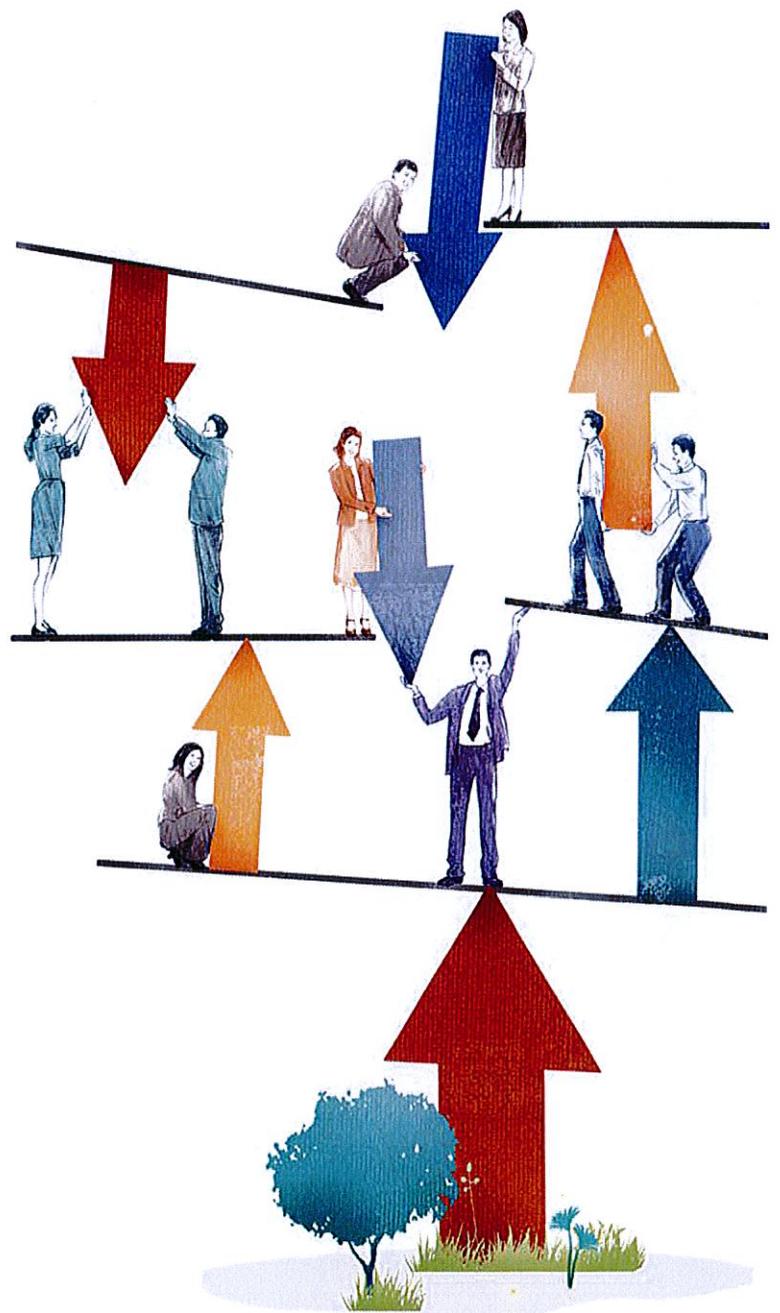
/jg



Raymond Chabot  
Grant Thornton

## Rapport d'analyse

Corporation des services  
d'ambulance du Québec et  
Association des services  
d'ambulance du Québec





# Raymond Chabot Grant Thornton

Le 15 janvier 2014

Monsieur Denis Perrault  
Directeur général  
CORPORATION DES SERVICES D'AMBULANCE DU QUÉBEC  
455, rue du Marais, bureau 205  
Québec (Québec) G1M 3A2

**Raymond Chabot Grant Thornton**  
S.E.N.C.R.L.

Bureau 200  
140, Grande Allée Est  
Québec (Québec) G1R 5P7

Téléphone : 418 647-3151  
Télécopieur : 418 647-5939  
www.rcgt.com

Monsieur Pierre P. Séguin  
Secrétaire  
ASSOCIATION DES SERVICES D'AMBULANCE DU QUÉBEC  
13025, rue du Parc  
Mirabel (Québec) J7J 1P3

**Objet : Rapport d'analyse**

Messieurs,

Nous avons le plaisir de vous présenter notre rapport à l'égard du mandat qui nous a été confié conjointement par la Corporation des services d'ambulance du Québec et l'Association des services d'ambulance du Québec.

Le présent rapport a été préparé dans le cadre du dépôt d'un mémoire auprès du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, et n'est destiné qu'à l'usage de la direction de la Corporation des services d'ambulance du Québec et de la direction de l'Association des services d'ambulance du Québec ou de leurs conseils d'administration respectifs. Il ne devrait donc pas être distribué à d'autres fins que celles convenues. Une autorisation préalable de Raymond Chabot Grant Thornton est requise pour tout autre usage.

Nous espérons que le contenu de ce rapport sera à votre entière satisfaction et nous demeurons à votre disposition afin de discuter de son contenu.

Pour toute question ou information complémentaire, nous vous invitons à communiquer avec le soussigné au 418 647-3216.

Veillez agréer, Messieurs, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

*Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.*

Pierre Garant, CPA, CA  
Associé - Certification

/jg

## Table des matières

<b>1.</b>	<b>Financement théorique de la Corporation d'urgences-santé .....</b>	<b>1</b>
1.1	Mandat et contexte .....	1
1.2	Évaluation de l'outil de calcul.....	1
1.3	Sources des données utilisées .....	2
1.4	Évaluation des hypothèses .....	2
1.4.1	Nombre de techniciens ambulanciers/paramédics détenteurs de postes en équivalent de temps complet affectés sur les ambulances .....	2
1.4.2	Masse salariale des rectifiables autres que les rectifiables à pourcentage .....	3
1.4.3	Nombre de véhicules ambulanciers.....	3
1.4.4	Mauvaises créances .....	3
1.4.5	Heures en déploiement dynamique .....	4
1.5	Évaluation des données utilisées dans l'analyse de comparaison .....	4
1.6	Conclusion .....	4
<b>2.</b>	<b>Financement réel estimatif de la Corporation d'urgences-santé.....</b>	<b>5</b>
2.1	Contexte .....	5
2.2	Sources des données utilisées .....	5
2.3	Évaluation des hypothèses .....	5
2.4	Conclusion .....	6
<b>3.</b>	<b>Conclusion globale .....</b>	<b>7</b>

# Rapport d'analyse

# 1. Financement théorique de la Corporation d'urgences-santé

## 1.1 Mandat et contexte

La Corporation des services d'ambulance du Québec (ci-après la « CSAQ ») et l'Association des services d'ambulance du Québec (ci-après l' « ASAQ ») souhaitent retenir les services d'un cabinet spécialisé afin d'effectuer une analyse objective et indépendante de la comparaison du financement réel de la Corporation d'urgences-santé lié aux services pré-hospitaliers d'urgence avec le financement théorique calculé conformément aux dispositions du contrat minimal de services des autres entreprises ambulancières dans le cadre du dépôt d'un mémoire auprès du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence.

Notre mandat consistait plus spécifiquement à :

- Évaluer l'outil de calcul qui a servi à faire la comparaison des dépenses;
- Valider les sources afin de s'assurer de la fiabilité des données utilisées dans l'outil de calcul;
- Évaluer la raisonnable et la plausibilité des hypothèses retenues;
- Évaluer les données utilisées dans l'analyse de comparaison.

Le tableau sommaire ci-dessous indique, par grande catégorie, le financement théorique calculé en transposant les données de la Corporation d'urgences-santé dans le contrat minimal de services.

Composantes financées	Montant (\$)
Masse salariale	57 161 130
Dépenses d'opération	14 483 208
Frais de gestion, d'administration, d'immobilisation et de supervision	18 328 793
<b>Total brut du financement</b>	<b>89 973 131</b>

## 1.2 Évaluation de l'outil de calcul

L'outil de calcul utilisé par la CSAQ, en accord avec l'ASAQ, afin d'établir le montant du financement théorique conformément aux dispositions du contrat minimal de services des entreprises ambulancières est le fichier Excel dont le ministère de la Santé et des Services sociaux se sert pour déterminer le financement des entreprises ambulancières. Afin de nous assurer de la fiabilité et de l'intégralité de l'outil, nous avons comparé les composantes des annexes A et C aux annexes A et C d'autres entreprises ambulancières. À la suite de ce travail, nous avons constaté que les annexes A et C étaient en tout point identiques. Nous avons également validé certaines formules incluses dans ce fichier Excel afin de valider les montants calculés et nous n'avons retracé aucune anomalie. La version utilisée est celle de l'année 2012-2013.

### 1.3 Sources des données utilisées

Nous avons passé en revue chacune des données utilisées par la CSAQ pour effectuer l'analyse de comparaison et nous nous sommes assurés de la provenance de ces données afin de juger de leur fiabilité.

Par le biais du processus d'accès à l'information, la CSAQ a obtenu certaines données nécessaires à l'analyse directement de la Corporation d'urgences-santé. Ces données, confirmées par la Corporation d'urgences-santé, n'ont pas fait l'objet d'un quelconque examen ou vérification, à l'exception du pointage de ces données aux courriels originaux provenant du Service de recherche opérationnelle, exploitation et production de données – Direction des ressources informationnelles de la Corporation d'urgences-santé.

D'autres données ont été obtenues en consultant les états financiers figurant dans les rapports annuels de gestion de la Corporation d'urgences-santé pour les exercices 2012-2013, 2011-2012 et 2010-2011. Ces données n'ont également pas fait l'objet d'un quelconque examen ou vérification, à l'exception du pointage de ces données aux états financiers audités par le Vérificateur général du Québec des exercices mentionnés précédemment.

Les autres données ont été estimées et établies par la permanence de la CSAQ en fonction des hypothèses décrites à la section suivante.

### 1.4 Évaluation des hypothèses

#### *1.4.1 Nombre de techniciens ambulanciers/paramédics détenteurs de postes en équivalent de temps complet affectés sur les ambulances*

Le nombre de techniciens ambulanciers/paramédics (ci-après « TAP ») détenteurs de postes en équivalent de temps complet affectés sur les ambulances a été estimé par la permanence de la CSAQ. La permanence a établi le nombre d'heures maximales annuelles en temps complet à 2 100 heures. Afin de valider cette donnée, la permanence a consulté les annexes A de trois entreprises ambulancières différentes œuvrant dans des régions d'une certaine envergure. Pour les trois entreprises ambulancières consultées, cette même donnée se situait entre 2 085 et 2 109 heures annuelles. De plus, la Corporation d'urgences-santé a confirmé que le nombre d'heures annuelles prévues au budget 2012-2013 s'élevait à 1 115 183 heures. Le nombre de TAP détenteurs de postes en équivalent de temps complet affectés sur les ambulances ainsi estimé de 531 nous apparaît plausible et raisonnable selon les preuves qui nous ont été fournies.

Nous avons cependant remarqué, à la lecture des renseignements complémentaires non audités figurant au rapport annuel de gestion 2012-2013 de la Corporation d'urgences-santé, que le nombre de postes occupés à temps plein par des TAP au 31 mars 2013 s'élevait à 595. En substituant le nombre de 531 par 595 dans l'outil de calcul, nous observons une augmentation du financement brut à l'annexe C d'environ 258 000 \$, soit 0,29 %. Cette variation est définitivement non significative par rapport au financement total brut et, par conséquent, nous avons retenu le nombre de 531 dans le calcul du financement théorique.

Nous avons également constaté dans les renseignements complémentaires non audités figurant au rapport annuel de gestion 2012-2013 de la Corporation d'urgences-santé qu'il y a 343 postes occupés par des TAP à temps partiel. La permanence de la CSAQ a estimé que ces postes à temps partiel correspondaient à du remplacement. Il n'y a donc pas lieu de calculer un équivalent de temps complet pour ces postes.

#### *1.4.2 Masse salariale des rectifiables autres que les rectifiables à pourcentage*

La masse salariale des rectifiables autres que les rectifiables à pourcentage a été estimée par la permanence de la CSAQ. L'établissement de cette donnée est basé sur un document obtenu par la CSAQ lors des négociations des paramètres du contrat minimal de services en octobre 2011. Nous avons revu ce document et les calculs effectués par la CSAQ et rien ne nous porte à croire que cette donnée n'est pas plausible et raisonnable.

Compte tenu de l'importance de cette donnée, une variation même importante de celle-ci n'entraînerait pas d'écart significatif sur le financement brut total.

#### *1.4.3 Nombre de véhicules ambulanciers*

Le nombre de véhicules ambulanciers utilisés pendant l'exercice financier 2012-2013 a été déterminé en posant comme hypothèse que les acquisitions de véhicules sont linéaires tout au long de l'année. Pour fins de calcul, la règle de la demi-année a été appliquée. C'est une pratique courante qui est appliquée dans plusieurs entreprises, peu importe le secteur d'activités dans lequel elles évoluent. Le nombre de véhicules ainsi calculé s'élève à 144. En supposant que les acquisitions de véhicules ont toutes été faites en début d'année, un nombre de 154 véhicules devrait être considéré dans la simulation. Ce changement de donnée entraîne une augmentation du financement brut d'environ 160 000 \$ représentant 0,18 %. Cette variation est décidément non significative par rapport au financement brut total. Nous sommes en accord avec cette hypothèse et la trouvons raisonnable et plausible.

#### *1.4.4 Mauvaises créances*

Les mauvaises créances ont été établies conformément aux dispositions du contrat minimal de services et à la directive relative aux coûts des mauvaises créances émise par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Selon cette directive, il y a deux options différentes pour déterminer le montant des mauvaises créances et elles se détaillent comme suit :

- Option 1 : 4,00 \$ par personne transportée;
- Option 2 : le montant est établi sur la base de la moyenne des mauvaises créances des trois derniers exercices financiers précédant l'année concernée. Le calcul se fait suivant les dispositions de l'annexe « P » et plus spécifiquement de la façon suivante : moyenne des mauvaises créances de ces trois années moins la moyenne des mauvaises créances recouvrées au cours de la même période, en ajoutant la moyenne des frais d'agences de recouvrement et ½ de 1 % des revenus autonomes pour tenir compte de toutes autres dépenses.

Pour les fins de la simulation, la permanence de la CSAQ a choisi l'option 2. Nous nous sommes assurés des données utilisées et de l'exactitude des calculs et selon cette option, le montant des mauvaises créances s'élève à 1,8 millions de dollars. À la suite du travail effectué, nous sommes en mesure de conclure que ce montant a été déterminé conformément aux dispositions du contrat minimal de services et à la directive relative aux coûts des mauvaises créances.

Le choix de l'option 1 aurait donné pour résultat des mauvaises créances de l'ordre de 0,9 millions de dollars, soit un écart de 0,9 millions de dollars sur le financement brut, représentant une variation non significative de 1 %. Nous jugeons donc que le montant des mauvaises créances retenu par la CSAQ est plausible et raisonnable.

### 1.4.5 Heures en déploiement dynamique

Selon la permanence de la CSAQ, toutes les heures effectuées par la Corporation d'urgences-santé sont réalisées en déploiement dynamique étant donné que Montréal est une région urbaine et que les véhicules sont constamment en déplacement. C'est le même principe pour les autres entreprises ambulancières qui exercent leurs activités dans une région urbaine.

Selon les dispositions du contrat minimal de services, la différence entre le nombre d'heures planifiées des TAP détenteurs de postes affectés sur les ambulances et le nombre d'heures réellement effectuées par les TAP détenteurs de postes affectés sur les ambulances a un impact sur le financement brut. Le nombre d'heures annuelles planifiées et le nombre d'heures réellement effectuées par les TAP détenteurs de postes affectés sur les ambulances étant des données confirmées par la Corporation d'urgences-santé, nous jugeons donc celles-ci comme étant plausibles. Par conséquent, la différence entre ces deux données correspond au nombre d'heures de travail additionnelles non incluses au plan de déploiement qui doivent être considérées dans le calcul du financement brut. Ces heures de travail additionnelles doivent être réparties selon des rubriques bien précises puisque l'impact sur le financement brut n'est pas le même. Selon la permanence de la CSAQ, un prorata de 80 %/20 % est très raisonnable pour répartir ces heures de travail additionnelles entre les deux rubriques. À la suite d'une discussion avec la permanence de la CSAQ, nous jugeons que cette hypothèse est raisonnable et plausible.

Advenant le cas où la répartition devait plutôt être 50 %/50 %, l'impact sur le financement brut correspond à une augmentation de tout près de 92 000 \$. Même en inversant les proratas, c'est-à-dire 20 %/80 %, ce qui est très peu probable selon la CSAQ, on observe une augmentation du financement brut d'environ 183 000 \$. L'impact maximum qui peut être observé n'excède pas les 245 000 \$, soit une variation de 0,27 % du financement brut total. Les analyses d'élasticité effectuées démontrent bien qu'une variation importante de cette hypothèse n'entraînerait pas d'écart significatif sur le financement brut total.

## 1.5 Évaluation des données utilisées dans l'analyse de comparaison

Nous avons pointé toutes les données utilisées dans l'outil de calcul et nous sommes en mesure de conclure que ces données sont conformes à celles qui ont été, soit confirmées par la Corporation d'urgences-santé, soit provenant des rapports annuels de gestion de la Corporation d'urgences-santé pour les années 2012-2013, 2011-2012 et 2010-2011, ou soit estimées et établies selon les hypothèses décrites à la section 4 ci-dessus.

En ce qui a trait aux données qui ont été établies selon les hypothèses décrites à la section 4 ci-dessus, tous les calculs ont été validés afin de s'assurer que ces données sont plausibles et raisonnables et que ce sont seulement ces données qui ont été intégrées dans l'outil de calcul aux fins de l'analyse de comparaison.

## 1.6 Conclusion

À la suite des travaux réalisés, nous sommes en mesure de constater que le montant du financement théorique calculé conformément aux dispositions du contrat minimal de services des entreprises ambulancières s'élève à 90,0 millions de dollars.

## 2. Financement réel estimatif de la Corporation d'urgences-santé

### 2.1 Contexte

La présentation actuelle des informations financières incluses dans les états financiers audités 2012-2013 ne nous permet pas d'isoler tous les revenus directement en lien avec les services préhospitaliers d'urgence. Par conséquent, ces revenus ont été estimés par la permanence de la CSAQ en posant certaines hypothèses qui sont décrites à la section 2.3 ci-dessous.

### 2.2 Sources des données utilisées

Les données avec lesquelles la permanence de la CSAQ a travaillé pour estimer les revenus réels directement liés au centre d'activité des services préhospitaliers d'urgence proviennent toutes des états financiers audités 2012-2013 inclus dans le rapport annuel de gestion de la Corporation d'urgences-santé. Nous avons pointé toutes les données ayant servi aux différents calculs ainsi que les additions et extensions et n'avons retracé aucune anomalie.

### 2.3 Évaluation des hypothèses

À la suite d'une brève analyse des états financiers audités 2012-2013, nous pouvons constater que les résultats sont relativement équilibrés à 1,9 million de dollars près de déficit avant autres éléments sur un total de 118,1 millions de dollars de revenus, représentant ainsi 1,6 % des revenus totaux. La permanence de la CSAQ a posé comme hypothèse que les différents centres d'activité ne réalisent pas de déficit important pris individuellement et donc que toutes les dépenses en lien avec les services préhospitaliers d'urgence sont représentatives des revenus selon un budget équilibré.

Afin d'identifier les dépenses directement en lien avec les services préhospitaliers d'urgence, la permanence de la CSAQ a travaillé avec le tableau des charges d'exploitation par centre d'activité présenté dans les états financiers 2012-2013 de la Corporation d'urgences-santé. À la lecture de ce tableau, elle a identifié quatre centres de coûts directs, soit les centres d'activité « Services préhospitaliers d'urgence », « Centre des communications », « Contrôle médical et assurance qualité » et « Interventions spécialisées », et quatre centres de coûts indirects, soit les centres d'activité « Formation », « Administration générale », « Informatique » et « Fonctionnement des installations ». Elle a, par la suite, estimé une quote-part des coûts indirects pour les ajouter aux coûts directs des services préhospitaliers d'urgence en appliquant le prorata que ce centre d'activité représente sur le total des centres d'activité identifiés comme étant des coûts directs.

Le prorata des coûts directs du centre d'activité « Services préhospitaliers d'urgence » sur le total des centres d'activité identifiés comme étant des coûts directs représente 86,7 %. Le total des coûts indirects provenant des quatre centres d'activité identifiés précédemment s'élève à 15,521 millions de dollars. En appliquant le prorata de 86,7 % à ces coûts, nous obtenons un montant de 13,457 millions de dollars. Ce montant a par la suite été ajouté aux 90,0 millions de dollars de coûts directs des services préhospitaliers d'urgence portant ainsi le total à 103,5 millions de dollars. Cet exercice a permis à la permanence de la CSAQ d'estimer les coûts totaux attribuables uniquement aux services préhospitaliers d'urgence.

Après révision des calculs et de la procédure établie par la permanence de la CSAQ, nous jugeons, dans un contexte de budget équilibré, que les revenus attribuables aux services préhospitaliers d'urgence s'élèvent à 103,5 millions de dollars et qu'ils sont raisonnables et plausibles.

## **2.4 Conclusion**

À la suite du travail effectué, nous sommes en mesure de constater que les revenus réels de la Corporation d'urgences-santé directement en lien avec les services préhospitaliers d'urgence, qui ont été estimés par la CSAQ en fonction des dépenses réelles figurant aux états financiers 2012-2013, s'élèvent à 103,5 millions de dollars.

### 3. Conclusion globale

À la suite des travaux réalisés, nous sommes en mesure de constater que le montant du financement théorique calculé conformément aux dispositions du contrat minimal de services des entreprises ambulancières s'élève à 90,0 millions de dollars.

Nous sommes également en mesure de constater que les revenus réels de la Corporation d'urgences-santé directement en lien avec les services préhospitaliers d'urgence, qui ont été estimés par la CSAQ en fonction des dépenses réelles figurant aux états financiers 2012-2013, s'élèvent à 103,5 millions de dollars.

Le tableau sommaire suivant démontre l'écart entre le financement théorique calculé conformément aux dispositions du contrat minimal de services et le financement réel de la Corporation d'urgences-santé estimé par la CSAQ.

	Montant (en millions de \$)
Financement réel de la Corporation d'urgences-santé estimé par la CSAQ	103,5
Financement théorique selon la simulation du contrat minimal de services	90,0
<b>Écart théorique de financement</b>	<b>13,5</b>

L'exercice de comparaison dégage donc un écart théorique de financement de 13,5 millions de dollars.

La portée du mandat confié, l'information financière disponible et l'étendue des travaux effectués ne visaient pas à conclure sur la nature ou la justification de l'écart théorique constaté et en ce sens, ce rapport ne doit pas être utilisé à d'autres fins que celles énumérées à la lettre accompagnant le présent rapport.

# Estimation des dépenses réelles



**Estimation des dépenses réelles d'Urgences-santé  
pour les services préhospitaliers d'urgence à partir  
des états financiers du "rapport annuel de gestion 2012-2013"**  
(référence : pages 60 et 61)

Annexe 7B

<b>Coûts directs :</b>	<b>En milliers de dollars</b>	<b>En pourcentage</b>
Services préhospitaliers d'urgence (SPU)	90 011	86,7%
Centre des communications	9 006	8,7%
Contrôle médical et assurance qualité	1 945	1,9%
Interventions spécialisées	2 857	2,8%
Total	<b>103 819 \$</b>	<b>100,0%</b>

**Coûts indirects :**

Formation	2 770	17,8%
Administration générale	8 092	52,1%
Informatique	3 018	19,4%
Fonctionnement des installations	1 641	10,6%
Total	<b>15 521 \$</b>	<b>100,0%</b>

**Coûts totaux :** 119 340 \$

**Coûts indirects attribuables au SPU :**

15 521 X 86,7 % = **13 457 \$**

**Coûts totaux attribuables au SPU :**

Coûts directs :	90 011
Coût indirects :	13 457
	<u><u>103 468 \$</u></u>

# Budget Annuel, Simulation SPU



**Annexe A - Budget annuel de l'entreprise**

A compléter par l'Agence

Annuellement

Le contenu du fichier transmis doit respecter la forme convenue entre les parties lors de la signature du contrat

**Contrat minimal de service  
ENTREPRISES AMBULANCIERES**

**Exercice financier 2012 - 2013**

**Ministère de la santé et des services sociaux**

**ET**

**"Simulation SPU d'Urgences-santé"**

**NUMÉRO DE CONTRAT :  
1 avril 2012**

NUMÉRO DE CONTRAT :

DONNÉES OPÉRATIONNELLES

1 avril 2012

INFORMATIONS GÉNÉRALES	
Nom de la compagnie ambulancière	"Simulation SPU d'Urgences-santé"
Numéro de permis	0
Nom de l'Agence de santé attiré	Ministère de la santé et des services sociaux
Organisation syndicale	CSN

ZONE(S) DESSERVIE(S)	
Nom :	xx-yyy-zz Inconnue
Total :	1

VÉHICULE(S) ET ÉQUIPEMENTS	
Au permis au :	0
Au permis au : 1 avril 2012	144
Véhicule de remplacement autorisé(s)	0
Total :	144

KILOMÉTRAGE (AU 31 mars 2012)	
Annuel total (véhicules au permis):	6 756 666
Annuel total (véhicule de remplacement)	0
Annuel total de l'entreprise :	6 756 666

TRANSPORTS ANNUELS (AU 31 mars 2012)	
Nombre de personnes transportées (transport simple)	228 108,00
Nombre de personnes additionnelles transportées	0,00
Nombre de non résidents canadiens transportés	0,00
Kilométrage annuel en charge	2 141 714,00
Amortissements (selon annexe J - Amortissements des véhicules)	1 265 005,00 \$
Choix de la méthode des mauvaises créances (1 = Par personne transportée   2 = Rapport d'auditeur)	2
Mauvaises créances selon rapport d'auditeur	1 766 437,00 \$
Taux horaire moyen des TAP (Selon annexe I - Taux horaire moyen des TAP)	27,3100 \$
L'entreprise a-t-elle fourni le formulaire RLZ - 1 - S (Taux personnalisé F.S.S.) (0 = NON; 1 = OUI)	0
F.S.S. selon le calcul du taux du financement de service de santé de l'entreprise	4,26%
FSS du groupe selon formulaire RLZ-1 S Sommaire des retenus et cotisations de l'employeur	0,00%

NUMÉRO DE CONTRAT :

Exercice financier 2012 - 2013

1 avril 2012

PLAN D'ORGANISATION DE SERVICE						
Type de quart à l'heure	Heures de travail autorisées par quatorze jours	Heures annuelles de service autorisées	Heures annuelles de travail autorisées	Heures annuelles de travail Taux régulier	Heures annuelles de travail Taux supplémentaire	Nombre de TAP en E.T.C.
Heures en positionnement	0,00	0,00	0,00	0,00		
Heures en déploiement dynamique	42 776,49	557 591,55	1 115 183,09	1 115 183,09		
Heures en point de service	0,00	0,00	0,00	0,00		
Heures de faction	0,00	0,00	0,00	0,00		
Heures d'événements spéciaux	0,00	0,00	0,00	0,00		
<b>Grand total annuel</b>	42 776,49	557 591,55	1 115 183,09	1 115 183,09	0,00	531,00
<b>Heures de service (par semaine)</b>	21 388,25	10 693,54	21 387,07	21 387,07	0,00	

MASSE SALARIALE								
			Taux horaire moyen des TAP		Heures annuelles	Salaires	Pourcentage des salaires	Pourcentage du budget brut
Heures de travail autorisées à taux régulier			27,31 \$		1 115 183,09	30 455 650,31 \$		
Heures de travail autorisées en temps supplémentaire			40,97 \$		-	- \$		
Heures de faction			27,31 \$		-	- \$		
Coût total des heures de travail autorisées					1 115 183,09	30 455 650,31 \$	100,00%	35,54%
Primes soir-nuit			4,15%			1 263 909,49 \$	4,15%	1,47%
Primes fin de semaine % des horaires (4% x 38%)			1,52%			462 925,88 \$	1,52%	0,54%
Coût des primes						1 726 835,37 \$	5,67%	
Compensation pour le temps supplémentaire (pourcentage du coût des heures de travail autorisées)						1 218 226,01 \$	4,00%	1,42%
<b>Sous-total salaire avant avantages sociaux</b>			29,95 \$			33 400 711,69 \$	109,67%	
Vacances T.C	31 673 876,32 \$		8,00%			2 533 910,11 \$		
Maladies T.C	30 455 650,31 \$		4,00%			1 218 226,01 \$		
Fériés T.C	30 455 650,31 \$		5,30%			1 614 149,47 \$		
Avantages sociaux T.C					5 366 285,58 \$			
Maladies T.P			4,00%			214 651,42 \$		
Fériés T.P			5,30%		499 064,56 \$	284 413,14 \$		
Vacances T.P			8,00%		469 228,01 \$	469 228,01 \$		
<b>Avantages sociaux</b>					6 334 578,15 \$	6 334 578,15 \$	18,97%	7,39%
<b>Total des heures de travail autorisées</b>					1 115 183,09			
<b>Total des salaires</b>						39 735 289,84 \$	128,64%	46,37%
Hrs maximales annuelles temps complet pour fin de calcul de cotisation			2 100,16					
Taux horaire moyen avant parts patronales			29,95 \$					
Salaires moyen par E.T.C.			62 901,53 \$					

CHARGES SOCIALES								
		Masse Salariale Annuelle	Maximum Cotisable	Taux horaire moyen de l'entreprise	Parts patronales en %	Parts patronales en \$	Pourcentage des salaires	Pourcentage du budget brut
Cotisation à assurance emploi (AE)	0,43 \$	28 995 317,67 \$	45 900,00 \$		1,6685%	483 772,38 \$	1,2175%	0,56%
Cotisation au régime québécois d'assurance parentale (RQAP)	0,28 \$	39 735 289,84 \$	62 901,53 \$		0,7820%	310 729,97 \$	0,7820%	0,36%
Cotisations au Fonds des services de santé (FSS)	1,52 \$	39 735 289,84 \$			4,2600%	1 692 723,35 \$	4,2600%	1,98%
Cotisation au régime de rentes du Québec (RRQ)	1,33 \$	29437512,06	46 600,00 \$		5,0250%	1 479 234,98 \$	3,7227%	1,73%
Commission de la santé et sécurité au travail (C.S.S.T.)	1,70 \$	39735289,84	62 901,53 \$		4,7700%	1 895 373,33 \$	4,7700%	2,21%
Cotisation spéciale C.S.S.T.	1,75 \$	39 735 289,84 \$			4,9000%	1 947 029,20 \$	4,9000%	2,27%
Cotisation développement CSST	0,04 \$	39 735 289,84 \$			0,1000%	39 735,29 \$	0,1000%	0,05%
Cotisation pour le finan. de la Commission des normes du travail (CNT)	0,03 \$	39 735 289,84 \$			0,0800%	31 788,23 \$	0,0800%	0,04%
Cotisation au Fonds national de formation de la main-d'œuvre <sup>1</sup>	- \$				0,0000%	- \$	0,0000%	0,00%
Régime de retraite	1,91 \$	36 790 228,46 \$			5,8000%	2 133 833,25 \$	5,3701%	2,49%
Uniformes	0,71 \$		1 115 183,09		0,7093 \$	790 999,37 \$	1,9907%	0,92%
Assurance groupe	1,43 \$	39 735 289,84 \$			4,0000%	1 589 411,59 \$	4,0000%	1,85%
Libération syndicale	0,16 \$	39 735 289,84 \$			0,4400%	174 835,28 \$	0,4400%	0,20%
<b>Total des charges sociales</b>						<b>12 569 466,22 \$</b>	<b>31,6330%</b>	<b>14,67%</b>
<b>Total masse salariale avant rectifiables à pourcentage</b>						<b>52 304 756,06 \$</b>		<b>61,04%</b>
<b>Taux horaire moyen de l'entreprise</b>				<b>46,902393 \$</b>				

	Taux horaire moyen des TAP	Parts patronales	Taux horaire moyen pour fin de formation	Rectifiables en %	Rectifiables en \$	Pourcentage du budget brut
<b>Taux horaire moyen pour fin de formation</b>	27,31 \$	41,3968%	<b>38,615463 \$</b>			
Éléments rectifiables à Pourcentage				2,3100%	1 208 239,86 \$	1,41%
<b>Sous-total masse salariale</b>					<b>53 512 995,92 \$</b>	<b>62,45%</b>

Dépenses d'opération						
<b>Coûts kilométriques</b>						
Kilométrage annuel total			6 756 666,00			
Coût kilométrique 2-1-1 carburant				0,3308 \$	2 235 105,11 \$	2,61%
Coût kilométrique 2-1-1 entretien				0,2619 \$	1 769 570,83 \$	2,06%
Heures de positionnement/déploiement dynamique			557 591,55			
Coût du ralenti			65,00%	4,1095 \$	1 489 424,60 \$	1,74%
<b>Sous-total coûts kilométriques</b>					<b>5 494 100,54 \$</b>	

<b>Coût variable par transport (fournitures médicales, fournitures médicales spécialisées et à la literie, selon la liste des fournitures de l'annexe O)</b>					
Nombre de personnes transportées (transport simple)	228108,00				
Nombre de personnes additionnelles transportées	0,00				
Nombre total de personnes transportées	228108,00				
<b>Sous-total coût variable par transport</b>			15,8021 \$	3 604 585,43 \$	4,21%
<b>Mauvaises créances (option 1 ou 2)</b>	228108,00		1 766 437,00 \$	1 766 437,00 \$	2,06%
<b>Coûts annuels</b>					
Véhicules (amortissement, financement)				1 265 005,00 \$	1,48%
Équipement médical (excluant les MDSA)	144 Véhicule(s)	6 061,57 \$		872 866,08 \$	1,02%
MDSA	144 Véhicule(s)	1 293,75 \$		186 300,00 \$	0,22%
Équipements de communication	144 Véhicule(s)	2 233,99 \$		321 694,56 \$	0,38%
Autres coûts fixes	144 Véhicule(s)	6 426,21 \$		925 374,24 \$	1,08%
<b>Sous-total coûts annuels</b>				3 571 239,88 \$	
<b>Sous-total dépenses d'opération</b>				14 436 362,85 \$	
<b>Frais de gestion, d'administration, d'immobilisation et de supervision</b>					
Heures de travail autorisées		1 115 183,09	11,2923 \$	12 592 982,06 \$	14,70%
Par personne transportée	228108,00		22,5846 \$	5 151 727,94 \$	6,01%
<b>Sous-total frais de gestion, d'admin., d'immo., et de supervision</b>				17 744 709,99 \$	20,71%
<b>Budget Brut</b>				85 694 068,76 \$	162,45%
<b>Coût horaire par heures annuelles de service autorisées</b>			153,69 \$		
<b>Revenus autonomes</b>					
Nombre de personnes transportées (transport simple)	228108,00		125,00 \$	28 513 500,00 \$	
Nombre de personnes additionnelles transportées	0,00		35,00 \$	- \$	
Nombre de non résidents canadiens transportés	0,00		275,00 \$	- \$	
Kilomètre annuel en charge	2141714,00		1,75 \$	3 747 999,50 \$	
<b>Total Revenus autonomes</b>				32 261 499,50 \$	
<b>Budget net</b>				53 432 569,26 \$	

**Sommaire du budget**

			\$	%
<b>Masse salariale</b>				
Masse salariale	Heures annuelles de travail autorisées	1 115 183,09	30 455 650,31 \$	35,54%
Coût des primes			1 726 835,37 \$	2,02%
Compensation pour le temps supplémentaire			1 218 226,01 \$	1,42%
Avantages sociaux			6 334 578,15 \$	7,39%
Charges sociales			12 569 466,22 \$	14,67%
Éléments rectifiables à pourcentage			1 208 239,86 \$	1,41%
<b>Sous-total masse salariale</b>			<b>53 512 995,92 \$</b>	<b>62,45%</b>
<b>Coûts kilométriques</b>				
Coûts kilométriques	Par kilomètres parcourus	6 756 666,00	4 004 675,94 \$	4,67%
Coût du ralenti	Par heures de service autorisées	557 591,55	1 489 424,60 \$	1,74%
<b>Sous-total coûts kilométriques</b>			<b>5 494 100,54 \$</b>	<b>6,41%</b>
<b>Coût variable par transport et mauvaises créances</b>				
			\$	%
Fournitures médicales, fournitures médicales spécialisées et à la literie	Par personne transportée	228 108,00	3 604 585,43 \$	4,21%
Mauvaises créances	Selon option 1 ou 2	228 108,00	1 766 437,00 \$	2,06%
<b>Sous-total coût variable transport et mauvaises créances</b>			<b>5 371 022,43 \$</b>	<b>6,27%</b>
<b>Coûts annuels</b>				
			\$	%
Véhicules (amortissement, financement)			1 265 005,00 \$	1,48%
Équipement médical (excluant les MDSA)	Véhicule(s)	144,00	872 866,08 \$	1,02%
MDSA	Véhicule(s)	144,00	186 300,00 \$	0,22%
Équipement de communication	Véhicule(s)	144,00	321 694,56 \$	0,38%
Autres coûts fixes	Véhicule(s)	144,00	925 374,24 \$	1,08%
<b>Sous-total coûts annuels</b>			<b>3 571 239,88 \$</b>	<b>4,17%</b>
<b>Sous-total avant frais de gestion, d'administration, d'immobilisation et de supervision</b>			<b>67 949 358,77 \$</b>	<b>79,29%</b>
<b>Frais de gestion, d'administration, d'immobilisations et de supervision</b>			<b>17 744 709,99 \$</b>	<b>20,71%</b>
<b>Budget brut</b>			<b>85 694 068,76 \$</b>	<b>100,00%</b>
<b>Revenus autonomes</b>			<b>32 261 499,50 \$</b>	
<b>Budget net</b>			<b>53 432 569,26 \$</b>	







Annexe des horaires et autres items non récurrents	Période	Du	Au	Taux horaire A	Annexe	Annualisation	Taux annualisé	Heures	Montant
Ajout d'heures moins de 14 jrs									
Total des ajouts d'heures en 2012-2013	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$		0,7723 \$	39,3878 \$	28 060,00	1 105 220,88 \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					0,00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					0,00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					0,00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					0,00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					0,00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					0,00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					0,00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					0,00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					0,00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					0,00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					0,00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					0,00	- \$
<b>Total</b>								<b>28 060,00</b>	<b>1 105 220,88 \$</b>
Ajout d'heures de 15 jrs et plus									
Total des ajouts d'heures en 2012-2013	1	2012-04-01	2012-05-05	46,9024 \$		0,9380 \$	47,8404 \$	7 015,00	335 600,69 \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					0,00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					0,00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					0,00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					0,00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					0,00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					0,00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					0,00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					0,00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					0,00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					0,00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					0,00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					0,00	- \$
<b>Total</b>								<b>7 015,00</b>	<b>335 600,69 \$</b>
Débordement heures de faction									
	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$		0,7723 \$	39,3878 \$	0,00	- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					0,00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					0,00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					0,00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					0,00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					0,00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					0,00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					0,00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					0,00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					0,00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					0,00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					0,00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					0,00	- \$
<b>Total</b>								<b>-</b>	<b>- \$</b>
Heures de travail payables sur heures de service non livrées									
	1	2012-04-01	2012-05-05	46,9024 \$		0,9380 \$	47,8404 \$	0,00	- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					0,00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					0,00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					0,00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					0,00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					0,00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					0,00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					0,00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					0,00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					0,00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					0,00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					0,00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					0,00	- \$
<b>Total</b>								<b>-</b>	<b>- \$</b>
Droits parentaux									
Rectifiables autres qu'à pourcentage	1	2012-04-01	2012-05-05						432 854,21 \$
(masse salariale totale avant rectifiables X 0,79%)	2	2012-05-06	2012-06-02						- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30						- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28						- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25						- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22						- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20						- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17						- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15						- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12						- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09						- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09						- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31						- \$
<b>Total</b>									<b>432 854,21 \$</b>

Absences long terme								
1	2012-04-01	2012-05-05	- \$					
2	2012-05-06	2012-06-02	- \$					
3	2012-06-03	2012-06-30	- \$					
4	2012-07-01	2012-07-28	- \$					
5	2012-07-29	2012-08-25	- \$					
6	2012-08-26	2012-09-22	- \$					
7	2012-09-23	2012-10-20	- \$					
8	2012-10-21	2012-11-17	- \$					
9	2012-11-18	2012-12-15	- \$					
10	2012-12-16	2013-01-12	- \$					
11	2013-01-13	2013-02-09	- \$					
12	2013-02-10	2013-03-09	- \$					
13	2013-03-10	2013-03-31	- \$					
<b>Total</b>			<b>- \$</b>					
Majoration du taux horaire sur débordement								
1	2012-04-01	2012-05-05	- \$					
2	2012-05-06	2012-06-02	- \$					
3	2012-06-03	2012-06-30	- \$					
4	2012-07-01	2012-07-28	- \$					
5	2012-07-29	2012-08-25	- \$					
6	2012-08-26	2012-09-22	- \$					
7	2012-09-23	2012-10-20	- \$					
8	2012-10-21	2012-11-17	- \$					
9	2012-11-18	2012-12-15	- \$					
10	2012-12-16	2013-01-12	- \$					
11	2013-01-13	2013-02-09	- \$					
12	2013-02-10	2013-03-09	- \$					
13	2013-03-10	2013-03-31	- \$					
<b>Total</b>			<b>- \$</b>					
Heures de formation - TYPE 1								
Total des heures de formation année 2012-2013	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$	0,7723 \$	39,3878 \$	16 649.00	655 767,01 \$
	2	2012-05-06	2012-06-02				0.00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30				0.00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28				0.00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25				0.00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22				0.00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20				0.00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17				0.00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15				0.00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12				0.00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09				0.00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09				0.00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31				0.00	- \$
Heures de formation - TYPE 2								
	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$	0,7723 \$	39,3878 \$	0.00	- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02				0.00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30				0.00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28				0.00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25				0.00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22				0.00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20				0.00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17				0.00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15				0.00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12				0.00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09				0.00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09				0.00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31				0.00	- \$
Heures de formation - TYPE 3								
	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$	0,7723 \$	39,3878 \$	0.00	- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02				0.00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30				0.00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28				0.00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25				0.00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22				0.00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20				0.00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17				0.00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15				0.00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12				0.00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09				0.00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09				0.00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31				0.00	- \$

<b>Heures de formation - TYPE 4</b>								
	1	2012-04-01	2012-05-05	38,6155 \$	0,7723 \$	39,3878 \$	0,00	- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02				0,00	- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30				0,00	- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28				0,00	- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25				0,00	- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22				0,00	- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20				0,00	- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17				0,00	- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15				0,00	- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12				0,00	- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09				0,00	- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09				0,00	- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31				0,00	- \$
<b>Total</b>							<u>16 649,00</u>	<u>655 767,01 \$</u>
<b>Autres éléments rectifiables</b>								
	1	2012-04-01	2012-05-05					- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					- \$
<b>Total</b>								<u>- \$</u>
<b>Particularités régionales</b>								
	1	2012-04-01	2012-05-05					- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					- \$
<b>Total</b>								<u>- \$</u>
<b>Amortissements des véhicules selon annexe J:</b>								
	1	2012-04-01	2012-05-05					- \$
	2	2012-05-06	2012-06-02					- \$
	3	2012-06-03	2012-06-30					- \$
	4	2012-07-01	2012-07-28					- \$
	5	2012-07-29	2012-08-25					- \$
	6	2012-08-26	2012-09-22					- \$
	7	2012-09-23	2012-10-20					- \$
	8	2012-10-21	2012-11-17					- \$
	9	2012-11-18	2012-12-15					- \$
	10	2012-12-16	2013-01-12					- \$
	11	2013-01-13	2013-02-09					- \$
	12	2013-02-10	2013-03-09					- \$
	13	2013-03-10	2013-03-31					- \$
<b>Total</b>								<u>- \$</u>
<b>Autres</b>								
Rectifiables à pourcentage							48 431,20 \$	
Coûts kilométriques							- \$	
Coût du ralenti							46 845,73 \$	
Fournitures médicales							- \$	
Mauvaises créances							- \$	
Ajout de véhicule (équipement médical)							- \$	
Frais de gestion, d'administration, d'immobilisation et de supervision							584 082,93 \$	
Revenus autonomes							- \$	
Payable à des tiers							- \$	
							<u>679 359,85 \$</u>	

# Rapport Gauthier



**RÉFLEXION SUR L'ORGANISATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS  
D'URGENCE AU QUÉBEC**

**Préparé par : Gilles Gauthier**

**23 novembre 2007**

Le présent rapport est le fruit d'une réflexion demandée par le ministre de la Santé et des Services sociaux, monsieur Philippe Couillard, relativement à des pistes de réflexion sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec.

Les personnes suivantes ont apporté leur contribution à cette réflexion.

Daniel Adam	Président et directeur général Urgences-santé
Jeff Beggley	Vice-président F.S.S.S. (C.S.N.)
Deano Emond,	Président - RETAQ
Martin Jobin	Président – ATPH – CSN
Pierre Lamarche	Conseiller juridique
Pierre Lapointe	S.A.A.Q.
Richard Lapointe	Fondation
Bastien Leclerc	Propriétaire d'entreprise ambulancière
Réjean Leclerc	Président - SPH – CSN
Denis Perrault	C.S.A.Q. – Urgences-Santé
Gilles Ricard	C.S.A.Q.
André Thompson	Administrateur
Marcel Villeneuve	Consultant

Cette réflexion s'inspire également d'un document produit par un groupe de réflexion intéressé au milieu préhospitalier qui avait lui-même conduit une consultation restreinte sur son analyse et ses conclusions, le tout consigné dans « Document d'analyse et de recherche produit par un comité de réflexion sur l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec – janvier 2006 ».

La présente réflexion comporte trois (3) volets :

- Connaître le milieu du préhospitalier d'urgence au Québec.
- Éléments d'analyse.
- Conclusion et solution proposée

## **1) CONNAÎTRE LE MILIEU DU PRÉHOSPITALIER D'URGENCE AU QUÉBEC**

### ***1.1 Le milieu du préhospitalier d'urgence est jeune***

En 1972, le budget consacré à ce milieu était de 1,5\$M. La syndicalisation s'est faite en 1983. Une réflexion importante est conduite en 1999/2000 et le comité Dicaire dépose un rapport contenant quatre-vingt-dix-sept (97) recommandations. S'ensuit la création d'une direction nationale des services préhospitaliers d'urgence et la sanction de la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.

### ***1.2 Des valeurs et une culture plus près de la Sécurité Publique que du secteur de la santé***

La culture et les valeurs du milieu préhospitalier d'urgence québécois sont des valeurs et une culture calquées sur celles du milieu de la Sécurité Publique.

Le port de l'uniforme, les véhicules d'urgence, les supérieurs gradés avec uniformes distinctifs, le modèle syndical et le type de moyens de pression utilisés (v.g. port du jean) sont des éléments qui illustrent cette appartenance.

De plus, les techniciens ambulanciers/paramédics côtoient les policiers et pompiers sur le terrain. Les modes de communication radio, protocole de communication, sont semblables à ceux de ces milieux.

Le phénomène n'est pas particulier au Québec. Rappelons-nous qu'en Amérique du Nord, la presque totalité des services préhospitaliers d'urgence relève de structure de sécurité publique.

### ***1.3 Pour mieux comprendre la réalité du milieu et son comportement***

Pour mieux comprendre les techniciens ambulanciers/paramédics, analysons son milieu de travail.

- Ce n'est pas un milieu de travail fermé, dans un lieu délimité et structuré .

- Travaillant deux par deux dans un véhicule ou en caserne, les techniciens ambulanciers/paramédics se voient peu entre eux. Les face-à-face sont peu fréquents. De ce fait, la formation, le contrôle de la qualité, la supervision, la communication sont plus difficiles. C'est le milieu de la rumeur et de la communication par cellulaire.
- L'intervention du technicien ambulancier/paramédic est particulière :
  - période d'attente suivie d'interventions, le technicien ambulancier/paramédic passe d'une situation d'inactivité à une situation d'activité intense ;
  - l'intervention du technicien ambulancier/paramédic se fait :
    - sans supervision ou coaching direct ;
    - la prise de décision doit être rapide, l'action est très protocolisée ;
    - elle se fait devant un public qui juge, commente, intervient, etc. : un travail très public ;
    - elle est très courte, circonscrite dans le temps – environ 1 heure ;
    - les techniciens ambulanciers paramédics ne sont généralement pas informés des suites de leurs interventions. Leur travail est une suite de petits épisodes discontinus.

Généralement, ce milieu a les caractéristiques suivantes face à ses gestionnaires :

- attend une réponse rapide à ses besoins ;
- réfractaire au long processus tel groupe de travail, comités, etc.;
- un problème soulevé doit avoir une réponse et une solution immédiates ;
- milieu qui se mobilise facilement autant pour des causes auxquelles il croit que pour ses revendications.

#### ***1.4 Le milieu syndical a toujours eu et continuera d'avoir une approche très politique de ses revendications***

L'action syndicale s'inspire des mêmes valeurs et de la même culture des gens qu'il représente : la culture et les valeurs de sécurité publique.

L'action syndicale se caractérise par les faits saillants suivants :

- les dossiers sont très rapidement médiatisés et portés au niveau politique presque immédiatement : le cabinet et le ministre ;
- la mobilisation et le militantisme sont très importants. Les actions sont concentrées, rapides et très souvent spectaculaires v.g. le missile dirigé sur le ministère des finances en 1998 ;

- depuis la syndicalisation du milieu ambulancier en 1983, la mobilisation et l'action syndicale ont été très présentes dans ce milieu. Rappelons-nous l'ère de Mario Cotton. Certains pourraient prétendre que le développement du préhospitalier d'urgence au Québec s'est développé en partie à coup de crise liée à la mobilisation syndicale ;
- à tout événement, la mobilisation et la stratégie syndicale ont été « payantes » du point de vue syndical. À titre d'exemple, en 2000, lors de l'opération de renouvellement des conventions collectives dans le secteur public, notre première stratégie avait été de régler le secteur ambulancier afin de « ne pas les avoir dans les pattes » pendant la négociation du secteur public. Ce que nous avons réussi à faire en cinq (5) semaines.

### ***1.5 L'organisation du préhospitalier d'urgence est particulière et différente de celle du réseau de la santé et des services sociaux***

En plus de sa relative jeunesse, le milieu du préhospitalier d'urgence est fort différent du milieu du réseau de la santé et des services sociaux.

- 86 entreprises détenant 551 permis d'ambulance dispensent les services :
- une entreprise étatique Urgences-Santé 15%
- 6 coopératives 25%
- 7 entreprises détenant plus de 10 permis 30%
- 72 entreprises détenant moins de 10 permis 30%
- 11 centres de communication santé

Le milieu est composé d'entreprises avec des valeurs, des intérêts et une culture fort différents : entreprise d'état, coopératives avec ses valeurs et objectifs particuliers, organismes sans but lucratif (OSBL), municipalités, Fondations, moyennes entreprises et petits propriétaires travaillant eux-mêmes sur l'ambulance.

Cette réalité fait en sorte que ces acteurs ayant des intérêts spécifiques ont, à l'occasion, des préoccupations et des intérêts difficilement conciliables avec les intérêts du système préhospitalier d'urgence.

Le préhospitalier d'urgence compte 97 « établissements » pour un budget 2006-2007 de 357,7\$M tandis que le réseau en compte 295 pour un budget de 16483.1\$M , programme 02.

Cette situation complexifie les enjeux tout en rendant plus difficile la coordination, la concentration, une vision globale cohérente, la reddition de compte, bref, une gestion cohérente, efficace et efficiente du système préhospitalier d'urgence.

### **1.6 Les services préhospitaliers d'urgence en marge de tous les créneaux administratifs**

Constituant 2.2% du budget du programme 02 du M.S.S.S., les services préhospitaliers d'urgence sont en marge des créneaux organisationnels et administratifs autant du ministère que dans les différentes Agences.

Sa jeunesse, ses valeurs et sa culture de type sécurité publique, la particularité du milieu de travail, sa mobilisation syndicale et les crises qui parsèment son développement – sa mauvaise réputation -, la composition, à tout le moins hétéroclite des prestataires de services de ce milieu, font en sorte de le marginaliser encore plus autant au M.S.S.S. que dans les Agences.

## **2) ÉLÉMENTS D'ANALYSE**

La dispersion des centres de décisions – M.S.S.S., Agences, propriétaires, C.C.S., premiers répondants – la marginalisation administrative du secteur fait en sorte que le cadre organisationnel dans lequel évoluent les services préhospitaliers d'urgence n'est pas optimal et ne permet pas une optimisation des services et une plus grande efficacité et efficience de ceux-ci, bref une meilleure gouvernance et gestion de ces services.

Compte tenu de ces particularités, nous croyons que la décentralisation de ce type de services est contreproductive.

Une structure de gestion intégrée et centralisée permettrait sûrement des gains d'efficacité et d'efficience des services à la population, notamment dans les secteurs suivants :

- approvisionnement – (véhicules) ;
- développement technologique – (prise d'appels, répartition) ;
- protocoles et formation ;
- contrôle de la qualité ;
- partage de l'expertise développée par Urgences-Santé ;
- détermination des objectifs, cibles et critères de performance permettant à tous les acteurs des services préhospitaliers d'urgence d'établir leurs priorités et de faire une reddition de compte sur leur performance ;
- développement cohérent du réseau des premiers répondants ;
- implantation d'un système unique d'information de gestion ;
- développement optimal, efficace et efficient des CCS ;
- direction médicale intégrée ;

- l'allocation des budgets de façon à établir l'équité entre les régions du Québec.

De plus, il n'apparaît pas opportun de modifier la structure juridique actuelle des entreprises opérationnelles. Nous ne croyons pas nécessaire ni de nationaliser ou dénationaliser les entreprises existantes. Nous ne croyons pas, de plus, que cette réorganisation de la structure des services préhospitaliers d'urgence commande des investissements additionnels. Au contraire, nous croyons que les gains d'efficacité et d'efficience pouvant être générés par cette nouvelle forme d'organisation permettraient de dégager des économies pouvant servir à bonifier les services.

### **3) CRÉATION DE LA CORPORATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DU QUÉBEC**

3.1 Juridiquement, organisme relevant du ministre qui intègre déjà un organisme existant : Urgences-Santé.

3.2 Conseil d'administration regroupant les expertises suivantes :

médecine d'urgence préhospitalière, experts opérationnels, communications, finances et gestions. Représentants des organismes suivants : M.S.S.S., Sécurité publique, Agences, S.A.A.Q., etc..

3.3 La Corporation aurait tous les pouvoirs requis pour assumer l'ensemble des responsabilités actuellement dévolues au M.S.S.S., aux Agences et à la Corporation d'Urgences-Santé.

3.4 La Corporation devrait exercer notamment les responsabilités suivantes :

- établir les politiques et les orientations stratégiques et veiller à leur application, leur mise en œuvre et leur évaluation ;
- identifier les objectifs opérationnels et cliniques, établir des standards de qualité et voir à leur mise en œuvre ;
- élaborer les protocoles, les programmes et les politiques nécessaires ;
- répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions et veiller au contrôle de leur utilisation ;
- assurer la coordination des services ;
- établir les paramètres en matière de planification, de développement et de formation de la main-d'œuvre ;
- développer et mettre en œuvre un système d'information de gestion uniforme à la grandeur du Québec ;

- développer les activités de recherche dans le domaine du préhospitalier d'urgence ;
- s'assurer de l'uniformisation et de l'intégration des composantes du système ;
- s'assurer de l'application des lois, des règlements, des protocoles, des politiques et des normes applicables à ce secteur ;
- développer, négocier et signer les ententes contractuelles à intervenir entre les instances impliquées dans la prestation des services.

### 3.5 Une telle proposition est-elle recevable par le milieu du préhospitalier ?

Nos consultations nous portent à croire qu'une telle proposition serait bien accueillie par la majorité des Agences, des prestataires de services tels les Associations de propriétaires, coopératives, des centres de communication santé, d'Urgences-Santé, de la Fédération de la santé et des services sociaux (C.S.N.) et du syndicat du R.E.T.A.Q.

La résistance viendrait probablement des acteurs politiques car notre proposition va à l'encontre du courant actuel de décentralisation, de régionalisation et de rapprochement des services vers la population qui les reçoit.

Toutefois, le fait d'intégrer ce secteur sous une même structure nous porte à croire que l'on pourrait amenuiser, de façon importante, les problèmes que crée son état de marginalité en lui donnant ainsi sa propre structure dont le seul mandat sera de gérer ses préoccupations, son développement et développer ainsi un meilleur sentiment d'appartenance.