

LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME : DIAGNOSTIC ACTUALISÉ

Le système préhospitalier québécois présente des défis qui rendent nécessaire une transformation. À cette fin, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) planifie une réforme afin de mieux répondre aux besoins des citoyens en détresse. Les changements doivent leur assurer l'intégration des soins préhospitaliers avec ceux du réseau de la santé et y associer les ressources de la société civile capables de contribuer à sauver des vies. Ce diagnostic présente vingt-cinq éléments-clés qui justifient l'urgence d'agir. Ceux-ci sont répartis sous les thèmes de structure, de culture et de gouvernance.

STRUCTURE

1- Une gestion des affectations en manque d'efficience

Les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU) des centres de communications santé (CCS) traitent les demandes provenant des centres d'urgence (CU) 9-1-1 ainsi que les demandes de transferts interétablissements en s'appuyant sur un système commun de priorisation des appels. Toutefois, pour affecter les ressources préhospitalières, les CCS utilisent des systèmes de répartition différents et incompatibles entre eux. Cela nuit à l'interopérabilité entre les intervenants de certains territoires de CCS et empêche l'établissement d'un tableau de bord intégré du système préhospitalier.

2- Le recours inapproprié aux services ambulanciers

Les CCS évaluent et priorisent les demandes provenant du public et des établissements. Les RMU affectent une ambulance pour chaque demande en fonction de la condition du patient. Celle-ci ne justifie pas toujours l'utilisation des ressources ambulancières et paramédicales. Les transports ambulanciers non-urgents ainsi que les transferts interétablissements impliquant de longs trajets réduisent la disponibilité des véhicules ambulanciers pour les cas urgents.

3- Le défi de l'intervention préhospitalière en milieu isolé

Les blessures et malaises associés à la pratique de sports ou d'activités récréatives et touristiques peuvent nécessiter des premiers soins et parfois des interventions de sauvetage. Si les services de sauvetage aquatique et en centre de ski présentent une certaine organisation, les services de secours en milieu isolé quant à eux demeurent très inégaux (voir rapport du Protecteur du Citoyen de 2013¹). Contrairement aux autres provinces canadiennes, le Québec ne dispose pas de services publics dédiés au sauvetage et aux soins médicaux hélicoptés afin de répondre aux demandes d'intervention en dehors des voies carrossables ou dans les régions éloignées.

¹L'organisation des services d'intervention d'urgence hors du réseau routier : Une desserte à optimiser pour sauver des vies. https://protecteurducitoyen.qc.ca/sites/default/files/pdf/rapports_speciaux/2013-03-28_rapport_hors_route.pdf

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ****4- Le programme d'évacuation aéromédicale à l'enseigne d'une double régulation**

Les transferts interétablissements de longues distances ainsi que les couloirs de soins spécialisés (ex. néonatalogie, traumatologie, cardiologie, neurologie) requièrent le soutien d'unités spécifiques de transport, effectué par ambulance ou par évacuation aéromédicale. Chaque couloir de soins exerce sa propre coordination mais sollicite les mêmes ressources terrestres et aériennes. L'absence d'une régulation centralisée empêche une priorisation harmonisée et une coordination logistique optimale des transports de patients.

5- Une desserte territoriale incomplète

Par la disposition géographique des points de services, les premiers répondants (PR) assurent un délai d'intervention souvent plus rapide auprès des victimes. À ce jour seulement 25 % des municipalités offrent de tels services. Ceux-ci sont dispensés par les services d'incendie, d'autres services comme des services communautaires ou de sécurité publique, ou encore des organismes bénévoles de la communauté. Parallèlement, plusieurs services d'incendie n'offrent pas de service de désincarcération. Le recours aux services d'un territoire voisin entraîne des délais préjudiciables aux victimes d'accidents, coincées dans leur véhicule.

6- Une absence de planification de la main-d'œuvre préhospitalière

La syndicalisation du milieu préhospitalier a contribué à une amélioration importante des conditions de travail du personnel préhospitalier (RMU, PR, TAP). La disponibilité de la main-d'œuvre laisse toutefois entrevoir d'importants défis de dotation (attraction et rétention) afin de maintenir et développer les services. Aucun programme de gestion de l'effectif ne permet de prévoir les besoins et de promouvoir des mesures de rétention et de mobilité de la main-d'œuvre (passerelle de formation, cheminement de carrière, opportunités d'avancement, valorisation).

7 – Un encadrement régional inégal

La Loi sur les Services préhospitaliers d'urgences (SPU) confère à dix-huit établissements (Centres intégrés de Santé et de Services sociaux – universitaires ou non), la responsabilité de la gestion des services préhospitaliers sur leur territoire. Ces établissements déterminent les niveaux de services, mobilisent les intervenants de la région, établissent les ententes de services et assurent l'encadrement clinique. La coordination préhospitalière occupe une place à géométrie variable dans la structure de gestion d'un établissement. Cette situation entraîne d'importantes disparités régionales dans le développement et l'exploitation du système préhospitalier québécois.

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ****CULTURE****8- Un déficit d'implication citoyenne en secourisme**

La Charte des droits et libertés de la personne énonce que « tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours » et que « toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril » (art. 2)². Ce droit et ce devoir conditionnent le système préhospitalier d'urgence. Afin d'apporter des soins vitaux aux personnes en détresse en attendant l'arrivée des services d'urgence, le système préhospitalier compte sur la perspicacité et l'implication des citoyens. Collectivement, les organismes de secourisme forment annuellement 6 à 8 % de la population québécoise. Cette proportion constitue l'une des plus faibles parmi les provinces canadiennes.

9- Une réponse téléphonique à parfaire

La société québécoise a adopté le 9-1-1 comme numéro unique pour accéder aux services d'urgence. Chacun à leur façon, les 27 centres d'urgence 9-1-1 qui traitent les appels et les dix CCS qui acheminent ceux de nature médicale vers les services ambulanciers, causent des disparités qui entraînent des délais quant à l'affectation des ressources. L'absence d'interconnexion et de complémentarité entre les services d'Info-santé / Info-social 811 et les CCS ne permettent pas d'assurer la continuité d'un service adapté aux besoins de la population à l'intérieur du réseau de la Santé et des Services sociaux.

10- Une accessibilité limitée par la disponibilité

La population et les usagers des SPU apprécient la qualité des soins et des services. Toutefois, ils soulignent les problèmes d'accessibilité et de disponibilité des services. L'évolution des besoins de la population et l'utilisation des services pour des besoins non-urgent ajoutent aux défis d'assurer une desserte appropriée du système préhospitalier sur l'ensemble du territoire. Cette réalité entraîne des délais de réponse suffisamment longs pour engendrer un sentiment d'insécurité au sein des communautés.

11- Des techniciens ambulanciers paramédics (TAP) en attente d'autonomie professionnelle

Le milieu préhospitalier se caractérise par ses intervenants compétents et engagés. Les formations collégiale et universitaire des TAP illustrent l'évolution et la maturité du milieu à assumer des responsabilités plus diversifiées. Parmi le personnel du réseau de la santé prodiguant des soins spécialisés (ex. intubation, injections, administration de médicaments), les TAP sont les seuls intervenants dont les gestes ne sont pas encadrés par un ordre professionnel pour assurer la protection du public. Cette situation restreint leur champ de pratique et limite leurs opportunités de développement professionnel.

² <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/C-12.pdf>

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ****12- Des services ambulanciers qui contribuent à l'engorgement des urgences**

Un appel au CU 9-1-1, transféré au CCS, se traduit systématiquement en un transport par ambulance vers le service d'urgence d'un établissement. Le traitement des appels établit une priorité dans l'affectation d'une ambulance mais n'en valide pas la pertinence. Ainsi, des demandes non-pertinentes ou non-urgentes se traduisent par un volume de patients non-prioritaires aux urgences des hôpitaux et des délais d'attente qui s'allongent.

13- Le défi d'une réponse préhospitalière efficace lors des rassemblements

Les rassemblements événementiels (sportifs, sociaux ou culturels) requièrent une surveillance clinique de proximité. Il n'existe aucune mesure pour inciter les promoteurs d'événements à effectuer une analyse des risques et des besoins afin d'arrimer les services requis aux services préhospitaliers et, le cas échéant, aux établissements de santé de la région.

14- L'absence d'indicateurs stratégiques qui autorise le laissez-faire

L'absence d'objectif et d'indicateur de performance pour le système préhospitalier québécois, prive le milieu de la rétroaction nécessaire à l'amélioration continue et à une saine gouvernance. La déficience d'un système de gestion de l'information structuré peut, en partie, expliquer cette situation.

15- L'absence de motivation à la recherche

Au fil des décennies, l'évolution des soins s'est largement inspirée des fruits de la science médicale et de la recherche clinique. Toutefois, les dimensions non-cliniques des services préhospitaliers peinent à s'inspirer des développements scientifiques et technologiques. Il n'existe pas de veille technologique systémique pour le système préhospitalier.

GOVERNANCE³**16- Un diagnostic identifié depuis longtemps**

Depuis les dernières décennies, les services préhospitaliers d'urgence occupent une place importante dans l'actualité des soins de santé au Québec. Les rapports « Un système à mettre en place » (Dicaire, 2000)⁴, « Services préhospitaliers : Urgence d'agir » (Ouellet, 2014)⁵ et celui de la Vérificatrice générale (2020)⁶ brossent un tableau critique de l'organisation des soins préhospitaliers d'urgence québécois. Les récentes consultations tenues par le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) confirment les principaux constats présentés dans ces rapports.

³ Gouvernance: Vision = mission + stratégie + organisation

⁴ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2000/00-834.pdf>

⁵ <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-929-01W.pdf>

⁶ https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch01_web.pdf

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ****17- Un système intégré de gestion de l'information des services préhospitaliers inexistant**

La gestion de l'information s'effectue au sein de chaque organisation et rencontre des obstacles administratifs et technologiques. Les données d'une intervention (administratives, opérationnelles et cliniques) sont traitées différemment. Certaines informations sont déposées périodiquement dans une base de données provinciale, le système d'information des services préhospitaliers d'urgence du Québec (SISPUQ) sans pour autant alimenter un tableau de bord d'opération ou de gestion. Les données informatiques du patient ne l'accompagnent pas tout au long de sa trajectoire de soins.

18- La gestion des sinistres majeurs comme cible de performance de la réponse préhospitalière

La pandémie de la COVID-19 illustre le besoin d'améliorer l'arrimage du système préhospitalier avec la santé publique et les mécanismes de sécurité civile. La mobilisation des organisations qui composent le système préhospitalier offre une capacité complémentaire d'intervention afin de mieux répondre aux besoins de santé de la population affectée lors de catastrophes. Bien que les plans de sécurité civile recensent les services préhospitaliers, ces derniers se trouvent rarement impliqués dans les mesures de planification et de préparation.

19- Un encadrement financier sans reddition de comptes

L'État assume presque entièrement le financement du système préhospitalier d'urgence. Ce financement se matérialise par des ententes indépendantes pour les CCS, les services de PR et les services ambulanciers. Cette approche rend complexe les mesures d'optimisation ainsi que l'évaluation de la performance. Le Vérificateur général du Québec, mentionne que ses « [...] travaux préliminaires ont permis de confirmer [ses] appréhensions selon lesquelles ce secteur semble toujours présenter d'importants problèmes »⁷. La tarification des services ambulanciers perpétue une conception historique des services basés sur le transport plutôt que sur les soins administrés en complémentarité avec ceux des établissements de santé. L'encadrement législatif actuel ne répond pas au contexte organisationnel et à l'évolution des services.

20- Des initiatives peu encadrées

Les acteurs du système préhospitalier ressentent le besoin d'améliorer le service à la population comme l'illustre la multiplicité des projets développés. Les divergences de perspectives et d'intérêts des différentes organisations des SPU en limitent les bénéfices. Bien que certaines initiatives apparaissent prometteuses et témoignent du dynamisme des acteurs du système, elles négligent les arrimages nécessaires à un système préhospitalier intégré, résilient, transparent, équitable et performant.

⁷ https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch01_web.pdf

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ****21-L'absence de communications fluides dans l'ensemble des SPU**

Le rapport préliminaire du CNTSPU sur la réponse préhospitalière à la COVID-19 a mis en lumière l'absence d'un système d'information rapide et efficace. L'information est tributaire de la volonté et de la capacité des organisations à la transmettre aux intervenants et aux partenaires au moment approprié. Cette situation impose à chacun de faire l'arbitrage des informations provenant de différentes sources.

22-L'absence d'une stratégie de gestion intégrée des risques

Il n'existe pas de stratégie documentée de gestion intégrée des risques, relativement à l'exploitation, à la performance et au développement du système préhospitalier d'urgence. En outre, l'analyse intégrée des risques n'alimente pas l'identification des besoins et la planification de la desserte.

23- Un partage de responsabilité complexe

Dans la Loi actuelle, le MSSS doit déterminer les orientations relatives aux SPU, à l'encadrement clinique ainsi qu'à la négociation contractuelle. Il assume directement le processus d'accès au statut de TAP, la gestion du Registre national de la main d'œuvre des TAP ainsi que l'ensemble des protocoles d'intervention clinique des PR et des TAP. La gestion de ces responsabilités entraîne une certaine confusion quant au partage de responsabilités avec les établissements régionaux.

24- Un écosystème complexe en déficit de cohérence

L'écosystème préhospitalier se compose d'un ensemble de partenaires aux entités juridiques variées qui possèdent des missions, des approches et des intérêts différents. Cette réalité pose un défi de coordination complexe, entraîne une confusion dans la gouvernance et des incohérences dans la prise de décision. En guise d'illustration, 53 organisations se partagent la réponse ambulancière au Québec parmi lesquelles on retrouve une organisation publique (Urgences-santé), des coopératives, des organismes à but non lucratif, des entreprises privées et des organisations bénévoles. La majorité d'entre elles se regroupent en quatre associations revendiquent des intérêts distincts.

25- L'absence d'une mission et d'une vision explicites

L'absence d'une mission, d'une vision, et d'un énoncé de valeurs communes complique les efforts de développement et la cohérence du service. L'absence de planification stratégique rend difficile les mesures de renforcement de la performance du système. L'incapacité du système de s'ajuster à l'évolution des besoins, témoigne d'une dérive stratégique que seule une transformation peut corriger.

**LE MILIEU PRÉHOSPITALIER EST EN ATTENTE D'UN SYSTÈME :
DIAGNOSTIC ACTUALISÉ**

Conclusion

Ce diagnostic identifie les principales problématiques affectant le système préhospitalier d'urgence d'aujourd'hui. L'évolution des besoins de la population, les développements des continums de soins et de services, les capacités de soutien technologique, les défis démographiques ainsi que les normes contemporaines de performance exigent une transformation du système. Au cours des dernières années, les acteurs du système préhospitalier ont manifesté un désir de changement et d'amélioration des services offerts à la population. La démarche de transformation amorcée par le MSSS constitue une opportunité de bâtir ensemble, un système préhospitalier d'urgence à la hauteur de nos ambitions et au service des personnes en détresse.