



**Rapport à l'Assemblée nationale
pour l'année 1997-1998**

TOME II

CHAPITRE 3

**Services préhospitaliers
d'urgence au Québec**

**Vérification menée
auprès du ministère de la Santé
et des Services sociaux,
de régies régionales
et de la Corporation d'Urgences-santé
de la région de Montréal métropolitain**

TABLE DES MATIÈRES

	FAITS SAILLANTS	3.1
	VUE D'ENSEMBLE	3.23
	OBJECTIFS ET PORTÉE DE NOTRE VÉRIFICATION	3.41
	RÉSULTATS DE NOTRE VÉRIFICATION	
	Orientations	3.45
	Formation de la population en premiers soins et en réanimation	3.61
	Système 9-1-1	3.72
	Coordination des appels	
	Implantation des centrales de coordination	3.85
	Réponse et soutien téléphonique	3.94
	Affectation du véhicule le plus près	3.98
	Réponse à un appel	3.102
	Premiers répondants	3.107
	Utilisation des services ambulanciers	3.119
	Transports urgents	3.121
	Transports interétablissements	3.132
	Allocation des ressources	3.142
	Budget des services préhospitaliers d'urgence	3.143
	Véhicules	3.157
	Quarts de travail	3.166
	Financement du transport ambulancier	3.174
	Encadrement médical	3.207
	Responsabilité médicale	3.209
	Formation des techniciens ambulanciers et des premiers répondants	3.212
	Encadrement des techniciens ambulanciers et des premiers répondants	3.219
	Soutien médical aux techniciens ambulanciers	3.228
	Évaluation de la performance des services préhospitaliers	
	Temps-réponse	3.236
	Taux de survie	3.248
	Évaluation et reddition de comptes	3.254
Vérification menée par		
Édith Jutras		
Directrice de vérification		
Marie-Josée Boudreau		
Madeleine Bourgeois		
Raymonde Côté-Tremblay		
Pierre Guérard		
Sylvie Laflamme		

Les commentaires des entités vérifiées apparaissent à la fin du présent chapitre.

Faits saillants

3.1 Les services préhospitaliers d'urgence ont pour raison d'être de réagir en tout temps et en tout lieu le plus rapidement possible à une situation qui requiert une intervention médicale afin de transporter le malade ou le blessé vers un centre hospitalier. Ils comprennent une suite de gestes à poser : acheminer l'information concernant ce besoin, évaluer le degré d'urgence, déterminer les ressources qui conviennent, puis agir en vitesse.

3.2 Le ministère de la Santé et des Services sociaux, responsable notamment de la planification globale et du contrôle des services préhospitaliers d'urgence, a proposé une chaîne d'intervention coordonnée pour assurer une réponse rapide et efficace aux situations d'urgence. Les régies régionales et la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain sont responsables de l'organisation de ces services dans leur territoire.

3.3 Au fil des ans, les sommes investies dans les services ont augmenté de façon exponentielle, passant de 2 millions de dollars en 1976 à 138,9 millions en 1990, puis à 193,7 millions en 1997.

3.4 L'accessibilité des services, leur coordination, la gestion des ressources qui y sont consacrées, l'appréciation de la qualité et de la performance des services ainsi que la reddition de comptes qui en est faite sont les principaux éléments qui ont retenu notre attention. Nos travaux de vérification se sont terminés en mai 1998.

3.5 En 1992, le ministère a fait connaître ses orientations en matière de services préhospitaliers d'urgence mais il ne les a pas enchâssées dans une loi propre à ce secteur d'activité ni fixé les assises nécessaires à leur implantation. Il en résulte que les fonctions attribuées aux régies régionales ne sont pas accompagnées de pouvoirs réels. En effet, les régies ne peuvent ni retirer un permis d'ambulance, ni réduire le nombre de véhicules, ni déplacer leurs points de service.

3.6 Actuellement, les services préhospitaliers ne se développent pas au même rythme dans toutes les régions du Québec, certaines régions tardent à procéder et aucune ne se trouve pourvue d'une chaîne d'intervention complète. Nous avons constaté des déficiences importantes relativement à chacun des maillons de la chaîne.

3.7 Au Québec, seulement une personne sur 40 est en mesure d'intervenir adéquatement en attendant l'arrivée des secours spécialisés. Faute d'un chef de file, rôle que le ministère ne joue pas, plusieurs régies investissent sans grand succès temps et argent pour convaincre à la pièce leurs divers interlocuteurs afin d'accroître le pourcentage de la population formée dans leur région.

3.8 Bien que la population du Québec ait maintenant accès au 9-1-1 – moyen reconnu pour joindre rapidement les services d’urgence – dans une proportion de 83 p. cent, le ministère et les régies ne signent presque jamais d’entente avec les centres 9-1-1 pour définir les modalités de fonctionnement et les standards à respecter en ce qui concerne les services préhospitaliers d’urgence.

3.9 Mis à part la région de Montréal, seules les régions de Québec et de la Montérégie – qui n’en est encore qu’à la phase d’implantation – sont dotées de centrales approuvées par le ministère et elles ne traitent pas encore la totalité des appels lancés dans leur territoire. En l’absence de telle centrale, la qualité des services préhospitaliers d’urgence est diminuée. Ainsi, le soutien téléphonique à l’interlocuteur – pourtant considéré comme essentiel quand il y a urgence vitale, surtout là où les délais d’arrivée des ambulanciers sont plus longs – est inexistant ou d’une qualité inégale. De plus, il est difficile de s’assurer que le véhicule susceptible d’arriver le plus rapidement sur les lieux d’une urgence est celui qui est dépêché.

3.10 Au Québec, seulement 78 services de premiers répondants desservent 88 des 1 575 municipalités. La plupart d’entre eux ne sont pas équipés de défibrillateurs, même s’ils arrivent les premiers sur les lieux. La plupart des régies et Urgences-santé n’ont pas de plan d’action visant l’implantation de ce service et elles ne consacrent que peu de ressources à sa promotion et à son encadrement.

3.11 Il n’y a pas d’adéquation entre les besoins réels du demandeur de services préhospitaliers d’urgence et les ressources affectées pour y répondre : dans tous les cas, une ambulance et deux techniciens sont dépêchés sur les lieux pour amener la personne malade ou blessée jusqu’à l’urgence d’un centre hospitalier. Pourtant, quelqu’un peut avoir besoin d’un transport ou de services médicaux sans que son état soit urgent, mais le ministère n’a pas défini de traitement différent pour les divers genres de nécessité.

3.12 Le ministère n’a pas défini clairement le rôle des services préhospitaliers d’urgence dans le transport interétablissements. À défaut de planification des transports non urgents, il peut devenir nécessaire de gonfler une flotte pour être en mesure de répondre rapidement aux urgences vitales. De plus, en utilisant le seul véhicule d’une zone pour faire un transport entre deux établissements, le délai de réponse aux urgences vitales risque de s’en trouver allongé.

3.13 En 1993-1994, le ministère décide que les sommes versées aux régies régionales et, par conséquent, aux entreprises ambulancières sont désormais gelées, mais sans pour autant proposer un nouveau mode de financement. Comme les négociations des contrats ne reposent plus sur des règles claires, le débat se transforme en revendications ponctuelles et la plupart des entreprises refusent de signer un contrat dans ces conditions.

3.14 Différents facteurs laissent à penser que le ministère n'obtient pas un juste prix pour les services ambulanciers qu'il offre à la population : les régies agissent isolément, notamment en tentant de négocier des contrats de gré à gré avec les entreprises et, comme elles n'ont aucune stratégie commune, les disparités entre les régions et au sein même de ces régions s'accroissent. De plus, le ministère et les régies ne connaissent pas la charge de travail réelle des techniciens ambulanciers ; le nombre de véhicules pour lesquels les régies octroient des budgets n'a jamais été révisé en profondeur et la productivité des entreprises varie énormément.

3.15 À l'heure actuelle, les contrats proposés aux entreprises ambulancières ne comportent aucun objectif de performance au chapitre de la qualité, pas même quant au temps-réponse. Les règles légales établies interdisent aux régies de mettre fin à tout contrat, quelle qu'en soit la raison, ce qui limite beaucoup leur pouvoir de négociation et de persuasion.

3.16 Les régies ne s'assurent pas que les sommes versées aux entreprises ambulancières sont utilisées aux fins prévues. Au chapitre des vérifications que néglige la régie, notons la couverture du territoire et l'utilisation des véhicules dont on ne sait si elles correspondent au contrat.

3.17 Les budgets alloués à Urgences-santé et aux entreprises ambulancières obéissent à des méthodes différentes, sans qu'il ait été prouvé que certains besoins justifient cet état de fait. En effet, en lui appliquant les paramètres du contrat budgétaire, Urgences-santé se serait vu attribuer un budget de 10,8 millions de dollars de moins que ses dépenses réelles, et ce, pour la seule année 1996-1997. Les coûts administratifs d'Urgences-santé représentent 17 p. cent de son budget tandis que, en régie, les sommes consenties aux régies et aux entreprises à ce chapitre totalisent 16 p. cent. Cette différence est d'autant plus étonnante que ces sommes incluent une marge de profit assurant une rentabilité aux 127 entreprises privées.

3.18 L'encadrement médical des techniciens ambulanciers nécessite des sommes importantes : 2 016 dollars par technicien à Montréal et Laval et 526 dollars, en moyenne, dans les autres régions du Québec en 1996-1997. Pourtant, si ce n'est de s'assurer systématiquement que l'utilisation du défibrillateur était pertinente et que le protocole d'intervention a bien été suivi, il n'existe aucun processus formel d'encadrement des techniciens ni de reddition de comptes pour leurs interventions.

3.19 De 1989-1990 à 1996-1997, bien que des sommes importantes aient été investies dans les services préhospitaliers d'urgence, les délais moyens d'arrivée sur les lieux ne se sont que légèrement améliorés dans la plupart des régions ; ils se sont même détériorés dans quatre régions. En 1996-1997, ces délais varient de moins de huit minutes dans 35,6 p. cent des cas à moins de huit minutes dans 59,3 p. cent des cas. Les objectifs ministériels ne sont atteints dans aucune zone urbaine et suburbaine, où s'effectuent pourtant plus de 84 p. cent des transports.

3.20 Même si les taux de survie aux traumatismes sévères et de réduction de la morbidité servent souvent d'étalon pour mesurer l'efficacité relative des services préhospitaliers d'urgence, les régies ne cumulent pas d'information à ce sujet. Quant au taux de survie aux arrêts cardiaques, près de la moitié des régions ne le mesurent pas. Là où ce taux est calculé, la méthode pour le faire n'est pas uniforme. Par conséquent, les données disponibles, qui varient de 3,3 à 20 p. cent, sont difficilement comparables. Même si d'autres pays connaissent des taux semblables, les meilleurs services – ceux qui ont établi tous les maillons de la chaîne d'intervention – atteignent des taux d'environ 30 p. cent.

3.21 Le ministère n'est absolument pas en mesure de savoir si le service qu'il offre aux Québécois en matière de services préhospitaliers d'urgence est celui qu'il souhaite. Il ne détient pas l'information qui lui permettrait d'évaluer la performance globale du système et les améliorations à y apporter.

3.22 Ni Urgences-santé ni les régies régionales ne rendent compte de l'efficacité des services, en ce qui concerne le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle ainsi que les coûts et la productivité.

Vue d'ensemble

3.23 La santé est le bien le plus précieux qui soit. Malgré les efforts conjugués des partenaires du réseau de la santé québécois, il est impossible d'éliminer toutes les atteintes à l'intégrité physique. Cependant, il faut savoir que la prévention en ce domaine peut éviter des drames ou, à tout le moins, en circonscrire l'ampleur. Si d'aventure la maladie survient brusquement – sous forme d'attaque ou de traumatisme accidentel –, il faut agir rapidement pour en réduire la gravité, en limiter les séquelles et parfois même assurer la survie de quelqu'un.

3.24 Les services préhospitaliers d'urgence ont pour raison d'être de réagir en tout temps et en tout lieu le plus rapidement possible à une situation qui requiert une intervention médicale afin de transporter le malade ou le blessé vers un centre hospitalier.

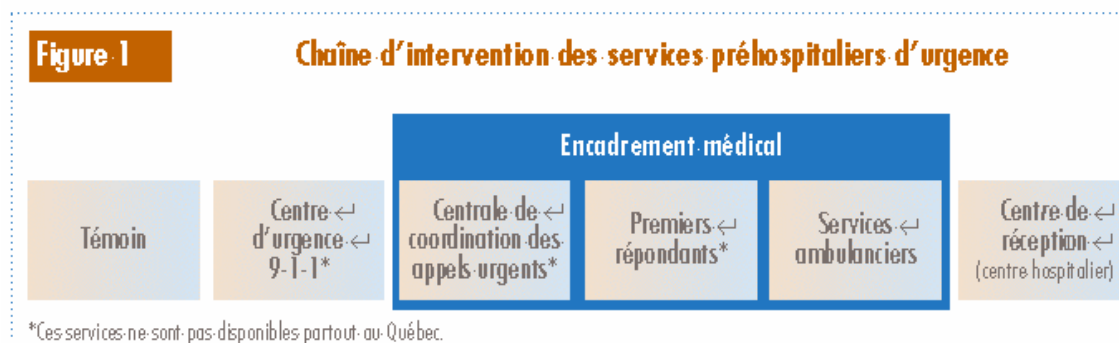
3.25 En matière de traumatisme majeur, d'arrêt cardiaque, d'étouffement, d'allergie, pour ne donner que quelques exemples, la rapidité d'intervention est le facteur crucial qui permet de sauver des vies et de limiter les séquelles. Une réponse rapide se traduit par une diminution des décès, une réduction de la période d'hospitalisation et des incapacités à long terme, et des économies pouvant atteindre plusieurs millions de dollars pour la société. Comme on le voit, au-delà des avantages strictement financiers, les premiers secours apportés rapidement bénéficient d'abord à la personne en péril et à ses proches.

3.26 Du moment où le besoin d'une intervention se manifeste jusqu'à l'accès du patient aux soins hospitaliers, les services préhospitaliers d'urgence comprennent une suite de gestes à poser : acheminer l'information concernant ce besoin, évaluer le degré d'urgence, déterminer les ressources qui conviennent, puis agir en vitesse. Plusieurs acteurs ou organisations contribuent à dénouer une telle situation de crise.

3.27 En 1992, le ministère de la Santé et des Services sociaux (le ministère) proposait une chaîne d'intervention coordonnée pour assurer une réponse rapide et efficace aux situations d'urgence. Il a retenu le modèle largement répandu en Amérique du Nord qui consiste à évacuer rapidement le malade ou le blessé vers un centre hospitalier plutôt que de le traiter sur les lieux de l'incident.

Chaîne d'intervention des services préhospitaliers d'urgence

3.28 La figure 1 illustre les interventions qui doivent s'enchaîner, selon le modèle théorique, pour amener le patient ou le blessé jusqu'à sa prise en charge par le milieu hospitalier.



3.29 D'abord, le témoin, un proche ou un passant, est la première personne qui se trouve sur les lieux de l'événement. Il prête secours à la victime et signale le cas aux services préhospitaliers d'urgence.

3.30 Puis, le centre d'urgence 9-1-1 reçoit l'appel qui requiert une ou plusieurs interventions d'urgence et il dirige la demande vers le secours approprié (policiers, pompiers ou centrale de coordination des services préhospitaliers).

3.31 C'est ensuite la centrale de coordination qui prend le relais. Son rôle est crucial car elle coordonne toutes les interventions subséquentes des services préhospitaliers d'urgence à la suite d'un appel de détresse.

3.32 Viennent alors les premiers répondants, généralement des pompiers ou des bénévoles, désignés et formés pour intervenir dès qu'une urgence médicale met en danger la vie d'une personne. Leur temps de réponse étant, en principe, plus court que celui du service ambulancier – parce qu'ils sont plus nombreux et répartis dans tout le territoire –, ils amorcent les manœuvres de réanimation ou de stabilisation essentielles dès qu'ils parviennent à la victime, en attendant les ressources spécialisées.

3.33 Enfin, les services ambulanciers – généralement exploités par l'entreprise privée, sauf dans la région de Montréal-Laval – doivent disposer de véhicules équipés sur le plan médical et de deux techniciens par véhicule en service. Les techniciens ambulanciers stabilisent l'état de la victime et ils la transportent rapidement et en toute sécurité au centre hospitalier susceptible de lui fournir les soins nécessaires.

Rôles et responsabilités

3.34 Le ministère est responsable de la planification globale des services préhospitaliers d'urgence, des relations interministérielles, de l'émission de directives générales et de leur suivi, de l'évaluation des services, de l'allocation des budgets aux régies régionales et à la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain (Urgences-santé), de la tarification et du contrôle.

3.35 Les régies régionales, quant à elles, sont responsables de la planification ainsi que de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence dans leur territoire. De plus, elles attribuent les budgets et signent des contrats avec les entreprises ambulancières qui se chargent des transports sur civière urgents et non urgents, incluant les transports interétablissements. Elles doivent également élaborer un système d'appréciation de la qualité, tandis que leurs coordonnateurs médicaux voient à l'encadrement médical des activités.

3.36 La *Loi sur les services de santé et les services sociaux* pour les autochtones cris (L.R.Q., c. S-5) charge Urgences-santé de coordonner tous les services préhospitaliers d'urgence dans son territoire, y compris le transport ambulancier. Urgences-santé cumule donc le rôle d'une régie en matière de services préhospitaliers et celui d'une entreprise ambulancière.

Financement des services

3.37 Les sommes d'argent investies dans les services préhospitaliers d'urgence ont augmenté de façon exponentielle au cours des ans, passant de 2 millions de dollars en 1976 à 138,9 millions en 1990, puis à 193,7 millions en 1997. Les données disponibles montrent que, de 1990 à 1997, le nombre de transports est passé de 411 909 à 447 451, soit une augmentation de 8,6 p. cent, alors que le budget s'est accru de 39,5 p. cent au cours de la même période.

3.38 Trois principales sources assurent le financement des services préhospitaliers : la contribution du ministère représente 48 p. cent du budget, celle de la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) est de 23 p. cent et les revenus autonomes constituent 29 p. cent.

3.39 Les revenus autonomes découlent de la facturation de l'entreprise ambulancière à l'utilisateur. Le tarif de prise en charge du transport ambulancier est de 125 dollars, somme à laquelle il faut ajouter 1,75 dollar du kilomètre parcouru durant que le client est à bord du véhicule.

3.40 Ce tarif est assumé soit par l'individu, soit par des tiers payeurs comme le ministère de la Santé et des Services sociaux pour la clientèle de 65 ans et plus ainsi que les personnes qui ont besoin d'un transport interétablissements, le ministère de l'Emploi et de la Solidarité (MES) pour les prestataires de la sécurité du revenu, la SAAQ pour les accidentés de la route, la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour les accidentés du travail.

Objectifs et portée de notre vérification

3.41 Notre vérification avait pour but de nous assurer que la gestion du ministère, des régies régionales et d'Urgences-santé concourt à l'utilisation optimale des ressources destinées aux services préhospitaliers d'urgence. Nous avons vérifié l'accessibilité des services, leur coordination, la gestion des ressources qui y sont consacrées et l'appréciation de la qualité et de la performance des services. De plus, nous avons examiné la reddition de comptes des deux paliers administratifs.

3.42 Nos commentaires portent sur les services offerts partout au Québec, sauf dans les deux régions nordiques dont les caractéristiques s'éloignent par trop de la norme. Dans le cadre de nos travaux, nous avons compilé l'information obtenue des régies. De plus, nous en avons visité neuf qui desservent dix régions ainsi que Urgences-santé, responsable de la clientèle des régies de Montréal et de Laval. Ces régions reflètent les réalités des zones urbaines, suburbaines et rurales.

3.43 Nous avons rencontré des gestionnaires du ministère et des régies, d'Urgences-santé et de centres hospitaliers ainsi que le comité d'experts médicaux en services préhospitaliers d'urgence. Nous avons également recueilli de l'information auprès de centres 9-1-1, de centrales de coordination et de répartition, de la SAAQ, de services de premiers répondants, de propriétaires d'entreprises et de techniciens ambulanciers ainsi que de leurs associations. Ces travaux se sont déroulés d'octobre 1997 à mai 1998, mais certains commentaires portent sur des situations antérieures ou postérieures à cette période. Nous avons utilisé les données alors disponibles, soit celles de l'année financière terminée le 31 mars 1997.

3.44 La vérification n'avait pas pour but de remettre en question le bien-fondé du modèle d'intervention retenu par le ministère. Ce rapport n'aborde pas non plus les services sanitaires aériens ni la pertinence du transport des bénéficiaires d'un établissement à l'autre.

Résultats de notre vérification

Orientations

3.45 Au fil des ans, le transport ambulancier a fait l'objet de différentes études qui, d'une part, dénonçaient des anomalies et, d'autre part, indiquaient certaines orientations à privilégier.

3.46 Ces études soulignaient, en dépit d'une législation et d'une réglementation existantes, que le domaine du transport ambulancier au Québec était en crise à plusieurs égards : conflits de travail, recherche d'orientations, disparités régionales, manque d'efficacité, croissance des coûts.

3.47 Au début de 1988, le ministère soumet au gouvernement des orientations et des moyens à mettre en œuvre pour implanter des services préhospitaliers d'urgence dans tout le territoire québécois, susceptibles d'améliorer la qualité des services à la clientèle. Il engage d'intenses négociations avec les syndicats des techniciens ambulanciers pour déterminer des conditions de travail communes et pour proposer aux entreprises ambulancières un contrat budgétaire qui assurera leur rentabilité.

3.48 En mars 1988, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* est modifiée. Elle mène à la création d'Urgences-santé et confie aux régies régionales la responsabilité d'implanter des services préhospitaliers d'urgence comprenant le transport ambulancier.

3.49 D'autres études suivent, aussi éloquents les unes que les autres. Elles indiquent que, malgré l'injection de plusieurs millions de dollars pour structurer et améliorer l'accessibilité des services préhospitaliers, des lacunes de taille persistent.

3.50 Il faudra attendre jusqu'en 1992 pour que le ministère fasse connaître sa planification dans le domaine qui nous occupe. Le rapport intitulé « Chaque minute compte ! » décrit les orientations du ministère et le modèle dont le Québec veut se doter en matière de services préhospitaliers d'urgence.

3.51 En 1993, le ministère entreprend d'enchâsser les services préhospitaliers d'urgence dans une loi propre à ce secteur d'activité et de fixer les assises nécessaires à leur implantation. Le processus avortera avant la rédaction d'un véritable projet de loi. En 1997, le ministère annonce une nouvelle révision de la loi, qui sera elle aussi reportée.

3.52 Il se trouve que les orientations de 1992 du ministère posent d'inextricables problèmes d'application. En effet, la loi de 1988 traite des services ambulanciers, à l'exclusion des autres éléments, pourtant tout aussi importants, de la chaîne que doit constituer un système intégré de services préhospitaliers d'urgence.

Les orientations de 1992 du ministère posent d'inextricables problèmes d'application.

3.53 Les fonctions attribuées aux régies régionales – par exemple la mise sur pied d'une centrale de coordination des appels qui serait indépendante des autres acteurs des services préhospitaliers, l'encadrement médical, le contrôle de la qualité ainsi que l'organisation des ressources dans le territoire – ne sont pas accompagnées de pouvoirs réels sur le plan légal. En effet, tout en étant responsables d'organiser les services dans leur territoire, les régies ne peuvent ni retirer un permis, ni réduire le nombre des véhicules, ni déplacer leurs points de service.

3.54 Même si le ministère a demandé aux régies régionales d'élaborer et d'implanter un plan d'organisation avant la fin de 1996, deux plans seulement ont été acceptés jusqu'à présent. Les services préhospitaliers ne se développent pas au même rythme dans toutes les régions du Québec, certaines régions tardent à procéder et aucune ne se trouve pourvue d'une chaîne complète de services continus.

3.55 Malgré cet état d'avancement plus que décevant, le ministère tarde à veiller concrètement à l'implantation, dans toutes les régions du Québec, d'un système intégré de services préhospitaliers d'urgence.

3.56 Les régies régionales, quant à elles, n'accordent pas toutes la même priorité aux services préhospitaliers d'urgence. La plupart ont sabré dans leur portion du budget spécial de 3,3 millions de dollars qui avait été accordé en 1990 pour gérer les services ambulanciers et organiser les services préhospitaliers. En 1996-1997, elles n'y consacrent plus que 2,3 millions de dollars. Dans certaines régions, les coordonnateurs administratifs et médicaux ne consentent que très peu de temps aux services préhospitaliers d'urgence. En outre, ils manquent de soutien pour implanter les différents maillons de la chaîne et pour apprécier la qualité des services offerts. Une région a même réduit son budget administratif de plus de 40 p. cent alors que ses transports ont augmenté dans une proportion similaire au cours de la même période.

3.57 Les compressions budgétaires imposées au réseau de la santé n'ont pas épargné les services préhospitaliers. À partir de l'exercice 1993-1994, les sommes allouées à ce chapitre par le ministère aux régies ont été gelées. Par voie de conséquence, les régies ont fait de même pour les montants versés aux entreprises ambulancières. La plupart de celles-ci refusent de signer un contrat dans ces conditions.

Une réorganisation en profondeur s'impose.

3.58 Dans certaines régies régionales, les fonds affectés aux services préhospitaliers ne suffisent plus à couvrir les coûts des services ambulanciers, encore moins à développer la chaîne de services préhospitaliers. Une réorganisation en profondeur s'impose.

3.59 Bien sûr, depuis 1992, des améliorations notables ont été apportées: établissement de protocoles à l'usage des techniciens ambulanciers, formation de ces derniers et recours à des défibrillateurs. Pourtant, les objectifs ministériels en matière de « temps-réponse » – c'est-à-dire le délai entre l'appel et l'arrivée des services ambulanciers sur les lieux – restent pour l'instant inaccessibles. De plus, même si

certaines régions ont haussé leur taux de survie aux arrêts cardiaques, d'autres ne le mesurent pas encore ou elles affichent un taux très bas par rapport à des villes modèles américaines où tous les éléments de la chaîne sont en place.

3.60 Nous avons recommandé au ministère de veiller à ce que ses orientations relatives aux services préhospitaliers d'urgence se concrétisent.

Formation de la population en premiers soins et en réanimation

3.61 En tant que témoin, tout individu peut avoir une influence déterminante sur les objectifs des services préhospitaliers d'urgence. En effet, dans les situations d'urgence les plus fréquentes, notamment dans les cas d'étouffement et d'arrêt cardiaque, les gestes à poser sont simples et faciles à apprendre.

3.62 La littérature médicale a largement démontré l'importance d'intervenir rapidement, particulièrement s'il s'agit d'un arrêt cardiaque. En pareil cas, les chances de survie augmentent considérablement pour autant que les manœuvres de réanimation de base commencent au cours des quatre premières minutes et que la défibrillation soit exécutée à l'intérieur des huit premières minutes. La réanimation cardiorespiratoire (RCR) permet de maintenir la respiration et la circulation de la victime en attendant l'arrivée de secours habilités à exécuter la défibrillation.

3.63 Il importe donc de voir ces huit premières minutes comme un sablier qui coule inexorablement car, après ce délai, les chances de survie sont réduites et les risques de séquelles graves augmentent très rapidement.

3.64 Au Québec, très peu de personnes sont en mesure d'agir en attendant l'arrivée des secours spécialisés. L'information recueillie auprès des organismes reconnus en la matière (Fondation des maladies du cœur, Croix-Rouge et Ambulance Saint-Jean) révèle qu'à peine 2,4 p. cent de la population âgée de 15 ans et plus a suivi une formation en RCR au cours de la dernière année. À moins de participer à un programme permettant d'assurer le maintien des connaissances à long terme, une telle formation n'est valide que durant un an.

3.65 Bien qu'il ait reconnu l'importance des témoins dans la chaîne d'intervention qu'il dit vouloir instaurer, le ministère n'a pas joué son rôle de chef de file pour les intégrer concrètement. Par exemple, il ne propose guère de mesures incitatives à cet égard et il faut admettre que la population craint – à tort – qu'un geste de « bon Samaritain » lui vaille des représailles judiciaires.

3.66 Certains pays ont légiféré au sujet de la formation de la population en intervention d'urgence. Par exemple, en Europe, l'obtention d'un permis de conduire est parfois conditionnelle à une formation de base en secourisme. Aux États-Unis, on cherche plutôt à former la clientèle en milieu scolaire.

3.67 Le ministère a également convenu que le milieu scolaire se prêtait admirablement à ce type de formation. En 1992, il lançait un projet pilote, de concert avec le ministère de l'Éducation et la Croix-Rouge, dans six commissions scolaires. Il s'agissait de dispenser des cours de secourisme dans les écoles secondaires et l'évaluation de programme démontrait la pertinence d'étendre le projet à l'ensemble des commissions scolaires. Cependant, le ministère a confié ce dossier aux régies régionales. Dès lors, l'expansion du projet a échoué du fait que la Croix-Rouge a jugé trop lourde la tâche de convaincre individuellement chacune des régies qui, par ailleurs, n'en faisaient pas une priorité.

3.68 À défaut d'une position ferme qu'adopterait le ministère, plusieurs régies investissent temps et argent pour convaincre à la pièce leurs divers interlocuteurs afin d'accroître le pourcentage de la population formée en RCR dans leur région. Cependant, comme ces initiatives sont isolées, elles ne permettent pas d'instruire un grand nombre d'individus en matière de secourisme.

Le manque de formation en RCR et en premiers soins se répercute sur le taux de survie des victimes d'un malaise cardiaque, d'un étouffement ou d'un traumatisme.

3.69 Bien entendu, le manque de formation des Québécois en RCR et en premiers soins se répercute sur le taux de survie des victimes d'un malaise cardiaque, d'un étouffement ou d'un traumatisme. Selon les experts en ce domaine, l'objectif serait de former une personne sur 7 ; au Québec, la réalité est navrante car à peine une personne sur 40 est en mesure d'intervenir adéquatement.

3.70 Selon la littérature, certaines villes américaines – Seattle, Washington et King County – offrent très largement des programmes de formation en secourisme. De la sorte, 60 p. cent de leur population est formée en RCR et leurs services préhospitaliers sont très performants. Il s'ensuit que leur taux de survie à la fibrillation ventriculaire est d'environ 30 p. cent, tandis qu'il est de 12 p. cent à Montréal.

3.71 Nous avons recommandé au ministère

- **de cibler la population à qui offrir une formation en soins d'urgence et en réanimation ;**
- **de s'assurer que cette population reçoit la formation en soins d'urgence et en réanimation.**

Système 9-1-1

3.72 En Amérique du Nord, le système 9-1-1 est un moyen reconnu pour accéder rapidement aux services d'urgence, car il contribue efficacement à réduire les délais d'intervention. En 1993, le Conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes (CRTC) autorisait l'implantation universelle de cette technologie au Québec. En outre, afin de promouvoir l'implantation du système 9-1-1, le ministère des Communications du Québec a incité les compagnies de téléphone à proposer une tarification qui s'ajouterait à la facture mensuelle de l'abonné. Depuis, seules ou avec d'autres, des municipalités procèdent à l'implantation de ce service.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC

3.73 La population du Québec a maintenant accès au 9-1-1 dans une proportion de 83 p. cent. Cependant, même si ce taux peut sembler élevé, seulement 30 et 56 p. cent de la population des territoires ruraux et suburbains est couverte (tableau 1).

83 p. cent de la population du Québec a accès au 9-1-1. Cependant, seulement 30 et 56 p. cent de la population des territoires ruraux et suburbains est couverte.

Tableau 1 Pourcentage de la population desservie par le système 9-1-1 au 31 mars 1998

Région	Population*	Population desservie (en pourcentage)		
		Type de municipalité		
		Rural	Suburbain	Urbain
01 Bas-Saint-Laurent	215 908	88	84	63
02 Saguenay – Lac-Saint-Jean	283 661	53	83	100
03 Québec	724 961	68	66	99
04 Mauricie – Bois-Francs	520 215	10	34	93
05 Estrie	282 004	42	74	96
06-13 Montréal-Laval	2 134 263	n/a	100	100
07 Outaouais	306 147	24	60	100
08 Abitibi-Témiscamingue	155 396	0	0	57
09 Côte-Nord	106 626	0	0	100
10 Nord-du-Québec	18 970	0	0	n/a
11 Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	108 533	100	99	100
12 Chaudière-Appalaches	379 464	38	60	100
14 Lanaudière	371 160	9	18	86
15 Laurentides	415 181	3	21	85
16 Montérégie	1 273 155	69	68	82
Ensemble du Québec	7 295 644	30	56	94

* Répertoire des municipalités du Québec, 1997.

3.74 Compter sur un service qui n'existe pas n'est pas d'un grand secours ! Or, bien des gens ignorent que certains territoires ne sont pas encore pourvus du système 9-1-1, par exemple la région de Charlevoix qui accueille près d'un demi-million de vacanciers par année. Outre certains territoires moins densément peuplés, quelques villes de plus de 10 000 habitants n'ont pas accès au système 9-1-1. D'autres villes, pourtant situées à proximité de grands centres urbains, en sont également privées.

3.75 Bien entendu, l'accès rapide aux services préhospitaliers d'urgence est compromis en l'absence du centre d'urgence 9-1-1. Dans une même région, il peut exister de 15 à 20 numéros de téléphone pour joindre les services ambulanciers d'autant d'entreprises. Dans ces conditions, la survie d'une victime d'arrêt cardiaque ou de traumatisme majeur est mise en péril du seul fait que l'appel au secours a été retardé par la recherche du bon numéro de téléphone. Si le sablier ne nous offre que huit minutes, on ne peut en gaspiller aucune.

Afin de garantir un accès rapide aux services d'urgence, le système 9-1-1 doit non seulement être disponible, mais également répondre à des standards de qualité.

3.76 Afin de garantir un accès rapide aux services d'urgence, le système 9-1-1 doit non seulement être disponible, mais également répondre à des standards de qualité.

3.77 Les centres 9-1-1 sont au nombre de 99 au Québec, ce qui complique bien sûr la mise en place de moyens de contrôle. D'ailleurs, certaines régies ignoraient le nombre de centrales existant dans leur région et elles ont eu du mal à obtenir cette information.

3.78 Dans les faits, à quelques exceptions près, ni le ministère ni les régies ne signent d'entente avec les centres 9-1-1 pour définir les modalités de fonctionnement et les standards à respecter en ce qui concerne les services préhospitaliers d'urgence. Une seule régie a fait part de ses exigences en la matière et elle a réclamé une information de gestion fiable, par exemple des statistiques sur le temps-réponse et le délai de transfert. Par ailleurs, Urgences-santé a signé une entente avec le centre 9-1-1 de Montréal, mais pas avec celui de Laval.

3.79 Certains paramètres du *Guide d'implantation de centres d'urgence 9-1-1*, publié par l'Association des usagers 9-1-1 du Québec en 1994, ne sont pas toujours respectés.

3.80 Ainsi, il arrive que l'heure ne soit pas synchronisée entre les centres 9-1-1 et l'entreprise ambulancière, et il n'existe pas partout de système d'enregistrement des appels. Dans de tels cas, la régie n'est donc pas en mesure d'affirmer que les délais respectent les normes. D'autres problèmes surgissent quand l'activité d'un centre 9-1-1 est si faible qu'elle ne justifie pas le maintien de deux personnes par quart de travail ou si le préposé aux appels assume en même temps d'autres tâches. De plus, les entreprises ambulancières ne sont pas toutes dotées de l'équipement minimal, soit une imprimante comme moyen complémentaire de réception de l'appel du 9-1-1 pour éviter les méprises, notamment quant aux adresses.

3.81 Dans plusieurs municipalités, le centre 9-1-1 est géré par le service de police plutôt que d'être confié, comme il se devrait, à une autorité indépendante de ses principaux utilisateurs : policiers, pompiers et ambulanciers. En l'absence d'entente, il arrive qu'un centre 9-1-1 appelle directement des premiers répondants que la régie n'a pas reconnus ou que des policiers se rendent systématiquement sur les lieux de l'incident, et ce, même s'ils ne sont pas admis comme premiers répondants. Ailleurs, des policiers s'assurent de la nécessité d'un secours médical en se rendant d'abord sur les lieux avant de prévenir l'entreprise ambulancière. Or, pendant ce temps, le sablier laisse écouler les précieuses minutes.

3.82 L'analyse des rapports de coroner émis depuis 1995 confirme des déficiences graves dans certains centres 9-1-1 et elle révèle des méprises inquiétantes : confusion entre deux adresses ou requête de services ambulanciers tout simplement oubliée.

3.83 Nous avons recommandé au ministère de fixer des normes de performance et des standards de qualité afin que les centres 9-1-1 répondent aux besoins de la population en matière de services préhospitaliers d'urgence.

3.84 Nous avons recommandé aux régies régionales

- de s'assurer que le système 9-1-1 dessert toute la population ;
- de signer des ententes tripartites avec le centre 9-1-1, l'entreprise ambulancière ou la centrale de coordination, afin que leurs actions coïncident parfaitement ;
- d'exiger une reddition de comptes des centres 9-1-1 et de s'assurer de la qualité du service rendu.

Coordination des appels

Implantation des centrales de coordination

3.85 La centrale de coordination des appels prend le relais du centre 9-1-1 pour traiter les appels concernant la santé et pour coordonner les autres activités de la chaîne des services préhospitaliers d'urgence.

3.86 À l'aide d'un système avancé et médicalisé de classification des appels urgents (par exemple le système Clawson), la centrale de coordination établit une approche standardisée et une prise de décision rapide et elle détermine le niveau d'urgence et la réponse à donner ; elle fournit en outre instructions et conseils à l'interlocuteur en attendant l'arrivée des secours.

3.87 La centrale est également chargée de déployer les ambulances dans les différents points de service en fonction des caractéristiques du territoire. Elle doit aussi affecter les ressources nécessaires (premiers répondants, ambulanciers, etc.) pour intervenir auprès de la personne en péril. Enfin, la centrale suit et encadre les ressources en leur transmettant les informations et les consignes qui leur seront utiles. Sa mission est aussi d'orienter le transport vers le centre hospitalier approprié et d'informer l'établissement de l'état de santé et du nombre des usagers qu'il recevra.

3.88 En 1992, le ministère reconnaissait la nécessité de couvrir tout le territoire québécois de centrales de coordination, sans toutefois statuer quant à leur nombre et à leurs caractéristiques. Il a délégué cette responsabilité aux régies régionales, mais leurs efforts pour concrétiser les volontés ministérielles sont dépourvus de vision d'ensemble,

L'état d'avancement de l'implantation des centrales de coordination est décevant.

si bien que l'état d'avancement de cette implantation est décevant. Mis à part la région de Montréal, seules les régions de Québec et de la Montérégie – qui n'en est encore qu'à la phase d'implantation – sont dotées de centrales approuvées par le ministère et elles ne traitent pas encore la totalité des appels lancés dans leur territoire. Le ministère a tout de même versé près de 1 million de dollars à la firme responsable de l'installation du système Clawson à Urgences-santé pour qu'elle mette en place le même système partout au Québec, sans toutefois préciser le nombre de ces centrales. Le ministère n'a pas récolté toutes les retombées de cette entente : seule la région de Québec s'est dotée d'un tel logiciel au cours des cinq années que prévoyait le contrat, lequel prenait fin en mars 1998. Toutefois, des négociations sont en cours pour que d'autres régions puissent en profiter.

3.89 Plusieurs régies ont préparé des projets d'implantation de centrales régionales et multirégionales, appuyés par des études financées par le ministère, mais elles ont dû renoncer à leur réalisation. Au fil des ans, le ministère a refusé certaines propositions des régies en alléguant l'adoption prochaine d'une loi, laquelle n'est toujours pas en vigueur. Pour l'heure, de nombreux obstacles s'opposent à l'implantation de ces centrales à la grandeur du Québec.

3.90 D'abord, l'équipement de radiocommunication des entreprises ambulancières ne leur permet pas de communiquer en tout temps avec leurs propres véhicules, ni entre elles dans la même région, encore moins à travers toute la province. Pour réaliser cet objectif du ministère, il faudrait d'abord améliorer les radiocommunications.

3.91 Ensuite, les orientations ministérielles exigent qu'une centrale de coordination ne dépende en aucune façon d'un groupe particulier dont les intérêts nuiraient à sa gestion. Pourtant, la législation actuelle oblige les régies à inviter en premier lieu les titulaires de permis de services d'ambulance à mettre sur pied une centrale de coordination. Par conséquent, tout scénario plus économique soulève une vive opposition, par exemple un projet multirégional ou un partage de l'équipement de communication avec une structure déjà existante (un centre 9-1-1 ou une autre centrale). Par surcroît, la mésentente règne entre les partenaires intéressés par l'implantation de centrales et, malgré les efforts des régies régionales, tous les projets ébauchés ont avorté.

3.92 Les études déjà menées par les régies régionales démontrent que le coût d'implantation d'une centrale peut aisément dépasser le million de dollars et que les frais d'exploitation peuvent atteindre un demi-million par année. Pour ne pas avoir à déboursier de pareils montants, le ministère demande aux centrales de s'autofinancer à même les sommes déjà consenties par les régies aux entreprises ambulancières pour la réponse téléphonique (8 760 dollars par zone et 10 dollars par appel), ce qui réduit le budget octroyé aux entreprises et constitue un frein à leur adhésion aux projets.

3.93 Sans ressources financières, plusieurs régies renoncent à se doter d'une centrale de coordination et elles évaluent les propositions de certaines entreprises ambulancières qui sont prêtes à gérer une centrale de répartition qui, elle, n'offre que la réponse téléphonique et l'affectation des ressources, mais sans se conformer aux normes de qualité du ministère. Pourtant, à défaut d'une centrale de coordination, la qualité des services préhospitaliers d'urgence est diminuée, surtout quant au temps-réponse du système et en matière de soutien téléphonique à l'interlocuteur.

Réponse et soutien téléphonique

3.94 Les centrales de coordination doivent respecter des normes de performance propres à la réponse téléphonique mais les entreprises ambulancières n'y sont pas tenues. Par exemple, les contrats budgétaires prévoient que les entreprises assurent simplement la réponse téléphonique dans leur zone, sans devoir fournir de soutien à l'interlocuteur.

3.95 Bien sûr, la qualité de la réponse téléphonique varie selon les entreprises. Certaines prennent elles-mêmes leurs appels ; d'autres les confient à une centrale de répartition gérée par une entreprise ambulancière de la région ou d'une région voisine, ou à une entreprise commerciale spécialisée en la matière. Il arrive même que le technicien ambulancier chargé du transport reçoive directement l'appel. Il n'y a donc pas lieu de s'étonner que le traitement des appels, l'enregistrement des renseignements et les délais de réponse soient éminemment variables.

Le traitement des appels, l'enregistrement des renseignements et les délais de réponse sont éminemment variables.

3.96 Le soutien téléphonique à l'interlocuteur est considéré comme essentiel quand il y a urgence vitale, notamment en cas d'étouffement ou d'arrêt cardiorespiratoire, pour guider un accoucheur sans expérience ou pour diminuer la tension chez une personne prise de panique. Cette intervention est encore plus précieuse dans les zones où les délais d'arrivée des ambulanciers sont plus longs ; c'est pourtant là où le service est inexistant ou d'une qualité qui varie selon l'expérience et la formation du préposé à la réponse téléphonique. La population est ainsi privée d'un service qui, dans certains cas, peut contribuer à la survie d'une personne.

3.97 La plupart des entreprises qui offrent du soutien téléphonique n'ont adopté aucun protocole pour reconnaître les cas où cette intervention est nécessaire. De plus, si les urgences vitales sont plutôt rares et que le personnel responsable de la réponse téléphonique accuse un taux élevé de rotation, il est pour ainsi dire impossible de maintenir un certain degré de savoir-faire. Pour combler ce besoin, une centrale de répartition a choisi, par mesure d'économie, d'offrir le service à sa population par l'intermédiaire d'Urgences-santé.

Affectation du véhicule le plus près

3.98 En l'absence d'une centrale de coordination, il est difficile de s'assurer que le véhicule susceptible d'arriver le plus rapidement sur les lieux d'une urgence est bien celui que l'on dépêche.

La notion de zone exclusive nuit à l'affectation optimale des véhicules.

3.99 Par ailleurs, les permis accordés aux entreprises ambulancières leur octroient un territoire exclusif. Cette notion de zone exclusive nuit également à l'affectation optimale des véhicules.

3.100 Actuellement, même dans les grandes villes pourvues d'une centrale, les répartiteurs ne peuvent savoir où sont les véhicules disponibles si les ambulanciers omettent de les en informer.

3.101 Ces facteurs augmentent les risques que les délais soient allongés inutilement. D'ailleurs, certains coroners concluent que des décès sont survenus parce que ce n'est pas le véhicule le plus près qui a été dépêché. Pour remédier à ce problème, les centrales prévoient s'équiper d'un système de repérage automatisé qui permettrait d'établir la distance entre un véhicule et les lieux d'un incident et de suivre constamment les déplacements d'une ambulance.

Réponse à un appel

3.102 En matière de services d'urgence, les ressources affectées à la suite d'un appel varient selon les entreprises et les régions. Par exemple, Urgences-santé a dépêché, l'an dernier, 18 153 ambulances pour servir de soutien à un premier véhicule et sans qu'elles transportent qui que ce soit. Or, les contrats conclus avec les entreprises ambulancières ne prévoient pas un tel déploiement de ressources.

3.103 On se rappellera que rien dans le modèle québécois d'organisation des services préhospitaliers d'urgence n'indique que des soins spécialisés doivent être prodigués à la victime sur les lieux de l'incident. Contrairement à ces orientations et aux usages qui ont cours ailleurs dans la province, Urgences-santé retient de façon continue les services de médecins sur la route et à la centrale de coordination. Toutefois, cette façon de faire est conforme à l'entente intervenue entre Urgences-santé, le ministère et la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec.

3.104 En 1996-1997, les médecins d'Urgences-santé ont répondu à 15 557 urgences, dont plus de la moitié avait pour cause un trouble cardiaque ou de la détresse respiratoire et le quart, un traumatisme. De ce nombre total, 10 542 interventions médicales ont été menées à leur terme, mais les études faites par Urgences-santé démontrent qu'il n'y a pas de bénéfice évident d'avoir recours au médecin sur les lieux de l'incident pour abaisser le taux de mortalité dans la population. Notons que la rémunération annuelle versée aux médecins d'Urgences-santé sur la route s'élève à près de 1,5 million de dollars.

3.105 Nous avons recommandé au ministère

- **de définir les caractéristiques souhaitables des centrales de coordination, notamment leur nombre en fonction de la population à desservir ;**
- **d'établir un échéancier d'implantation ;**
- **de veiller à ce que ses orientations et les dispositions législatives coïncident ;**
- **de préciser clairement le type de ressources qu'il veut consentir pour répondre à un appel.**

3.106 Nous avons recommandé aux régies régionales de s'assurer

- **que tous les appels de détresse reçoivent une réponse téléphonique qui respecte les normes de qualité établies par le ministère ;**
- **que, s'il y a urgence vitale, le véhicule susceptible d'arriver en premier sur les lieux d'un incident est affecté dans tous les cas.**

Premiers répondants

3.107 Les premiers répondants constituent un maillon important de la chaîne d'intervention en services préhospitaliers d'urgence. Ce sont des individus désignés pour intervenir dans certaines situations définies et leur formation est standardisée selon les tâches qui leur seront confiées. Selon le modèle théorique, ce sont les centrales de coordination qui dépêchent le premier répondant sur les lieux d'un incident. Comme il y parvient, du moins en principe, avant les services ambulanciers, il peut amorcer les manœuvres de réanimation ou de stabilisation essentielles.

3.108 En 1992, le ministère entérine le concept de premier répondant. Il élabore lui-même un guide pour l'établissement de cette ressource, mais délègue aux régies régionales le pouvoir de décider si elles adhèrent ou non à cette formule. Le document du ministère suggère de recourir aux services municipaux existants (policiers, pompiers, etc.), puisqu'ils sont proches de la population à secourir et qu'ils disposent déjà de certaines ressources habilitées à agir rapidement.

3.109 Le degré d'avancement de l'implantation des services de premiers répondants est décevant. Au Québec, 78 services de ce genre desservent 88 des 1 575 municipalités du Québec, principalement en Gaspésie, en Montérégie, en Estrie, en Mauricie – Bois-Francs et à proximité de Montréal. Les premiers répondants sont le plus souvent des pompiers, mais quelques organismes sans but lucratif ont également adhéré à cette formule. En Gaspésie, le réseau de premiers répondants est entièrement organisé, géré et assumé par des bénévoles.

3.110 En ce domaine, la comparaison entre d'autres provinces canadiennes, nos voisins du Sud et le Québec n'est guère à notre avantage. Une enquête menée auprès des 200 villes américaines les plus peuplées a révélé que 85 p. cent d'entre elles avaient mis sur pied un service de premiers répondants et que ce rôle était assigné au service d'incendie dans 96 p. cent des cas.

3.111 Plusieurs facteurs expliquent qu'il soit si difficile de doter le Québec de ce genre de structure. D'abord, les premiers répondants ne relèvent pas des services préhospitaliers, mais le plus souvent des municipalités. Ensuite, la législation actuelle ne fait nulle mention de la notion de premiers répondants. Enfin, le ministère n'a pas fixé d'échéancier pour l'implantation de ce service.

L'implantation des services de premiers répondants reste largement tributaire de la volonté du milieu.

3.112 Bien que certaines régions aient incité fortement les municipalités à se doter de tels services, quelques-unes seulement ont enclenché le processus d'accréditation. L'implantation des services de premiers répondants reste largement tributaire de la volonté du milieu. La plupart des régions n'ont pas de plan d'action à cet égard et elles ne consacrent que peu de ressources à la promotion et à l'encadrement du service. Faute de ressources pour les encadrer, certaines refusent même d'accréditer des groupes disponibles. En outre, si certaines régions offrent de financer une partie des coûts relatifs au service de premiers répondants (formation, équipement, etc.), la plupart ne le font pas, ce qui démotive les municipalités.

3.113 Pour comprendre l'utilité du service de premiers répondants, il faut garder à l'esprit que ces derniers couvrent normalement des territoires de moindre envergure que ceux que desservent les services ambulanciers. Au Québec, on ne peut compter sur l'intervention d'un technicien ambulancier en moins de huit minutes que dans 35,6 à 59,3 p. cent des cas, selon les données disponibles. S'il advenait une urgence vitale, les premiers répondants pourraient être les seuls qui arrivent à temps.

3.114 Tout comme les autres régions, plusieurs municipalités desservies par Urgences-santé auraient avantage à se doter d'un service de premiers répondants. En effet, si Urgences-santé peut parvenir sur les lieux d'un incident en moins de huit minutes pour 59,3 p. cent des cas dans l'ensemble de son territoire, dans plusieurs municipalités qu'elle dessert les victimes ne seront rejointes par les techniciens ambulanciers dans un délai si court que pour 30 p. cent des interventions.

3.115 Quand on sait que plusieurs appels à Urgences-santé donnent lieu à l'affectation d'une seconde ambulance en soutien à la première, il nous semble que les ressources financières ainsi nolisées pourraient servir à une autre forme de secours, par exemple un service de premiers répondants ou une réponse plus rapide. En effet, le coût d'exploitation moyen d'un véhicule d'urgence est de 388 000 dollars par année et la suppression des 18 153 déplacements à vide cités précédemment, compte tenu du temps total entre l'appel et la remise en disponibilité, aurait pu libérer trois véhicules.

3.116 L'American Heart Association Advanced Cardiac Life Support Committee conclut ce qui suit : « Munir des premiers répondants de défibrillateurs est probablement la méthode la plus efficace pour venir en aide aux victimes d'arrêt cardiaque. Là où les services préhospitaliers ne peuvent offrir une défibrillation hâtive, il y aurait donc lieu d'équiper de la sorte des premiers répondants¹. » En effet, les chances de survie sont de 90 p. cent si cet appareil est utilisé pendant la première minute ; chaque minute qui s'écoule ensuite réduit cette espérance de 10 p. cent. Pourtant, au Québec, la majorité des premiers répondants ne sont pas équipés de défibrillateurs, même s'ils arrivent les premiers sur les lieux d'un incident.

3.117 Nous avons recommandé au ministère

- **d'établir clairement les rôles, les responsabilités et les obligations légales de chacun des intervenants en ce qui a trait aux services de premiers répondants ;**
- **de fixer des objectifs précis et mesurables pour l'implantation de ces services, notamment un échéancier réaliste.**

3.118 Nous avons recommandé aux régies régionales et à Urgences-santé d'établir un plan d'action pour favoriser l'implantation de services de premiers répondants et de s'assurer de sa mise en œuvre.

Utilisation des services ambulanciers

3.119 La gestion économique et efficace des services préhospitaliers d'urgence présuppose qu'il faut évaluer le degré d'urgence d'une demande et offrir une réponse adaptée au besoin.

3.120 Les orientations ministérielles au sujet des services préhospitaliers font référence aux appels urgents. Selon la littérature, 20 p. cent des demandes de transport ambulancier seraient vraiment urgentes et 5 p. cent, vitales. Cependant, les demandes qui ne correspondent pas à des urgences engorgent le système et elles l'empêchent parfois de s'acquitter de sa mission première : diminuer la morbidité et la mortalité dans les cas d'urgence vitale.

20 p. cent des demandes de transport ambulancier seraient vraiment urgentes et 5 p. cent, vitales.

Transports urgents

3.121 Le ministère n'a pas défini la notion d'urgence ni précisé à quelle clientèle s'adressent les services préhospitaliers d'urgence.

3.122 Présentement, il n'y a pas d'adéquation entre les besoins réels du demandeur et les ressources affectées pour répondre à ces besoins : dans tous les cas, une ambulance et deux techniciens ambulanciers sont dépêchés sur les lieux pour amener la personne malade ou blessée jusqu'à l'urgence d'un centre hospitalier.

¹ R.O. Cummins, J.P. Ornato, W.H. Thies et P.E. Pepe, « Improving Survival from Sudden Cardiac Arrest : The Chain of Survival Concept », *Circulation* 1991, n° 83, p. 1832-1847 (trad. Libre).

3.123 Les services préhospitaliers d'urgence ne sont pas intégrés aux autres services de santé du réseau. Quelqu'un peut avoir besoin d'un transport ou de services médicaux sans pour autant que son état soit urgent, mais le ministère n'a pas défini de traitement différent pour les divers genres de nécessité. Pourtant, l'éventail des frais peut être très vaste. Par exemple, un examen médical complet coûte 116 dollars à l'urgence d'un centre hospitalier, 43 dollars au centre local de services communautaires (CLSC) et 29,30 dollars en cabinet privé.

Le coût moyen d'un transport ambulancier est de 433 dollars alors qu'un même déplacement en transport adapté est de 32 dollars et de 22 dollars en taxi.

3.124 Il en va de même du recours à l'ambulance pour tous les types de transport. Le coût moyen d'un transport ambulancier est de 433 dollars (18 kilomètres en moyenne) alors qu'un même déplacement en transport adapté est de 32 dollars et de 22 dollars en taxi.

3.125 Les informations disponibles ne permettent pas d'évaluer le nombre de transports ambulanciers inutiles, pas plus que celui des personnes qui auraient pu être traitées ailleurs qu'à l'urgence d'un centre hospitalier. Par conséquent, il est impossible de quantifier les économies que pourrait engendrer une meilleure utilisation des ressources. Mais il faut savoir que, même si ces résultats ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la province à cause des particularités propres à une ville, 19 888 transports ambulanciers à Urgences-santé, soit 12 p. cent de tous ses transports, se rapportent chaque année, selon le système Clawson, à une situation non urgente où l'état de la victime ne peut empirer si le transport est différé.

3.126 Là où la centrale de coordination est équipée du système Clawson, les appels sont triés en fonction de l'urgence de l'appel (du code delta, où le délai peut entraîner des conséquences fatales, au code alpha, où le délai n'a aucune incidence sur l'état du malade). Pourtant, les gestionnaires n'utilisent pas cet outil pour adapter leur réponse au besoin connu et diminuer ainsi le nombre de déplacements déclarés urgents sans nécessité. Ils envoient immédiatement une ambulance en réponse à la quasi-totalité des appels, sans distinction aucune, ce qui oblige au maintien d'une flotte inutilement importante, sans parler des risques que représente la conduite d'un véhicule prioritaire avec sirène et gyrophare.

3.127 Dans le territoire desservi par Urgences-santé, le nombre d'appels par habitant est plus de deux fois plus élevé que celui des grandes villes américaines et des autres régions du Québec. Pour diminuer le nombre de transports inutiles, Urgences-santé a intégré au système Clawson le code oméga, attribué aux appels qui ne nécessitent aucune ressource. Les demandes de nature médicale sont transmises soit au médecin de service ou orientées vers Info-Santé ou le centre antipoison. En 1996-1997, Urgences-santé a effectué 1 780 transports ambulanciers pour des personnes dont l'état, selon la fiche d'appel, ne nécessitait pas de ressources, encore moins un transport en urgence absolue, c'est-à-dire avec sirène et gyrophare, comme tel a été le cas dans 29,2 p. cent du temps. En outre, Clawson repère également les cas où le délai de réponse n'a aucune incidence sur l'état de santé de la personne ; pourtant, on dépêche une ambulance en urgence une fois sur cinq pour ces 19 888 transports.

3.128 Après plus de cinq ans d'utilisation du système Clawson, Urgences-santé constate que 80 p. cent des appels obtiennent une priorité absolue. Ainsi, tous les appels en provenance d'un lieu public commandent une affectation de toute urgence, quel que soit l'état de la personne. La révision des codes d'affectation pourrait, selon Urgences-santé, ramener le taux de priorité absolue à 30 p. cent sans pour autant mettre la vie des citoyens en danger.

Nécessité des transports par ambulance

3.129 Le ministère offre gratuitement aux personnes de 65 ans et plus le transport par ambulance s'il est médicalement et socialement requis. Les prestataires de la sécurité du revenu jouissent du même privilège, assumé quant à lui par le MES, lorsque le transport est médicalement requis. Ces deux clientèles sont souvent dépourvues des ressources financières nécessaires pour se rendre là où elles doivent recevoir des services médicaux ; cependant, la gratuité du transport ne s'applique qu'à l'ambulance. Pour minimiser les abus, la réglementation prévoit que la nécessité du transport ambulancier sera certifiée par un médecin. Or, les mécanismes de contrôle en cette matière sont appliqués de façon fort différente d'une région à l'autre et même d'un établissement à l'autre en l'absence de règles précises, ce qui entraîne des disparités de traitement pour ces deux clientèles.

3.130 D'une part, si une centrale de coordination autorise un transport, aucune évaluation subséquente ne sera faite quant à sa pertinence médicale. Pourtant, le logiciel de tri des appels évalue le degré d'urgence, mais il ne refuse aucun transport ambulancier, pas plus qu'il n'évalue la possibilité de recourir à un autre moyen de se déplacer de façon plus économique.

3.131 D'autre part, en l'absence d'une centrale de coordination, le médecin ou une personne désignée doit déterminer qui sera responsable de la facture. Plusieurs médecins autorisent tous les transports ; d'autres s'y objectent s'il y a abus flagrant.

Transports interétablissements

3.132 La principale raison d'être des services ambulanciers est de répondre aux urgences, mais les entreprises reçoivent également des demandes des établissements de santé pour effectuer des transports interétablissements non urgents en ambulance.

3.133 Le ministère n'a pas défini clairement le rôle des services préhospitaliers d'urgence dans le transport interétablissements. Il ne s'est pas prononcé non plus quant au type de transport à utiliser ni aux critères à respecter pour déterminer qui doit être transporté en ambulance.

3.134 Les centres hospitaliers, responsables du coût de ces transports, se préoccupent de le maintenir aussi bas que possible, et ce, particulièrement depuis que le regroupement des services médicaux dans quelques centres spécialisés a fait augmenter le nombre de ces transports. Par conséquent, ils recourent de plus en plus aux taxis, au transport adapté ou à la famille pour transporter les personnes dont l'état ne nécessite pas une ambulance.

3.135 Comme la loi confie tous les transports sur civière aux ambulanciers, certains hôpitaux préfèrent utiliser le transport adapté, avec un véhicule équipé de fauteuils inclinables en position quasi horizontale. De leur point de vue, la présence de deux techniciens ambulanciers est d'autant plus inutile que le centre receveur exige généralement que les patients ayant besoin de soins durant le transport soient escortés par un membre du personnel soignant des centres hospitaliers.

3.136 Bien que les transports interétablissements par ambulance aient diminué constamment au fil des ans, ils représentent encore, en 1996-1997, 24 p. cent des transports effectués, soit 105 219 déplacements.

3.137 Faute d'une centrale de coordination, il est impossible de gérer les transports interétablissements de façon économique, que ce soit au sein d'une même région ou d'une région à l'autre. D'ailleurs, il est rare qu'un centre hospitalier se soit doté d'un service responsable de coordonner et de planifier toutes les demandes de transport de ce type. Pire encore, les régies régionales ne s'assurent pas que les transports interétablissements ne nuisent en rien aux cas urgents.

Des ambulances se croisent ou se suivent à vide, tandis qu'une zone peut se trouver momentanément privée de tout véhicule d'urgence.

3.138 En vertu du principe de l'exclusivité des zones, la prise en charge d'un patient revient de droit à une ambulance de la zone, si bien que les véhicules repartent la plupart du temps à vide d'un centre hospitalier. En conséquence, des ambulances se croisent ou se suivent à vide, tandis qu'une zone peut se trouver momentanément privée de tout véhicule d'urgence. Même dans la région de Montréal où le zonage n'existe pas, les ambulances retournent la plupart du temps à vide vers leur point de service.

3.139 Parfois, les entreprises ambulancières sont sollicitées sans préavis pour effectuer plusieurs transports au même moment. Si les transports interétablissements étaient mieux coordonnés, il serait possible d'organiser des transports multiples, de diminuer les retours à vide et d'éviter que certaines zones se trouvent privées de tout véhicule d'urgence. En effet, à défaut de planification des transports non urgents, il peut devenir nécessaire de gonfler une flotte pour être en mesure de répondre rapidement aux urgences vitales. De plus, en utilisant le seul véhicule d'une zone pour faire un transport entre deux établissements, le délai de réponse aux urgences vitales risque de s'en trouver allongé. Pendant ce temps, le sablier poursuit son travail et de précieuses minutes sont irrémédiablement perdues.

3.140 Nous avons recommandé au ministère

- de préciser la notion d'urgence d'une demande de services ambulanciers ;
- de s'assurer que les appels pour des services préhospitaliers d'urgence sont évalués uniformément ;
- de s'assurer que les ressources offertes sont justifiées et adaptées aux besoins du demandeur, qu'il s'agisse d'un individu ou d'un établissement.

3.141 Nous avons recommandé aux régies régionales et à Urgences-santé

- d'inciter les établissements à planifier les transports interétablissements non urgents ;
- de s'assurer de la coordination des transports interétablissements afin de réduire les retours des ambulances à vide et d'éviter qu'une zone soit laissée à découvert.

Allocation des ressources

3.142 Au Québec, les services préhospitaliers d'urgence sont de deux ordres : la quasi-totalité du transport ambulancier est assuré par des entreprises privées tandis que, dans les régions de Montréal et de Laval, il est offert par Urgences-santé, organisme gouvernemental.

Budgets des services préhospitaliers d'urgence

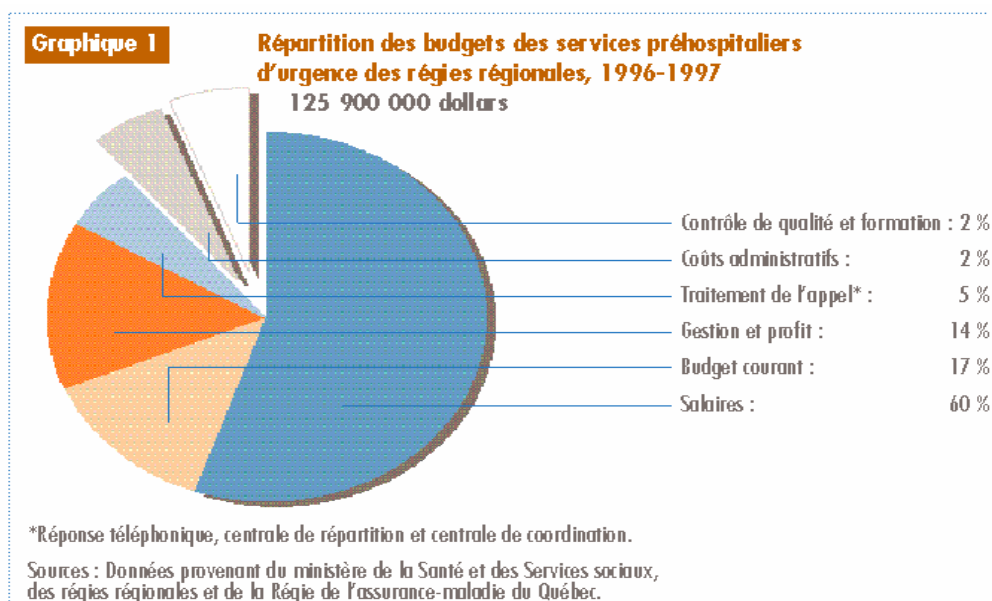
3.143 Le ministère alloue lui-même les budgets pour les services préhospitaliers d'urgence. La somme de 193,7 millions de dollars au 31 mars 1997 est ainsi répartie entre Urgences-santé (67,8 millions de dollars) et les régies régionales (125,9 millions de dollars).

3.144 Chaque régie attribue aux entreprises ambulancières les sommes qui leur reviennent pour assumer le transport ambulancier. Cette allocation prend la forme de contrats budgétaires négociés chaque année par les régies.

3.145 Le contrat budgétaire comporte deux éléments principaux : les salaires et avantages sociaux ainsi que les budgets d'exploitation. La portion salariale, qui représente 60 p. cent du budget total des régies régionales consacré aux services préhospitaliers d'urgence, est assumée et négociée par le gouvernement (graphique 1).

3.146 Quant aux budgets d'exploitation des entreprises ambulancières, ils comportent trois éléments : budget courant (coûts au kilomètre, coûts variables par transport et coûts fixes annuels), frais de gestion et profit ainsi que réponse téléphonique.

3.147 Bien qu'au fil des ans la notion de services préhospitaliers d'urgence ait remplacé celle de transport ambulancier, les régies consacrent encore aujourd'hui 96 p. cent de leur budget total à cette activité.



3.148 En 1993-1994, le ministère cesse d'indexer les sommes injectées dans le transport d'urgence. Pourtant, il ne révalue pas les besoins de chacune des régies avant de procéder à ce gel des ressources. Il s'ensuit que les disparités déjà existantes, par exemple quant au nombre de véhicules, ne peuvent que perdurer.

L'allocation des ressources est basée sur le principe de la reconduction automatique. Les disparités régionales ne peuvent que s'accroître.

3.149 En dépit de son désir avoué d'adopter un modèle qui favoriserait l'équité entre les régions, le ministère ne prend aucune initiative qui tendrait à établir l'équilibre entre les services offerts dans les différentes régions du Québec, ce qui conduit à l'allocation des ressources basée sur le principe de la reconduction automatique.

3.150 Comme les régies agissent isolément, notamment lorsqu'elles négocient leurs contrats de gré à gré, elles n'ont en la matière aucune stratégie commune, si bien que les disparités régionales ne peuvent que s'accroître. Par exemple, les frais de gestion et profit accordés aux entreprises étaient à l'origine de 20 p. cent des coûts totaux de l'entreprise. En 1996-1997, ils varient de 12,8 à 24,1 p. cent, même si le montant accordé à cette fin devrait en théorie être resté le même depuis 1993-1994.

3.151 L'amortissement et le financement des véhicules d'urgence donnent également lieu à des manières différentes de traiter avec les entreprises ambulancières. Ainsi, certaines régies cessent d'octroyer ces budgets dès que le financement est terminé, d'autres les maintiennent durant toute la vie économique du véhicule (période d'amortissement), tandis que d'autres encore poursuivent le paiement au-delà de la période d'amortissement et de financement, que le véhicule soit remplacé ou non.

3.152 Ces diverses interprétations influent directement sur les sommes versées aux entreprises ambulancières, sans égard aux particularités régionales. Par conséquent, deux zones semblables quant au nombre de transports et au kilométrage moyen peuvent obtenir des budgets totalement disparates. Par exemple, dans des zones où s'effectuent 500 transports par année (36 kilomètres en moyenne par transport), les budgets d'exploitation varient de 20 264 à 64 138 dollars par véhicule ; ailleurs, dans des zones où se font 1 000 transports par année (50 kilomètres en moyenne par transport), ces budgets fluctuent de 25 939 à 58 830 dollars.

3.153 Par ailleurs, les budgets alloués à Urgences-santé et au système privé obéissent à des méthodes différentes, sans qu'il ait été prouvé que certains besoins justifient cet état de fait. Toutes proportions gardées, les ressources accordées à Urgences-santé sont plus abondantes que celles que reçoivent les régions. En effet, après avoir éliminé toutes les disparités explicables et en lui appliquant les paramètres du contrat budgétaire, Urgences-santé se serait vu attribuer un budget de 10,8 millions de dollars de moins que ses dépenses réelles, et ce, pour la seule année 1996-1997. En outre, la rubrique « frais de gestion et profit » lui consent un taux de 24,6 p. cent de toutes ses dépenses au lieu de 20 p. cent comme le prévoyait le contrat d'origine avec les entreprises privées. De plus, Urgences-santé enregistrait un déficit accumulé de 11,2 millions de dollars au 31 mars 1997.

Toutes proportions gardées, les ressources accordées à Urgences-santé sont plus abondantes que celles que reçoivent les régions.

3.154 Cet écart de 10,8 millions de dollars s'explique à cause de plusieurs facteurs. Par exemple, le taux d'encadrement d'Urgences-santé est de un cadre pour 13 employés, tandis que ce taux est de un cadre pour 23 employés, et même de un cadre pour 42 employés, dans deux entreprises, une au Québec et l'autre en Ontario, qui relèvent du même secteur d'activité. En outre, Urgences-santé absorbe un coût réel de 0,63 dollar du kilomètre alors que, ailleurs au Québec, les régies accordent 0,37 dollar. Pourtant, dans un milieu fortement urbanisé comme Toronto, ce coût réel est de 0,37 dollar du kilomètre en 1996-1997.

3.155 En réduisant sa réserve de 20 à 10 p. cent pour tenir compte du rajeunissement de sa flotte, Urgences-santé aurait besoin de 108 véhicules. Au 30 juin 1998, elle était parvenue à ramener sa flotte à 124 ambulances. Puisque les seuls coûts d'amortissement d'un véhicule et de son équipement de communication sont d'environ 32 045 dollars par année, Urgences-santé aurait intérêt à réduire le nombre de ses ambulances dans toute la mesure du possible.

3.156 Au chapitre de l'avance dont bénéficie Urgences-santé sur le plan financier, notons que plusieurs régies tentent de trouver les ressources financières pour implanter une centrale de coordination et pour améliorer leur système de radiocommunication, pendant qu'Urgences-santé se dote, à la demande du ministère, d'un système de répartition assistée par ordinateur évalué à 7,2 millions de dollars.

Véhicules

3.157 Le 20 juillet 1984, le ministère établissait les zones de service ambulancier ainsi que le nombre maximum de véhicules par zone et par région, en fonction de l'importance de la population à desservir.

3.158 En 1985, le ministère déléguait aux régies la tâche de modifier les règles qui s'appliquent notamment aux zones et au nombre de véhicules. Cependant, ces dernières tardent à agir, et ce, même si certaines d'entre elles constatent la nécessité de le faire.

Les régies ne sont pas libres de prendre les moyens qui leur semblent indiqués pour répondre aux attentes budgétaires du ministère et aux besoins de la population.

3.159 Dans les faits, ni les régies ni le ministère n'ont posé de gestes très concrets pour régler un problème pourtant aigu. En effet, les régies n'ont qu'un pouvoir théorique car la notion de permis n'est pas claire. Délivré en vertu de la *Loi sur la protection de la santé publique*, le permis accorde un droit exclusif d'exploiter une entreprise ambulancière, dans une zone donnée et avec un nombre de véhicules également établi. S'il est loisible à une régie de refuser tout ajout de véhicule si le nombre maximum mentionné sur le permis est atteint, elle ne peut par contre en retirer aucun, à moins d'une entente avec l'entreprise. Selon nous, il y aurait lieu de combler ce vide juridique, puisque les régies ne sont pas libres de prendre les moyens qui leur semblent indiqués pour répondre aux attentes budgétaires du ministère et aux besoins de la population.

3.160 Puisque le nombre de véhicules n'a jamais été révisé en profondeur, la situation actuelle a de quoi étonner. En effet, comme l'illustre le tableau 2, des zones desservies par le même nombre de véhicules affichent un volume de transport extrêmement disparate. Inversement, à un nombre similaire de transports effectués dans deux zones semblables ne correspond pas un même nombre de véhicules.

3.161 Au lieu de réduire le nombre de véhicules, certaines régies ont abaissé le nombre de quarts de travail pour faire face aux restrictions budgétaires, mais les véhicules ainsi libérés n'ont pas été retirés. Pourtant, en 1995, le ministère avait proposé aux régies d'éliminer les véhicules inutiles en octroyant aux entreprises une compensation de 40 000 dollars pour chacun.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC

Tableau 2 Allocation des véhicules par zone, 1996-1997

Zones dotées du même nombre de véhicules

Population	Densité hab./km ²	Transport total	Kilométrage moyen	Nombre de véhicules
64 850	90	4 054	17	10
130 961	267	9 844	17	10
15 719	25	705	23	3
16 987	21	1 066	25	3
20 162	31	1 742	23	3
22 036	28	1 509	25	3
70 452	27	3 629	10	3
7 971	5	473	42	2
17 122	8	1 068	63	2
19 163	4	1 074	98	2
32 985	8	1 728	24	2
5 913	6	421	38	1
14 769	10	867	33	1
21 533	51	1 113	30	1

Zones semblables dotées d'un nombre différent de véhicules

Population	Densité hab./km ²	Transport total	Kilométrage moyen	Nombre de véhicules
8 987	11	435	64	1
7 971	5	473	42	2
14 769	10	867	33	1
20 477	14	872	24	2
18 029	33	1 003	32	2
16 987	21	1 066	25	3
26 710	18	1 088	33	4
16 670	12	1 132	50	3
22 125	29	1 812	23	4
20 162	31	1 742	23	3
59 383	221	2 049	26	4
61 435	231	2 022	25	2

Source : Données cumulées à partir du système d'information du transport ambulancier (SITA), 1996-1997.

3.162 Notre analyse sommaire des données disponibles (véhicules mentionnés sur le permis par rapport aux quarts de travail) indique qu'au moins 28 véhicules seraient en surplus. Or, les régies allouent quand même aux propriétaires des budgets annuels d'environ 28 000 dollars par véhicule pour couvrir les coûts fixes (amortissement, financement, équipement médical et de communication, etc.), ce qui représente 784 000 dollars par année pour des véhicules en surplus.

784 000 dollars par année sont alloués pour des véhicules en surplus.

3.163 Par ailleurs, dans plusieurs zones, rares sont les journées où tous les véhicules sont en service. Les régies n'évaluent pas les coûts associés à cet état de fait. Par conséquent, elles octroient une partie des budgets en fonction du seul nombre de véhicules, et non selon leur utilisation réelle.

Certaines ambulances ne servent que quelques jours par année.

3.164 En comparant le nombre théorique d'ambulances – c'est-à-dire selon ce que mentionnent les permis – avec celui des véhicules réellement utilisés, nous avons pu conclure que, dans plusieurs zones, certaines ambulances ne servent que quelques jours par année. Davantage même, une entreprise se voit octroyer un budget de 2,3 millions de dollars pour les dix véhicules qu'elle possède, alors qu'elle n'en utilise que huit. Si l'on se rappelle qu'une certaine proportion des sommes versées par les régies aux entreprises est calculée en fonction du nombre de véhicules mentionnés sur le permis, il va de soi que des économies seraient réalisables à ce chapitre.

3.165 Au cours de nos travaux, nous avons même constaté que, dans une municipalité, un service de premiers répondants est offert à l'aide d'une ambulance entièrement équipée, mais avec un seul technicien à son bord. Par conséquent, ce véhicule ne sert jamais à effectuer le moindre transport. Pourtant, ces précieuses ressources, dont l'utilisation est à tout le moins discutable, entraînent des coûts d'environ 150 000 dollars par année.

Quarts de travail

3.166 En 1989-1990, le ministère procédait à une réorganisation régionale, à l'exclusion de Montréal-Laval, en vue de stabiliser l'emploi des techniciens ambulanciers. En fonction des territoires à desservir, des quarts de travail différents ont été établis : soit des quarts de 8 heures par jour pour un total de 40 heures par semaine, soit des horaires de faction de type 7/14, 8/14 et 14/21. Un horaire de faction signifie que le technicien est de garde 24 heures par jour, par exemple, 7 ou 8 jours sur 14. Cependant, comme le salaire est le même quel que soit le type d'horaire, le ministère a établi une charge de travail équivalente selon le quart de travail. Il faut entendre par « charge réelle de travail » le temps qui s'écoule entre le moment où le technicien ambulancier est affecté à un transport et celui où il redevient disponible. Le ministère se sert d'ailleurs de cette mesure pour déterminer quel est le type d'horaire qu'il convient d'appliquer à chaque zone. Par exemple, le technicien ambulancier travaillant sur un quart de 40 heures devrait fournir une charge réelle de travail de 20 heures par semaine ; le quart de travail de type 7/14, composé de quatre techniciens ambulanciers, doit fournir une charge réelle de travail de 28 heures par semaine.

3.167 Or, les régies ne réévaluent pas la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers afin d'allouer ces ressources de façon équitable. Comme le tableau 3 l'illustre bien, 8 zones seulement sur 157 – c'est-à-dire celles, sur 187, pour lesquelles nous pouvions cumuler cette information – respectent les exigences du ministère, quel que soit le type d'horaire. Quant à la majorité des autres zones (60 %), elles n'atteignent les objectifs que dans une proportion de moins de 60 p. cent.

SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AU QUÉBEC

Tableau 3 Répartition des zones selon le degré d'atteinte des objectifs en matière de charge de travail, 1996-1997

Degré d'atteinte des objectifs en matière de charge de travail	Rural		Suburbain		Urbain		TOTAL	
	Nombre de zones	%	Nombre de zones	%	Nombre de zones	%	Nombre de zones	%
100% et plus	2	5	4	6	2	4	8	5
Entre 80% et 100%	2	5	5	8	8	15	15	10
Entre 60% et 80%	7	18	11	17	22	41	40	25
Entre 40% et 60%	8	21	20	30	19	36	47	30
Entre 20% et 40%	12	32	23	35	2	4	37	24
20% et moins	7	19	3	4	0	0	10	6
TOTAL	38	100	66	100	53	100	157	100

Notes :

- Ces données cumulent les horaires de travail par zone (7/14, 8/14, 40 heures, etc.), convertis en équivalence.
- Ce tableau ne tient pas compte des régions de l'Outaouais, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Nord-du-Québec, les données n'étant pas disponibles.
- Les régions de Montréal et de Laval sont également exclues de ce tableau.

Source : Données cumulées à partir de SITA, 1996-1997.

3.168 Le ministère et les régies ne connaissent pas la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers et, par conséquent, ils ont du mal à faire face aux revendications des syndicats. En effet, comment consentir des horaires de travail améliorés sans connaître l'ampleur du service offert ?

3.169 Malgré tout, les horaires de type 14/21 ont été peu à peu convertis en 8/14 et les syndicats demandent que la plupart des horaires de type 8/14 deviennent des 7/14. Ces simples modifications requièrent environ 25 000 dollars par année de plus pour chacun des quarts. Pour l'exercice 1996-1997, dans 22 zones sur 29 où il n'y a qu'un seul 8/14, le travail réel est pourtant inférieur à 12,25 heures par semaine par rapport à une norme établie à 24,5 heures.

3.170 Le tableau 4 illustre certaines disparités dans la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers entre eux et par rapport aux objectifs ministériels. Il fait ressortir la nécessité d'une allocation des ressources plus judicieuse.

Le ministère et les régies ne connaissent pas la charge réelle de travail des techniciens ambulanciers.

Tableau 4

Exemples de variations de la charge de travail, 1996-1997

Type de zone	Quarts de travail par zone	Variation des heures réelles de travail hebdomadaire par quart de travail	Objectifs de charge de travail fixée par quart de travail
Urbain	7/14	10,3 à 28,5 heures	28,0 heures
Urbain	40 h	8,1 à 15,5 heures	20,0 heures
Suburbain	8/14	7,7 à 17,1 heures	24,5 heures
Suburbain	7/14	8,6 à 26,5 heures	28,0 heures
Rural	7/14	5,8 à 30,9 heures	28,0 heures
Rural	8/14	3,7 à 17,3 heures	24,5 heures

Source : Données cumulées à partir de SITA, 1996-1997.

3.171 Nous avons recommandé au ministère

- de revoir l'allocation de ses budgets pour les services préhospitaliers d'urgence de façon à établir l'équité entre tous les territoires du Québec ;
- de donner aux régies régionales les outils qu'il leur faut pour qu'elles puissent allouer leurs ressources en fonction des besoins de la population ;
- d'évaluer, avec les régies régionales, la charge de travail des techniciens ambulanciers afin d'adopter les types de quart de travail les mieux appropriés.

3.172 Nous avons recommandé aux régies régionales de réévaluer périodiquement l'allocation des véhicules afin de mieux répondre aux besoins de la population selon les territoires.

3.173 Nous avons recommandé à Urgences-santé de poursuivre ses efforts de réduction de sa flotte de véhicules ambulanciers.

Financement du transport ambulancier

3.174 Le financement du transport ambulancier a été conçu pour stabiliser les emplois et assurer une rentabilité minimale aux entreprises de ce secteur. Pour ce faire, le gouvernement élabore, en 1989, un modèle comportant des paramètres théoriques pour établir les budgets d'exploitation, y compris une marge de profit garantie aux entreprises.

3.175 Sauf en ce qui a trait à Urgences-santé, les sommes versées aux entreprises servent à compenser l'écart entre la facturation qu'elles sont autorisées à présenter et le coût théorique établi selon le modèle de financement. L'entreprise ambulancière – même si elle appartient au secteur privé – assume peu de risque. En effet, son permis est exclusif et la plupart de ses revenus proviennent des fonds publics.

3.176 En 1993-1994, le ministère décide que les sommes versées aux régies sont désormais gelées et il leur demande de conclure des contrats fermés avec les entreprises ambulancières. Il met ainsi un terme, du moins théoriquement, à l'utilisation du modèle avec paramètres, mais sans pour autant proposer un nouveau mode de financement.

3.177 Les régies, dont le rôle est de s'entendre concrètement avec les entreprises ambulancières, essaient de négocier avec elles, mais sans marge de manœuvre suffisante. Bien entendu, désireuses de maintenir autant que faire se peut leur marge de profit, les entreprises tentent de ressusciter la notion de paramètres.

3.178 La modification des règles du jeu par le ministère provoque encore aujourd'hui un mécontentement généralisé. Comme les négociations des contrats ne reposent plus sur des règles claires, le débat se transforme en revendications ponctuelles. De ce fait, le ministère et les régies, incapables de justifier leur position, prêtent le flanc à l'avalanche des demandes que ne peuvent manquer de présenter les entreprises. Il s'ensuit que la signature des contrats requiert de plus en plus d'énergie de part et d'autre.

3.179 Actuellement, le ministère et les régies ne peuvent se convaincre qu'ils paient un juste prix pour des services ambulanciers de qualité. Pourtant, ce n'est pas faute d'avoir consenti de lourds investissements. Les raisons de cette incertitude sont nombreuses.

3.180 D'une part, il est peu probable que le ministère obtienne un juste prix, compte tenu d'une allocation des ressources largement déficiente (voir la section précédente).

Actuellement, le ministère et les régies ne peuvent se convaincre qu'ils paient un juste prix pour des services ambulanciers de qualité.

3.181 D'autre part, puisque le ministère n'a pas proposé de nouveau mode de financement, il s'ensuit que l'ancien système, pourtant déficient, renaît sous une forme à peine modifiée. Il impose les mêmes règles, quelle que soit la taille de l'entreprise et peu importe le type de territoire (urbain, suburbain ou rural).

3.182 Au Québec, si l'on exclut Urgences-santé, 127 propriétaires d'entreprises se chargent de 283 995 transports dans 187 zones. Pour y parvenir, ils emploient plus de 2 250 techniciens ambulanciers et disposent de 421 véhicules ambulanciers selon ce que mentionnent les permis.

3.183 Le tableau 5 expose quelques données qu'il importe d'examiner de plus près. Près de 41 p. cent des entreprises ne possèdent qu'une seule ambulance et elles assument 6 p. cent des transports effectués dans la province, soit moins de un transport par jour pour chacune. Par ailleurs, 13 entreprises (10 p. cent) assument à elles seules 62 p. cent du transport dans les régions, soit en moyenne 2,5 transports par jour par ambulance.

Tableau 5 **Portrait des entreprises ambulancières, 1996-1997**

Taille	Entreprises		Ambulances		Transports		Transport/jour/ ambulance
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre
Une ambulance	52	41	52	12	16 938	6	0,9
De 2 à 3 ambulances	50	39	117	28	63 239	22	1,5
De 4 à 6 ambulances	12	10	55	13	27 548	10	1,4
Plus de 6 ambulances	13	10	197	47	176 270	62	2,5
	127	100	421	100	283 995	100	

Sources : Données cumulées à partir de SITA, 1996-1997, et des régies régionales.

3.184 Ces chiffres nous obligent à constater qu'un modèle ne saurait être appliqué indifféremment à toutes les entreprises ambulancières québécoises sans que certaines soient forcément avantagées ou défavorisées, selon le point de vue.

3.185 Il se trouve que le mode de financement adopté à l'origine accorde à chacune des entreprises certaines sommes servant à couvrir, entre autres choses, le service de réponse téléphonique et les frais de gestion et profit.

3.186 Au seul chapitre de la réponse téléphonique, le ministère verse 4,5 millions de dollars par année aux entreprises, dont environ 40 p. cent n'est nullement tributaire du nombre de transports effectués, mais ne dépend que du nombre de zones. Pourtant, il tombe sous le sens qu'il n'est pas plus coûteux d'assurer la réponse téléphonique pour, par exemple, trois zones que pour une zone unique. Bien entendu, les frais fixes ne triplent pas !

3.187 De même, le ministère octroie chaque année 17,3 millions de dollars au total en frais de gestion et profit sans en nuancer le partage en fonction, par exemple, des économies d'échelle possibles. Là encore, la gestion de 500 transports n'entraîne pas des frais administratifs deux fois plus élevés que si une entreprise n'en effectue que la moitié.

3.188 Le mode de financement actuel déplaît à plusieurs entreprises. Cependant, la plupart des grandes entreprises ambulancières ont accepté les offres des régies. En outre, elles rachètent les permis disponibles au prix d'environ 200 000 dollars par ambulance. Pendant ce temps, les petites entreprises refusent de signer les contrats proposés, sous prétexte qu'elles sont incapables de maintenir le service aux conditions offertes.

3.189 La structure actuelle comporte nombre d'embûches. D'abord, le permis étant exclusif, l'accès au territoire et à ses habitants est réservé, dans la plupart des cas, à une seule entreprise, quel que soit le degré de l'urgence. Ensuite, comme la régie est captive des entreprises détenant les permis pour chaque zone, elle n'a aucun intérêt à comparer les prix ou les services. Par conséquent, le transport ambulancier échappe à toutes les règles de la saine concurrence.

Le transport ambulancier échappe à toutes les règles de la saine concurrence.

3.190 Les résultats de la formule actuellement en vigueur sont navrants. Par exemple, le seul examen des coûts entre deux zones semblables révèle des disparités inexplicables, ce qui laisse à penser que le ministère n'obtient pas un juste prix pour les services ambulanciers qu'il offre à la population. Ainsi, dans deux zones semblables, le prix de revient par transport varie de 278 dollars pour une entreprise de grande taille à 780 dollars pour une petite entreprise.

3.191 Par ailleurs, la productivité des entreprises varie énormément, même en milieu urbain où l'on serait pourtant en droit de s'attendre à une certaine homogénéité. Dans les faits, pour un même nombre d'heures payées, le nombre de transports varie du simple au triple.

3.192 Nous savons qu'il serait vain d'escompter que l'on puisse obtenir un coût similaire pour chaque transport, sans égard à la zone, en perdant de vue les disparités qui influent forcément sur ce coût. Si tous les Québécois obtenaient un service équivalent et que le ministère obtienne partout un juste prix pour le transport ambulancier, le prix de revient ne serait pas partout identique. Pour s'en convaincre, il suffit de songer à la densité de population de certaines régions, à l'éloignement de certaines autres, etc.

3.193 Convenons que la notion de juste prix n'est pas facile à cerner, car les chiffres ne suffisent pas à l'établir : il faut aussi se préoccuper de qualité, surtout si l'on songe à l'utilité première des services préhospitaliers d'urgence.

Il n'est pas davantage possible de récompenser une entreprise particulièrement performante que de pénaliser celle qui ne se soucie pas de qualité.

3.194 À l'heure actuelle, le contrat proposé aux entreprises ambulancières ne comporte aucun objectif de performance au chapitre de la qualité, pas même quant au temps-réponse. Par conséquent, il ne prévoit aucune pénalité si les services laissent à désirer. En outre, comme les sommes versées sont fixées à l'avance, que les objectifs ministériels de temps-réponse soient atteints ou non, il n'est pas davantage possible de récompenser une entreprise particulièrement performante que de pénaliser celle qui ne se soucie pas de qualité.

3.195 Pourtant, dans un guide conçu pour établir des contrats avec des services ambulanciers, l'American Ambulance Association précise qu'il est essentiel de prévoir de fortes pénalités si la performance de l'entreprise est insatisfaisante.

3.196 Enfin, les règles établies interdisent à la régie de mettre fin à l'un de ces contrats, quelle qu'en soit la raison. Comme on le voit, son pouvoir de négociation et de persuasion est fort limité.

3.197 Par ailleurs, les régies ne s'assurent pas que les sommes versées sont utilisées aux fins prévues. Au chapitre des vérifications que néglige la régie, notons la couverture du territoire et l'utilisation des véhicules dont on ne sait si elles correspondent au contrat. Or, le déploiement des ressources dans le territoire influe directement sur le délai d'arrivée sur les lieux d'un incident. Une erreur en cette matière peut avoir des conséquences dramatiques.

3.198 D'un autre côté, les régies allouent certaines sommes aux entreprises pour payer des salaires aux techniciens ambulanciers de garde, mais elles ne vérifient pas si cet octroi est bien utilisé aux fins prévues ni n'imposent de correctif si des indices leur permettent de croire que tel n'est pas le cas. Pire encore, une entreprise a même été autorisée par la régie à ne pas remplacer un technicien ambulancier durant les jours fériés, sous prétexte que son contrat n'a pas été indexé.

3.199 Il résulte donc de ce manque de contrôle des régies sur les entreprises que la qualité du service pourrait en souffrir sur plusieurs plans : moins d'ambulances mises en circulation, entretien des véhicules négligé, fournitures médicales vétustes, etc.

3.200 Quant à Urgences-santé, elle dessert un territoire fortement urbanisé. Son financement, contrairement à celui des entreprises ambulancières, est assorti de normes de qualité à respecter. En effet, elle est tenue d'atteindre les objectifs ministériels de temps-réponse puisqu'elle constitue une corporation étatisée. Cependant, même dans ce cas, le ministère ne sait pas si les fonds publics qu'il investit dans cette entreprise sont judicieusement utilisés.

3.201 De façon générale, il est reconnu que les services préhospitaliers performants répondent, aux États-Unis, à des standards établis à moins de neuf minutes dans 90 p. cent du temps pour les interventions en zone urbaine considérées comme urgentes. Or, Urgences-santé ne parvient à ce résultat que pour 70 p. cent de ses appels urgents. Elle ne rencontre l'objectif ministériel québécois, qui est de moins de huit minutes dans 90 p. cent des cas, que dans 59 p. cent du temps.

3.202 Pourtant, Urgences-santé est équipée pour trier les appels et déterminer leur degré d'urgence, ce qui n'est pas le cas dans la plupart des municipalités du Québec. Par conséquent, le temps-réponse d'Urgences-santé devrait être plus court qu'ailleurs. Nous avons constaté que ce n'était pas forcément le cas. Par exemple, à Repentigny, les techniciens ambulanciers arrivent sur les lieux en moins de huit minutes dans 49 p. cent des cas, tandis qu'à Pierrefonds, municipalité comparable et desservie par Urgences-santé, ils n'y parviennent que pour 20 p. cent des appels déjà triés comme étant urgents.

3.203 Il faut cependant convenir que le temps-réponse moyen d'Urgences-santé en ce qui concerne les appels urgents reste plus court qu'ailleurs au Québec : elle respecte un délai moyen de moins de 13 minutes pour 90 p. cent des transports plutôt que de moins de 18 à 28 minutes ailleurs.

3.204 Par ailleurs, Urgences-santé est une entreprise de grande taille qui serait à même de bénéficier d'économies d'échelle. Pourtant, ses coûts administratifs représentent 17 p. cent de son budget tandis que, en région, les sommes consenties aux régies et aux entreprises à ce chapitre totalisent 16 p. cent. Cette différence est d'autant plus étonnante que ces sommes incluent une marge de profit assurant une rentabilité aux 127 entreprises privées.

3.205 Nous avons recommandé au ministère de revoir le mode de financement des services préhospitaliers d'urgence et d'y intégrer des normes de qualité ou de les préciser, le cas échéant, pour s'assurer de payer un juste prix.

3.206 Nous avons recommandé aux régies régionales de veiller à ce que les sommes qu'elles consentent aux entreprises ambulancières soient utilisées au mieux.

Encadrement médical

3.207 Contrairement aux salles d'urgence où le médecin est sur place, les services préhospitaliers d'urgence offrent de l'aide à des gens en détresse par l'intermédiaire de personnes qui ne sont pas soutenues par une présence médicale et qui n'ont pas reçu une formation aussi poussée que le personnel des centres hospitaliers. Dans ce contexte, l'encadrement médical des premiers répondants et des techniciens ambulanciers revêt toute son importance.

3.208 Depuis que le ministère a déposé ses orientations, des gestes concrets ont permis d'amorcer la mise sur pied de l'encadrement médical. Cette tâche a été confiée à des coordonnateurs médicaux dans chacune des régions. En outre, on a amélioré la formation des techniciens ambulanciers et adopté des protocoles d'intervention clinique pour encadrer leurs gestes et ceux des premiers répondants. Cependant, d'autres améliorations sont nécessaires à plusieurs égards si l'on veut assurer la qualité des services offerts aux citoyens.

Responsabilité médicale

3.209 Le coordonnateur médical de chaque région régionale, un médecin, est responsable d'assurer l'encadrement quant à la formation, aux normes, à la procédure et aux protocoles ainsi qu'à l'assurance-qualité des services préhospitaliers. Le directeur médical assume ces fonctions à Urgences-santé.

La législation québécoise n'attribue à personne de responsabilité médicale liée aux actes des techniciens ambulanciers.

3.210 Malgré cette structure, le coordonnateur médical n'a aucune autorité sur les premiers répondants ni sur les techniciens ambulanciers. Son seul pouvoir est de retirer à un technicien le droit d'utiliser un défibrillateur. Il ne peut pas retirer une carte de compétence, ni empêcher quiconque d'exercer s'il n'a pas réussi sa formation ou s'il a posé un geste fautif à d'autres égards. En effet, la législation québécoise n'attribue à personne de responsabilité médicale liée aux actes des techniciens ambulanciers. En outre, la convention collective prévoit qu'il doit y avoir eu au moins trois échecs à un même cours de formation avant que l'on puisse sévir contre un technicien.

3.211 À titre d'exemple, une entreprise ambulancière n'est pas parvenue à congédier un technicien qui avait échoué ses cours de formation à de multiples reprises pendant huit ans. Une autre a dû maintenir en poste un ambulancier qui s'était fait retirer son permis de conduire ainsi que le droit d'utiliser le défibrillateur.

Formation des techniciens ambulanciers et des premiers répondants

3.212 Le profil de formation de base des techniciens ambulanciers du Québec est assez disparate car, au cours des années, les exigences de formation sont passées progressivement de 150 heures en 1980 à 840 heures aujourd'hui.

3.213 En 1993, cette formation de base étant considérée comme insuffisante, le comité des experts médicaux du ministère a statué qu'il fallait ajouter cinq cours de formation pour rehausser les compétences des techniciens ambulanciers.

3.214 La formation et la certification, qui relèvent de chaque région régionale et d'Urgences-santé, sont soumises aux ressources financières disponibles ainsi qu'au bon vouloir des entreprises ambulancières qui doivent libérer les techniciens en temps et lieu. Par ailleurs, le ministère n'a pas fixé de date à partir de laquelle tous les cours deviennent obligatoires pour conserver le droit d'exercer du technicien ambulancier. Cinq ans après la décision ministérielle, huit des dix régions visitées n'ont pas encore offert la totalité des cinq cours supplémentaires.

3.215 En outre, le renouvellement de la carte de technicien ambulancier n'est pas partout tributaire de la réussite d'un ou de plusieurs cours obligatoires. Un technicien peut continuer de prodiguer des soins même s'il ne réussit pas certains cours jugés importants, par exemple le traitement des traumatisés, pourtant une clientèle à risques.

3.216 Enfin, il n'existe aucune norme provinciale quant à la fréquence de certification, si bien que, pour le cours de réanimation cardiorespiratoire par exemple, la certification doit être obtenue de nouveau tous les ans, tous les deux ans ou même tous les quatre ans selon la région, sans qu'il y ait de relation avec la fréquence d'exposition plus ou moins grande à des arrêts cardiaques.

3.217 Quant aux premiers répondants accrédités par les régions régionales, ils ont suivi le cours de formation de 45 heures mais, une fois encore, la fréquence de mise à jour varie sans justification.

3.218 Les régions et Urgences-santé ne s'assurent pas avec la même fréquence que les techniciens ambulanciers et les premiers répondants conservent en tout temps leurs aptitudes à prodiguer des soins de qualité.

Un technicien peut continuer de prodiguer des soins même s'il ne réussit pas certains cours jugés importants, par exemple le traitement des traumatisés, pourtant une clientèle à risques.

Encadrement des techniciens ambulanciers et des premiers répondants

3.219 Certaines urgences réclament des soins particuliers susceptibles de réduire la mortalité ou la morbidité des blessés ou des malades : brûles, lésion au système nerveux, intoxication, allergie, etc. Pour encadrer les gestes à poser dans de tels cas, les techniciens ambulanciers et les premiers répondants disposent de plusieurs protocoles d'intervention clinique.

3.220 Or, bien que plusieurs rapports d'enquête de coroner fassent état de dérogations aux divers protocoles, le seul qui est révisé systématiquement pour les techniciens ambulanciers est celui qui a trait au défibrillateur, parce que le Collège des médecins l'exige. Cependant, l'utilisation du même outil par les premiers répondants ne fait pas toujours l'objet d'une révision aussi régulière.

3.221 Il serait pourtant plus que souhaitable de mieux encadrer les premiers répondants. En effet, dans la région de Montréal, certains d'entre eux se servent d'épinéphrine (epipen) pour traiter une allergie grave alors que même les techniciens ambulanciers n'en ont pas le droit.

3.222 Les critères de classification des dérogations relatives à l'utilisation du défibrillateur sont plus ou moins sévères d'une région à l'autre. Par exemple, une région, affichant un taux de dérogation de 10 p. cent, définit une dérogation majeure comme une déviation importante du protocole qui aurait pu compromettre la sécurité du patient ou des autres acteurs. Une autre, avec un taux de 16 p. cent, estime que l'oubli de prendre le pouls avant ou après une analyse est une dérogation majeure. Une autre encore ne considère que la perforation de l'œsophage comme dérogation majeure et elle obtient un taux de 0,4 p. cent. Il en résulte que, pour une même action fautive, un technicien ambulancier peut perdre le droit d'utiliser le défibrillateur tandis que, ailleurs, un autre le conserve.

3.223 Plusieurs régies ne connaissent pas les résultats sommaires de cette révision qui est confiée aux médecins des centres hospitaliers, pas plus d'ailleurs que les résultats du suivi des dérogations majeures. Elles sont difficilement en mesure de prévenir les manquements graves et d'ajuster la formation en conséquence.

3.224 Par surcroît, comme chaque régie et Urgences-santé sont responsables de s'assurer de la qualité du travail des techniciens ambulanciers et qu'il n'y a pas d'échange d'information entre elles et les entreprises ambulancières, les employeurs ne sont pas en mesure d'identifier, à l'embauche, un technicien ambulancier qui serait suspendu ou qui aurait été jugé coupable de dérogation majeure dans une autre région. Par conséquent, un technicien suspendu dans une région pour des raisons graves pourrait, en théorie, continuer à exercer ailleurs.

3.225 La qualité des soins dispensés en cas de traumatisme majeur a également une influence marquante sur la mortalité et la morbidité. Pourtant, sauf la vérification du choix du centre hospitalier - ce qui est fait de façon sporadique -, aucune autre révision n'est faite du travail des techniciens ambulanciers pour détecter les dérogations au protocole et ajuster la formation en conséquence.

3.226 Une régie a procédé, de façon ponctuelle, à la révision des cas de traumatologie traités pendant deux mois par une entreprise ambulancière : dans 29 p. cent des cas, le protocole n'avait pas été bien appliqué.

3.227 L'encadrement médical nécessite des sommes importantes : 2 016 dollars par technicien ambulancier à Montréal et 526 dollars, en moyenne, dans les autres régions du Québec en 1996-1997. De plus, Urgences-santé emploie des médecins et des superviseurs sur la route et certaines régions embauchent des techniciens instructeurs, des formateurs et même des superviseurs. Pourtant, à l'exception de l'utilisation du défibrillateur, il n'existe aucun processus formel d'encadrement des premiers répondants et des techniciens ni de reddition de comptes pour leurs interventions.

À l'exception de l'utilisateur du défibrillateur, il n'existe aucun processus formel d'encadrement des premiers répondants et des techniciens.

Soutien médical aux techniciens ambulanciers

3.228 Les coordonnateurs médicaux confirment la nécessité d'offrir du soutien aux techniciens pour qu'ils puissent notamment arrêter les manœuvres de réanimation en cas de mort évidente ou de mort apparente, quand une personne inapte refuse le transport et, dans certains cas, pour les autoriser à administrer des médicaments.

3.229 En région, le soutien médical accordé aux techniciens ambulanciers n'est pas structuré et les communications radio ne permettent pas de l'offrir à distance. En effet, les ambulanciers peuvent rarement communiquer avec les urgences des hôpitaux, n'ayant pas de base radio ni de téléphone cellulaire. Plusieurs centres hospitaliers se disent prêts à offrir ce soutien mais d'autres n'y sont pas disposés.

3.230 À Urgences-santé, des médecins sont disponibles pour offrir un soutien médical par radio ou sur les lieux de l'intervention aux techniciens qui en font la demande. Ils ont en outre dressé la liste des situations précises où les ambulanciers devraient obtenir un soutien téléphonique. Cependant, les techniciens n'adhèrent pas à cette formule car, disent-ils, ils sont habitués à se débrouiller seuls et les protocoles d'intervention leur semblent suffisamment complets.

3.231 Urgences-santé ignore le type et le nombre d'interventions des médecins présents à la centrale de coordination. Elle ne connaît pas leur emploi du temps et peut difficilement quantifier leur apport même si près de 666 000 dollars leur sont versés annuellement.

3.232 Bien entendu, le soutien médical est d'autant plus utile que la durée du trajet vers le centre hospitalier est longue ; pourtant, il est moins bien structuré en région.

3.233 Nous avons recommandé au ministère

- de définir les pouvoirs et les responsabilités du coordonnateur médical en ce qui a trait aux actes posés par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers ;
- de déterminer un échéancier pour rendre obligatoire les cours de formation essentiels au maintien du droit de pratique des techniciens ambulanciers ;
- de déterminer à quelle fréquence les aptitudes professionnelles doivent être certifiées de nouveau, tant en ce qui concerne les premiers répondants que les techniciens ambulanciers ;
- de définir le soutien médical qu'il désire offrir aux techniciens ambulanciers.

3.234 Nous avons recommandé aux régies régionales et à Urgences-santé

- de s'assurer que les exigences ministérielles en matière de certification sont respectées ;
- d'uniformiser les critères de classification des dérogations pour l'ensemble du Québec ;
- de partager l'information au sujet des suspensions et des dérogations majeures concernant les techniciens ambulanciers à leur emploi ;
- de s'assurer du respect des protocoles d'intervention clinique utilisés par les premiers répondants et les techniciens ambulanciers et d'en rendre compte.

3.235 Nous avons recommandé à Urgences-santé

- de s'assurer que les techniciens ambulanciers utilisent le soutien médical lorsque besoin en est ;
- de connaître et d'évaluer l'emploi du temps de ses médecins.

Évaluation de la performance des services préhospitaliers

Temps-réponse

3.236 L'appréciation de la qualité des services préhospitaliers d'urgence passe d'abord par un examen du chronométrage. Tous les moments, depuis la réception de l'appel jusqu'à ce que l'ambulance soit de nouveau disponible, sont enregistrés soit par une centrale de coordination, une centrale de répartition, une entreprise ambulancière ou par le technicien ambulancier lui-même. Notons que le temps d'intervention du centre 9-1-1 n'est généralement pas connu : il n'est donc pas inclus dans le temps-réponse.

3.237 Dans certaines régions ou parties de région non desservies par une centrale de coordination ou de répartition, les appels ne sont pas enregistrés ; par conséquent, les régies ne peuvent confirmer la précision des délais. Il arrive donc que, dans certains cas, le chronométrage ne soit pas suffisamment juste pour analyser les temps-réponse avec exactitude.

3.238 Dans le secteur des soins préhospitaliers d'urgence, il est reconnu que le délai le plus critique d'un transport se situe entre l'appel et l'arrivée sur les lieux. À cet égard, les orientations ministérielles fixent un délai en fonction du type de territoire. Ces balises ne concernent que les services ambulanciers, sans tenir compte d'autres intervenants comme les premiers répondants.

3.239 Dans quelques municipalités du Québec, les premiers répondants et les services ambulanciers collaborent étroitement pour faire face aux urgences médicales. Pourtant, la seule mesure disponible pour apprécier la qualité des services est le temps-réponse des ambulances, même en présence de premiers répondants.

3.240 Les services ambulanciers, selon le type de territoire qu'ils desservent (urbain, suburbain, rural), doivent se rendre sur les lieux en moins de 8, 12, 30 minutes pour 90 p. cent des transports urgents. Cet objectif est imprécis, car le ministère n'a défini ni la notion de territoire (zone ambulancière, municipalité, etc.), ni celle de transport urgent.

3.241 En effet, les systèmes d'information des régions où il n'y a pas de centrale de coordination ne permettent de distinguer que les transports interétablissements – c'est-à-dire ceux qui émanent des établissements de santé – des transports primaires, soit tous ceux qui proviennent du domicile ou d'un lieu public. Les systèmes ne permettent pas de dissocier les urgences réelles des transports primaires. De plus, les objectifs sont liés à un type de territoire, sans égard à la nature de l'urgence. Il est pourtant reconnu que les arrêts cardiaques nécessitent une intervention rapide, quel que soit le lieu.

Les objectifs de temps-réponse sont liés à un type de territoire, sans égard à la nature de l'urgence.

3.242 Chaque régie peut délimiter les territoires et, par conséquent, les objectifs qui s’y rattachent. Par contre, le ministère n’est pas en mesure de savoir si des territoires semblables obtiennent des services comparables. En effet, des territoires similaires se sont vu fixer des objectifs de temps-réponse différents.

3.243 La classification des territoires selon que l’on utilise la notion de zone ambulancière ou celle de municipalité ne donne pas les mêmes résultats. En effet, 55 p. cent des 1 509 municipalités étudiées appartiennent à un type de territoire différent de celui de leur zone ambulancière. Ainsi, dix municipalités urbaines sont classifiées dans des zones rurales. Pour ces municipalités, les objectifs de temps-réponse sont de 30 minutes comparativement à moins de 8 minutes pour les municipalités urbaines en zone urbaine. Certaines de ces municipalités affichent même des temps-réponse moins performants que ceux de la zone (par exemple, 17,2 p. cent des transports en moins de huit minutes pour la municipalité et 21,4 p. cent pour la zone).

3.244 De 1989-1990 à 1996-1997, bien que des sommes importantes aient été investies dans les services préhospitaliers d’urgence, les délais moyens d’arrivée sur les lieux ne se sont que légèrement améliorés dans la plupart des régions ; ils se sont même détériorés dans quatre régions.

Les objectifs ministériels ne sont atteints dans aucune zone urbaine et suburbaine.

3.245 Sur les 157 zones dont nous connaissons les données chronométriques, on compte 38 zones de type rural, 65 de type suburbain et 54 de type urbain. Les objectifs ministériels ne sont atteints dans aucune zone urbaine et suburbaine, où s’effectuent pourtant plus de 84 p. cent des transports primaires, tandis que 73,7 p. cent des zones rurales y parviennent. Il faut cependant noter que ces objectifs visent tous les transports primaires lorsqu’il n’y a pas de centrale de coordination permettant de distinguer les transports urgents.

3.246 Le tableau 6 montre le pourcentage des appels pour lesquels le délai d’arrivée sur les lieux est de moins de huit minutes par région administrative. Ces données tiennent compte de tous les transports primaires, sauf à Montréal-Laval où l’on n’indique que les transports effectués en urgence absolue. D’ailleurs, dans une région dont nous avons calculé le temps-réponse pour les arrêts cardiaques, le délai est encore beaucoup trop long pour ce type d’incident, bien qu’il soit meilleur que pour la totalité des transports (moins de huit minutes dans 44,9 p. cent des cas par rapport à moins de huit minutes dans 56,4 p. cent des cas).

Tableau 6 Pourcentage des appels pour lesquels le délai d'arrivée sur les lieux est de moins de huit minutes par région administrative, 1996-1997

Région	Réponse (sur place) aux appels en moins de huit minutes (%)
01 Bas-Saint-Laurent	50,9
02 Saguenay – Lac-Saint-Jean	57,6
03 Québec	46,8
04 Mauricie – Bois-Francs	58,5
05 Estrie	56,4
06-13 Montréal-Laval	59,3
07 Outaouais	44,9
08 Abitibi-Témiscamingue	n.d.
09 Côte-Nord	40,2
11 Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	35,6
12 Chaudière-Appalaches	38,9
14 Lanaudière	40,4
15 Laurentides	38,9
16 Montérégie	50,7

Note : La région 10 est desservie par les régions régionales du Saguenay – Lac-Saint-Jean et de l'Abitibi-Témiscamingue.
Source : Données cumulées à partir de SITA, 1996-1997.

3.247 Pour raccourcir les délais et réduire le nombre de véhicules nécessaires, le ministère demande également que le temps passé au centre hospitalier soit abaissé autant que possible. L'objectif est de moins de 15 minutes dans 90 p. cent des cas. Ni Urgences-santé ni les entreprises ambulancières n'atteignent cet objectif ; de 10 à 41 p. cent seulement des transports, selon la région, sont conformes à cette consigne.

Taux de survie

3.248 En plus du chronométrage, le taux de survie aux arrêts cardiaques et aux traumatismes sévères sert souvent d'étalon pour mesurer l'efficacité relative des services préhospitaliers d'urgence. Cependant, le ministère n'a établi aucun barème de performance en cette matière.

3.249 L'évaluation des services d'urgence réclame aussi de suivre le malade jusqu'à sa sortie du centre hospitalier et d'apprécier des résultats plus difficilement mesurables, par exemple le niveau de capacité fonctionnelle d'un patient. Cependant, c'est la seule façon de vérifier si, dans les faits, les gestes posés ont porté fruit.

3.250 Les données requises pour décrire un incident traité en urgence sont éparpillées dans divers lieux : régies régionales, entreprises ambulancières, centres hospitaliers, ministère. Dans la plupart des cas, aucun lien n'existe entre ces différentes sources de renseignements. Même, dans certaines régions, il est difficile d'obtenir les informations qui permettraient de suivre l'évolution de l'état du patient. Par conséquent, rares sont les études qui analysent l'issue définitive des cas.

3.251 Par ailleurs, comme on le sait, le rapport d'intervention rempli par les techniciens ambulanciers est le seul outil qui permet d'établir des indicateurs concernant la nature des cas traités, le respect des protocoles, les besoins de formation initiale et continue. Or, le contenu de ce rapport n'est pas toujours vérifié et, dans plusieurs régions, il n'est même pas saisi.

3.252 Les régies ne cumulent pas d'information sur les taux de survie aux traumatismes sévères ou de réduction de la morbidité. Il est vrai que certains moyens ont été pris pour faire le suivi de ces cas : la désignation des centres de traumatologie, la création d'un comité ministériel, la mise en place du registre de traumatologie. Cependant, à notre connaissance, ni le ministère ni les régies n'ont mené d'étude sérieuse à ce sujet.

Près de la moitié des régions ne mesurent pas le taux de survie aux arrêts cardiaques.

3.253 Quant au taux de survie aux arrêts cardiaques, près de la moitié des régions ne le mesurent pas. Là où ce taux est calculé, la méthode pour le faire n'est pas uniforme : par exemple, certaines régions excluent les individus dont les chances de réanimation sont nulles (temps-réponse supérieur à dix minutes) ou elles ne distinguent pas les cas avec ou sans séquelles. Par conséquent, les données disponibles, qui varient de 3,3 à 20 p. cent, sont difficilement comparables. Même si d'autres pays connaissent des taux semblables, les meilleurs services – ceux qui ont établi tous les maillons de la chaîne – affichent des taux d'environ 30 p. cent.

Évaluation et reddition de comptes

3.254 Le ministère n'est absolument pas en mesure de savoir si le service qu'il offre aux Québécois en matière de services préhospitaliers d'urgence est celui qu'il souhaite. En effet, il ne détient pas l'information qui lui permettrait d'évaluer la performance globale du système et les améliorations à y apporter. Les dernières données qui esquisaient un portrait des services (volume d'activité, temps-réponse, etc.) datent de 1993-1994. Depuis, le ministère n'a pas cherché à connaître l'état de situation.

3.255 Les régies produisent un rapport annuel sur toutes leurs activités ; certaines présentent le nombre de transports et les activités des centrales, mais d'autres ne font aucune mention des services préhospitaliers d'urgence. Urgences-santé produit également un rapport annuel et un rapport de performance. On y trouve toutes les données nécessaires à la compréhension des activités : nombre de transports, temps-réponse, utilisation des ressources, etc. Toutefois, comme les régies régionales, elle ne rend pas compte de l'efficacité des services en ce qui concerne le degré d'atteinte des objectifs, la satisfaction de la clientèle ainsi que les coûts et la productivité.

3.256 Le ministère n'a jamais réévalué l'ensemble des services. Pourtant, les seuls objectifs qu'il a fixés, qui se rapportent au temps-réponse, ne sont pas atteints. À ce jour, il n'a posé que peu de gestes pour modifier les façons de faire en matière de délimitation des zones, quant au nombre des véhicules et à leurs points de distribution, aux quarts de travail, au financement des services, etc.

3.257 L'évaluation des services préhospitaliers d'urgence permettrait notamment de songer à de nouvelles façons de faire, par exemple de trier les appels de manière à ne traiter que les urgences – en offrant toutefois un autre type de réponse pour les autres cas –, de recourir davantage aux premiers répondants afin de libérer les ressources ambulancières pour les cas critiques, de modifier les objectifs signifiés aux services ambulanciers pour tenir compte d'une utilisation accrue des premiers répondants, etc.

L'évaluation des services préhospitaliers d'urgence permettrait notamment de songer à de nouvelles façons de faire.

3.258 Nous avons recommandé au ministère

- **de préciser les objectifs attendus des services préhospitaliers d'urgence en matière de réduction de la mortalité et de la morbidité et de fixer les délais d'arrivée sur les lieux d'un incident en fonction de la nature des cas ;**
- **d'exiger l'information nécessaire à l'évaluation de la performance globale des services préhospitaliers d'urgence et de procéder à cette évaluation.**

3.259 Nous avons recommandé aux régies régionales et à Urgences-santé

- **de vérifier et de saisir les rapports d'intervention des techniciens ambulanciers, le cas échéant ;**
- **de conclure des ententes avec tous les partenaires concernés pour recueillir les informations qui permettraient de suivre l'évolution des patients ;**
- **de mesurer de façon uniforme le taux de survie aux arrêts cardiaques et aux traumatismes ;**
- **de rendre compte de la performance des services préhospitaliers de leur région.**

3.260 Commentaires du ministère : « Les commentaires et les recommandations qui se dégagent du rapport de vérification rejoignent les préoccupations que nous avons dans ce dossier. Le ministère a d'ailleurs déjà amorcé une démarche de révision en profondeur de ces services, dans laquelle les conclusions de vos travaux seront prises en considération. »

3.261 Résumé des commentaires des régies régionales : Commentaires généraux et orientations. Les régies régionales soulignent la justesse des constatations concernant l'état actuel de la situation. Elles reconnaissent que nos observations reflètent la réalité des services préhospitaliers d'urgence et que ce rapport fait ressortir les principales difficultés rencontrées dans l'ensemble des régions du Québec.

Les régies reconnaissent également la pertinence des recommandations. Une régie mentionne qu'elles rencontrent les préoccupations des régies et qu'elles devraient contribuer à la réorganisation déjà entreprise. Elle ajoute toutefois que les arrimages qui doivent se faire entre les différents partenaires devront s'intensifier afin d'optimiser l'utilisation des ressources en place. Une autre régie signale que le rapport « donne des directives éloquentes au ministère afin que celui-ci envisage une restructuration de l'environnement dans lequel les régies pourront envisager de faire les transformations pertinentes à l'amélioration des services préhospitaliers ».

Sans remettre en question le bien-fondé des recommandations énoncées, certaines régies dénoncent le peu de moyens réels qu'offre le système actuel pour leur mise en application. La réponse d'une régie est révélatrice à ce chapitre : « Pour les régies régionales, vous comprendrez que plusieurs [des recommandations] demeureront des vœux pieux tant et aussi longtemps qu'il n'y aura pas une révision de la législation et du mode de financement des services préhospitaliers d'urgence de la part du ministère. »

Une régie mentionne que l'équité interrégionale en matière de financement permettrait sûrement de corriger une partie des problèmes. Une autre abonde dans le même sens. Une troisième fait valoir qu'il faut mieux gérer les contrats fermés avec les entreprises ambulancières.

La plupart des régies souhaitent une analyse en profondeur et une importante réflexion au regard des services préhospitaliers d'urgence par toutes les instances gouvernementales concernées. Une régie souhaite qu'on arrive « à trouver une infrastructure qui empêchera d'être en perpétuelle négociation, ce qui gruge nos énergies et nous empêche d'axer nos actions sur l'implantation et le suivi de la gestion de la qualité ».

Une autre régie attribue la difficile actualisation du plan national de développement des services préhospitaliers « Chaque minute compte ! » dans sa région aux contradictions légales sur le partage des compétences en matière de développement des services préhospitaliers d'urgence, ce qui, selon elle, crée des ambiguïtés, voire des contradictions entre le ministère et les régions. Elle constate que « le modèle prescrit à toutes les régions (urbaines ou rurales), par le ministère, ne tient pas compte des particularités rurales des régions et des savoir-faire régionaux, tout en reconnaissant que ce modèle est inspiré des meilleurs éléments nord-américains et européens, qui sont pour la plupart très

efficaces dans un milieu fortement urbanisé comme Montréal et Québec. En effet, en ne tenant pas compte des particularités engendrées par les variations de densité de population, du faible degré d'urbanisation de notre région et de l'éloignement, le modèle national contrevient au développement régional d'un service efficace. Le corollaire de ce faible taux de densité de population a un effet sur le volume d'interventions préhospitalières d'urgence dans la région. Ce qui questionne le bien-fondé d'établir dans la région des éléments du modèle national qui s'implanterait davantage dans un milieu fortement urbanisé. »

Formation de la population en premiers soins et en réanimation. *Une régie se demande encore pourquoi le mandat de formation de la population a été confié aux régies, « compte tenu que le milieu de formation ciblé appartient au ministère de l'Éducation. Les régies régionales auraient dû être en support comme partenaires dans ce dossier pour s'assurer de la qualité et du suivi. » Une autre régie précise qu'« il faudrait s'assurer de l'accessibilité de ces formations à l'ensemble de la population qui, sur une base volontaire, s'avèrent souvent très coûteuses. Elles devraient être dispensées gratuitement et sur une grande échelle afin d'atteindre un bon pourcentage de la population formée à intervenir en situation d'urgence [...]. »*

Certaines régies ayant participé au projet pilote ont précisé que les cours de formation implantés dans plusieurs polyvalentes se donnent toujours. Une régie qui s'implique dans la coordination d'activités au cours du mois de la RCR considère que ce n'est pas suffisant. « Le tout exige une stratégie d'ensemble et une volonté ministérielle. »

Système 9-1-1. *Certaines régies signalent que les services dépendent de partenaires sur lesquels elles n'ont aucun pouvoir. Elles peuvent seulement sensibiliser ou influencer les municipalités pour qu'elles adhèrent au système 9-1-1. Une régie fait valoir qu'à cause de l'entente du CRTC avec les municipalités, il a été impossible, malgré deux ans d'efforts, d'établir un partenariat avec les municipalités. Toutefois, une régie nous signale l'augmentation récente de la population desservie par le système 9-1-1 dans les municipalités rurales et suburbaines de sa région. Une autre s'inquiète de ce que le cadre législatif actuel exclue les régies régionales de la gestion des centres 9-1-1, même en ce qui concerne le contrôle de la qualité et qu'il empêche les régies régionales d'exiger une reddition de comptes de la part de ces organisations. Elle ajoute : « Nous croyons que les ministères devraient être plus insistants et même coercitifs pour exiger des municipalités l'implantation du système 9-1-1 sur tout le territoire québécois. » Une autre régie insiste sur l'importance que « ce système se dote de standards de qualité et qu'il ne soit pas géré par des utilisateurs du système (policiers, pompiers, ambulanciers). »*

Coordination des appels. *Une régie rappelle qu'elle est tributaire des orientations ministérielles et que la loi actuelle ne donne pas la marge de manœuvre nécessaire aux régies « pour organiser une centrale avec tout ce que cela comporte au niveau de la réception de l'appel, du support à l'appelant, de l'affectation des ressources et de l'encadrement médical. Il en résulte des divergences d'opinion et des luttes intestines. » Une autre régie s'inquiète des coûts liés à une centrale de coordination.*

Premiers répondants. Certaines régies ont mentionné que les services de premiers répondants dépendent de partenaires tout à fait indépendants d'elles. Une régie rappelle que, bien que la raison d'être d'un service de premiers répondants soit l'amélioration du temps-réponse, la faisabilité de son implantation est mise en doute à cause du financement nécessaire à sa mise sur pied et à son maintien. Elle ajoute que plusieurs régies ont approché les élus municipaux pour implanter un tel service et elle croit que, si la demande ne vient pas des résidents eux-mêmes, la difficulté risque de persister. Une autre ajoute qu'« il serait intéressant de bien asseoir les attentes du MSSS en regard du monde municipal aussi bien au niveau de centres d'appels 9-1-1 que des premiers répondants. Ce sont les deux premiers maillons de la chaîne de survie. Une fois cette étape franchie, il sera plus facile aux régies régionales, en fonction de leurs rôle et responsabilités, de collaborer avec les municipalités dans le développement de ces deux volets. »

Utilisation des services ambulanciers. Une régie confirme que les transports interétablissements dans sa région ont des répercussions sur la disponibilité et la rapidité des services d'urgence. Une autre insiste sur l'importance d'avoir la possibilité de choisir un véhicule multifonctionnel qui adapterait sa conduite à l'urgence de la demande dans les zones à faible densité de population. Elle rappelle que la notion d'urgence devrait inclure les transports interétablissements qualifiés d'urgents, c'est-à-dire lorsque la personne n'est pas encore rendue dans l'établissement où elle recevra des soins définitifs. De plus, elle considère qu'« il est important que le transport interétablissements se fasse en diminuant le kilométrage à vide. Cela suppose que la notion de zone disparaisse et qu'il y ait une bonne gestion de cette demande. »

Une autre régie note qu'il faudrait fixer des critères et élargir à d'autres types de transport les services préhospitaliers « dans le but de générer des économies et améliorer le service ». Finalement, une régie suggère, dans le même ordre d'idées, qu'il soit légalement permis d'avoir recours à un type de véhicule d'urgence déjà en opération dans des compagnies minières et forestières de sa région pour gérer le risque qu'un incident se produise alors que le territoire est longtemps à découvert à cause d'un transport interétablissements.

Allocation des ressources. Les régies souscrivent entièrement à nos recommandations en rappelant que l'allocation des ressources et des quarts de travail par zone doit reposer sur des bases légales solides et claires pour être efficace. Une régie signale l'importance d'aborder le problème du grand nombre de petites entreprises ambulancières afin que les régies puissent dégager des consensus sur la gestion du service ambulancier.

En ce qui concerne l'octroi de 40 000 dollars par véhicule proposé par le ministère en 1995 à titre de compensation pour en éliminer, une régie mentionne que les entreprises n'étaient aucunement intéressées car l'évaluation, à leur avis, est d'environ 200 000 dollars ; une autre signale que les régies étaient loin de pouvoir octroyer, dans les faits, une telle compensation. Une troisième régie ajoute que, « dans la majorité des cas, les grandes entreprises qui achètent les permis à 200 000 dollars sont des coopératives ambulancières qui bénéficient de conditions de financement particulières qui leur permettent de faire ces offres d'achat à l'encontre des entreprises privées qui ne peuvent se le permettre, ce qui pourrait entraîner un risque de monopole des coopératives ».

Financement du transport ambulancier. Une régie affirme que, « pour s'assurer que le ministère et les régies puissent se convaincre qu'ils paient un juste prix pour des services ambulanciers de qualité, il faut que le tout passe par une rationalisation et une transformation de ce réseau, le tout supporté par des modifications législatives ». Une autre régie fait remarquer qu'il est exact de dire qu'il n'y a pas d'objectif de performance au chapitre de la qualité et du temps-réponse. Elle ajoute que « certaines régies ont tenté d'en fixer, mais [que] les entreprises s'y objectent car elles craignent d'assumer la responsabilité des résultats qui ne seraient pas atteints ».

Une régie ajoute ce commentaire : « Le monopole d'investissement vers Montréal met en évidence les inégalités envers les régions quand on sait qu'aucun montant de développement ni d'indexation n'a été consenti aux autres régions depuis plus de trois ans. Cette situation appauvrit les chances de faire un véritable développement régional des services préhospitaliers d'urgence et, pire encore, rétrograde les services existants. »

Encadrement médical. Une régie confirme que « la qualité des services passe par des programmes de formation et de recertification, par un bon encadrement médical et par un contrôle des actes posés par les techniciens ambulanciers ». Quant à la formation des techniciens ambulanciers et des premiers répondants, une régie ajoute que les programmes obligatoires doivent être bien définis et tendre vers une certaine uniformité entre les régies régionales. « De plus, il s'avère essentiel de s'assurer de la formation continue de ces intervenants, compte tenu de leur rôle très pointu en situation d'urgence. » Pour ce faire, elle considère comme nécessaire de protéger des budgets garantissant la formation sur une base continue.

Une autre régie souligne que « les pouvoirs et les responsabilités doivent être soutenus par un cadre législatif limpide ». Elle ajoute qu'il est « illusoire de prétendre faire un contrôle de qualité si en premier lieu les bases de données ne sont pas accessibles partout et uniformisées sur tout le territoire québécois ».

Évaluation de la performance des services préhospitaliers. Une régie signale que « l'évaluation de la performance des services en regard du temps-réponse exige l'enregistrement du chronométrage des événements ainsi que le découpage du territoire selon des objectifs de temps-réponse ». Elle ajoute que les objectifs de performance doivent être mesurables et qu'ils doivent être étayés par des systèmes d'information qui permettent d'en mesurer l'atteinte et de comparer les régions entre elles.

Une autre régie indique que la classification territoriale retenue « ne correspond pas à la réalité territoriale québécoise et engendre des distorsions dans l'évaluation des critères de performance. Nous croyons que si le ministère lie la performance des services préhospitaliers d'urgence aux concepts de zone démographique, alors il devra mieux définir ces concepts de zone urbaine, semi-urbaine et rurale. »

Une régie a élaboré un processus de consultation avec les commettants des services préhospitaliers afin de trouver des pistes de solution pour réduire les délais d'intervention des services préhospitaliers d'urgence.

Une autre régie met en doute la fiabilité des données relatives au temps-réponse et elle mentionne que les données importantes à obtenir sont les temps-réponse pour les cas urgents et plus particulièrement les arrêts cardiorespiratoires. La centrale de coordination de cette région a produit pour la première fois des données pour l'année terminée le 31 mars 1998. Ces chiffres sont les suivants pour les appels urgents (priorité 1) : 59,4 p. cent des appels en moins de 8 minutes dans les territoires urbains ; 45,0 p. cent en moins de 12 minutes dans les territoires suburbains et 25,7 p. cent en moins de 15 minutes dans les territoires ruraux. Pour les arrêts cardiaques, les pourcentages sont respectivement 71,0, 63,5 et 28,1 p. cent.

3.262 Commentaires de la Corporation d'Urgences-santé de la région de Montréal métropolitain : « Il est toujours périlleux de comparer des systèmes dont les valeurs et les fondements politiques sont basés sur des consensus et des réalités socioéconomiques différents. En ce sens, en comparant Urgences-santé aux systèmes canadiens et américains, il est nécessaire de le faire en y apportant certaines nuances qui peuvent nous aider à mieux comprendre les écarts. Cela ne veut pas dire ne pas travailler à être plus efficace et efficient. Cela nous permet d'illustrer les nuances et les contraintes pouvant affecter l'atteinte des objectifs que l'on s'est fixés.

« **Une première nuance :** 80 p. cent des personnes transportées à Urgences-santé le sont gratuitement ; 80 p. cent des personnes transportées à Toronto paient entre 45 et 240 dollars par transport ; en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Manitoba, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, 100 p. cent des personnes transportées assument un coût variant de 44 à 274 dollars.

« Cette situation fait-elle en sorte que les utilisateurs de ces services les utilisent de façon beaucoup plus spécifique qu'au Québec ? Cette situation pourrait-elle expliquer en partie les constats faits par le Vérificateur général notamment quant : à l'adéquation entre les besoins réels du demandeur de service et la réponse d'Urgences-santé : aux transports inutiles et non requis ; à un plus grand nombre d'appels à Urgences-santé (un appel par 5,6 habitants à Urgences-santé versus un appel par 6,7 habitants à Toronto) ; à la difficulté de gérer les appels où le transport est jugé non requis (oméga) ; à la nécessaire évaluation par un médecin du transport requis médicalement ; à la difficulté à concentrer nos efforts et nos ressources sur les appels d'urgence vitale et ainsi atteindre les standards nord-américains quant à notre temps-réponse ?

« **Autres nuances.** Les coûts d'Urgences-santé.

- La demande est différentes : Urgences-santé effectue 80 transports par 1 000 habitants tandis qu'ailleurs au Québec c'est 53 transports.
- L'effet métropole : en neuf mois, 152 événements spéciaux avec ressources affectées directement à l'événement (ex. : Grand Prix, Festival de feux d'artifice) et 380 autres événements avec ressources ; assistance aux pompiers et policiers (deuxième alerte, appel à la bombe, etc.) ; couverture des territoires voisins en manque de ressources.
- 60 p. cent des cadres d'Urgences-santé sont des cadres affectés aux opérations. Qu'ils soient cadres ou pas, leur présence est nécessaire aux opérations.

- *Le coût kilométrique : 63 cents à Urgences-santé versus 36 cents à Toronto. La comparaison est boiteuse. Urgences-santé déplace continuellement sa flotte sur son territoire alors que Toronto utilise 36 casernes. À Urgences-santé, la caserne des techniciens ambulanciers est l'ambulance. Il faudrait donc pour comparer ajouter les coûts de loyer et d'entretien des 36 casernes de Toronto.*

*« **Les recommandations.** La Corporation accepte la totalité des recommandations qui lui sont faites. Plusieurs sont d'ailleurs réalisées ou en voie de réalisation. Depuis mai dernier, une entente et une procédure sont appliquées avec les autres régions afin de réduire les transports à vide lors de transports interétablissements ; notre flotte est actuellement de 119 ambulances ; 92 p. cent des techniciens ambulanciers ont été recertifiés ; 68 p. cent des techniciens ambulanciers ont été formés en traumatologie et en évaluation clinique.*

*« **Conclusion.** Nous voudrions noter que la Corporation d'Urgences-santé a la capacité technique, l'expertise opérationnelle et humaine de traiter le volume d'appels et la répartition des ambulances d'autres régions, et ce, à moindre coût.*

« Signalons enfin qu'Urgences-santé fait de la réduction de son temps-réponse une priorité absolue. La répartition assistée par ordinateur, implantée le 7 octobre 1998 avec des investissements de l'ordre de 7,2 millions de dollars, devrait réduire ce temps-réponse d'une minute. »

Région		Population		Budget		Transports		Budget par transport \$	Budget par véhicule \$	Transports par 1000 hab.	Nombre de véhicules d'après les permis
		Nombre	%	M\$	%	Nombre	%				
01	Bas-Saint-Laurent	215 908	3,0	8,8	4,5	13 247	3,0	660	273 231	61	32
02	Saguenay – Lac-Saint-Jean	283 661	3,9	7,1	3,7	16 119	3,6	443	310 252	57	23
03	Québec	724 961	9,9	14,2	7,3	35 874	8,0	395	382 903	49	37
04	Mauricie – Bois-Francs	520 215	7,1	12,6	6,5	30 935	6,9	407	285 838	59	44
05	Estrie	282 004	3,8	7,1	3,7	16 464	3,7	433	296 956	58	24
07	Outaouais	306 147	4,2	7,9	4,1	19 521	4,4	403	302 516	64	26
08	Abitibi-Témiscamingue	166 104	2,3	6,4	3,3	7 418	1,7	865	320 738	45	20
09	Côte-Nord	106 626	1,4	4,3	2,2	5 779	1,3	742	214 306	54	20
10	Nord-du-Québec*	8 262	0,1	0,5	0,3	n/d	n/d	n/d	252 308	n/d	2
11	Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine	108 533	1,5	6,3	3,2	7 995	1,8	781	240 283	74	26
12	Chaudière-Appalaches	379 464	5,2	10,1	5,2	18 655	4,2	543	306 709	49	33
14	Lanaudière	371 160	5,1	8,8	4,6	19 917	4,4	443	315 310	54	28
15	Laurentides	415 181	5,7	10,4	5,4	25 147	5,6	415	336 666	61	31
16	Montérégie	1 273 155	17,5	21,4	11,0	66 924	14,9	320	285 723	53	75
Ensemble des régions		5 161 381	70,7	125,9	65,0	283 995	63,5	444	299 013	55	421
06-13	Montréal-Laval	2 134 263	29,3	67,8	35,0	163 456	36,5	415	446 208	77	152
Ensemble du Québec		7 295 644	100	193,7	100	447 451	100	433	338 060	61	573

* Sur le plan administratif, cette région est desservie par les régies régionales de l'Abitibi-Témiscamingue et du Saguenay – Lac-Saint-Jean. Les données relevées concernent uniquement la partie de la région desservie par la régie du Saguenay – Lac-Saint-Jean. Les autres données sont présentées avec celles de l'Abitibi-Témiscamingue.

Sources : Répertoire des municipalités du Québec, 1997 ; ministère de la Santé et des Services sociaux ; régies régionales ; Régie de l'assurance-maladie du Québec.