

# PLAN DE MISE EN ŒUVRE DE LA TRANSFORMATION DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Document de travail

## Rédaction et collaboration

### **Membres :**

Michel C. Doré, président  
Caroline Barbir  
André Caron  
Robert H. Desmarteau  
Pierre Guérette  
Anie Samson  
Nadine Séguin  
Serge Tremblay

### **Analystes :**

François Gravel  
Denis Lamothe  
Vanessa Pérugien  
Maxime Robitaille-Fortin

### **Administration :**

Sabrina Boughlali  
Johanne Chrétien

## Table des matières

Introduction .....	3
I. Contexte .....	4
II. Vision .....	6
III. Opportunités et bénéfices .....	7
IV. Gestion du changement.....	8
V. Conditions de succès .....	12
VI. Invitation à agir .....	13
Diagramme d'ordonnancement de la transformation du système préhospitalier d'urgence .....	0

## Introduction

En 2019, le ministère de la Santé et des services sociaux (MSSS) du Québec mandatait le Comité national pour la transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) afin d'en élaborer une nouvelle architecture. Au terme de ses travaux, le CNTSPU propose une transformation des services en un système préhospitalier d'urgence combinant les capacités du réseau de la santé, des organisations municipales et de la société civile.

Les travaux du CNTSPU ont permis aux acteurs du milieu de définir collectivement un système préhospitalier d'urgence répondant aux besoins du Québec d'aujourd'hui et de demain. Le nombre et la diversité des mesures à mettre en place requiert une approche programmée mobilisant dans l'action chacun des acteurs et partenaires de l'écosystème préhospitalier.

La transformation constitue un changement de la culture préhospitalière. Il ne suffit plus de transporter les personnes en détresse vers l'urgence de l'hôpital mais plutôt de mobiliser une combinaison de ressources pouvant leur apporter les soins et services nécessaires et adaptés à leur contexte. Si certaines mesures appartiennent spécifiquement à la sphère gouvernementale, plusieurs autres dépendent de la volonté et de la capacité de la société civile québécoise à concerter ses efforts.<sup>1</sup> Autrement dit, la réaction préhospitalière d'urgence est l'affaire de tous.

Le présent plan de mise en œuvre pave la voie pour matérialiser les orientations de la politique gouvernementale préhospitalière proposée ainsi que les mesures décrites dans « Le Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence québécois : Une transformation vitale pour tous. »

Il appartient maintenant à chacun des participants de l'écosystème préhospitalier d'agir et d'apporter sa pierre à l'édification d'un système à la hauteur de leurs ambitions.

---

<sup>1</sup> Mintzberg. (2015). *Rebalancing Society*. Berret-Koehler Publishers, Inc. Repéré à <https://www.bkconnection.com/>

## I. Contexte

Les travaux du CNTSPU s’inspirent des différents rapports qui ont jalonné l’histoire de ce système en évolution. Ce document résulte de 18 mois de travaux menés par le CNTSPU. Il propose une démarche afin de matérialiser les mesures de transformation du système préhospitalier québécois.

### **La transformation du système préhospitalier d’urgence**

Ce plan de mise en œuvre de la transformation du système préhospitalier d’urgence reflète notamment les divers documents produits par le CNTSPU au cours de son mandat :

- La Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d’urgence québécois : Ensemble pour la vie;
- Le Cadre de développement du système préhospitalier d’urgence québécois : Une transformation vitale pour tous;
- Le Cadre de développement des pratiques préhospitalières au Québec;
  - Le guide numéro 1 : Régulation,
  - Le guide numéro 2 : Paramédecine de soins avancés;
  - Le guide numéro 3 : Paramédecine communautaire;
- Une organisation nationale préhospitalière d’urgence : un système pour le Québec;
- Le Cadre de gestion intégrée des risques pour le système préhospitalier d’urgence : version préliminaire;
- Le diagnostic actualisé;
- Le portrait financier de l’écosystème préhospitalier;
- L’écosystème préhospitalier;
- Le rapport préliminaire réponse préhospitalière à la pandémie de la covid-19.

La démarche du CNTSPU a interpellé plus de 3000 heures personnes de consultations au Québec et à l’étranger, sollicitant plus de 1000 personnes représentant plus de 150 organisations. La participation des patients et usagers tout au long du processus a permis de définir les cibles à atteindre pour le système préhospitalier d’urgence.

La pandémie de la COVID-19 a constitué un véritable test de robustesse des services préhospitaliers d’urgence. Le rapport préliminaire de la réponse préhospitalière à la pandémie de la COVID-19 met en évidence les défis qui persistent à ce jour et qui se concentrent notamment autour des cinq thèmes suivants:

- La santé et la sécurité;
- Les protocoles;
- La coordination;
- La gestion des ressources humaines;
- La gestion de l’information et des communications.

La fin anticipée de la réponse à la pandémie donnera l'opportunité d'examiner les performances cliniques, professionnelles, opérationnelles et organisationnelles du système afin d'identifier les améliorations souhaitables. Ce retour d'apprentissage contribuera au contexte de la transformation préhospitalière.

La transformation marque aussi la richesse de la diversité des acteurs qui constituent l'écosystème préhospitalier d'urgence et qui se mobilisent pour assurer des soins appropriés aux personnes en détresse partout au Québec. Si les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et les services ambulanciers demeurent la face la plus visible du système, la survie des personnes en détresse dépend de la disponibilité, de la rapidité et de la complémentarité de nombreuses ressources en commençant par des citoyens formés et sensibilisés à l'importance d'intervenir rapidement pour administrer les soins vitaux aux personnes en détresse.

La transformation vise à optimiser la contribution de chacun dans une perspective systémique. Pour ce faire, le milieu compte sur la veille stratégique, les développements technologiques mais surtout sur l'engagement du personnel et des partenaires de l'écosystème préhospitalier d'urgence pour réaliser sa mission.

## II. Vision

Le succès de la transformation du système préhospitalier d'urgence repose en partie sur le partage d'une vision commune et rassembleuse mobilisant les capacités de chacun afin de renforcer les bénéfices et retombées pour tous.

Le MSSS a préparé la politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence qui repose sur cinq orientations :

- **Orientation 1** : L'éducation et la prévention
- **Orientation 2** : Des soins sécuritaires intégrés et de qualité dans un continuum d'intervention fluide
- **Orientation 3** : L'accessibilité et la disponibilité des ressources appropriées
- **Orientation 4** : La gestion contemporaine des ressources
- **Orientation 5** : Une gouvernance habilitante

Cette politique constitue la pierre d'assise de la mobilisation. Ainsi, il importe de manière prioritaire d'en soutenir le processus de consultation et d'adoption. Une fois adoptée, cette politique précisera les cibles à atteindre et les attentes envers les participants de l'écosystème préhospitalier.

Tel qu'énoncé dans la Politique gouvernementale préhospitalière et dans le Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence québécois, la charte du système préhospitalier d'urgence définit la vision suivante :

*Offrir un service qui engage tous les acteurs à dépasser les attentes et les besoins des citoyens qui font appel aux services préhospitaliers d'urgence, par l'utilisation des meilleures pratiques.*

Il importe donc de partager cette vision et d'en promouvoir la pertinence de manière soutenue auprès de l'ensemble de la société civile québécoise. Cette vision doit teinter les stratégies et moyens de communication, de recrutement et de rétention, de formation et de reconnaissance des contributions de tous au sein du système centré sur les besoins des personnes en détresse.

### III. Opportunités et bénéfices

La transformation du système préhospitalier d'urgence représente un changement de paradigme dans l'organisation des services offerts aux citoyens. Le système poursuit son évolution d'un système de transports de patients vers un système de soins. À cet égard, le type de soins et services offerts dans le domaine préhospitalier évoluera. Pensons notamment à la paramédecine communautaire, les soins avancés ou les soins critiques. De plus, la destination de soins s'adaptera aux besoins du patient plutôt que de se limiter à l'urgence d'un centre hospitalier. Cette vision présente des opportunités de revoir les façons traditionnelles d'offrir les services pour le bénéfice premier des patients et contribuer à la fluidité des services de santé.

Cette transformation préhospitalière se réalise dans un contexte d'interrelations. Elle doit s'arrimer à un ensemble de politiques publiques qui visent l'amélioration de notre bien-être collectif. En retour plusieurs politiques publiques renforcent les mesures de transformation souhaitées. Les politiques relatives au développement durable, à l'occupation et la vitalité du territoire, à la sécurité civile, à la transformation numérique, à l'électrification des transports, à la valorisation des métiers et professions illustrent ces interactions. Ainsi, les mesures de transformation doivent s'inspirer de ces politiques et y contribuer.

La mise en œuvre de la transformation doit également tirer profit d'une veille identifiant ces opportunités d'arrimage. Tel que décrit dans le Cadre de référence sur la gestion du changement<sup>2</sup>, les efforts consacrés au changement pourront se traduire en bénéfices tels que :

- Le respect et la mobilisation des personnes concernées par le changement;
- Le renforcement d'une culture organisationnelle de gestion ouverte au changement;
- Le perfectionnement des compétences et l'acquisition de nouveaux comportements qui dynamisent le changement;
- La valorisation des paramètres du changement (budgets, échéanciers, objectifs poursuivis, etc.);
- L'obtention des résultats souhaités et optimisés;
- Le soutien et l'accroissement de la performance organisationnelle.

La transformation préhospitalière peut aussi miser sur les nombreuses synergies potentielles avec les milieux municipal, associatif, professionnel et communautaire pour en décupler les bénéfices porteurs de valeur. Les nombreux projets d'implantation de défibrillateurs externes automatisés (DEA) et l'élargissement de la desserte des services de premiers répondants dans plusieurs communautés illustrent avec éloquence ces opportunités de synergie.

---

<sup>2</sup> Secrétariat du Conseil du trésor. (2015). La gestion du changement : Cadre de référence. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2477985>



#### IV. Gestion du changement

La transformation du système préhospitalier d'urgence s'inscrit dans un processus de gestion du changement. À cet égard, le Secrétariat du Conseil du trésor a défini un cadre de référence<sup>3</sup> découlant de l'orientation « Accroître la capacité à gérer le changement dans une perspective stratégique » (Gouvernement du Québec, 2013).

Dans ce cadre, le gouvernement reconnaît que la fonction publique, par son historique, son interface politico-administrative ainsi que ses diverses composantes administratives, organisationnelles, opérationnelles et humaines, constitue un environnement complexe. La gestion du changement incarne alors une pratique pleine de défis qui doit s'inscrire dans une approche systémique et dynamique visant une transformation stratégique des processus opérationnels qui façonnent tant les dimensions structurelles associées aux balises visibles que les dimensions culturelles qui animent les comportements et les attitudes des acteurs organisationnels.

Il importe que ces processus reposent sur des principes fondamentaux. En ce sens, le Cadre de référence de la gestion du changement émet les six principes directeurs suivants (La gestion du changement : Cadre de référence, p11) :

1. L'engagement et le leadership des sous-ministres et dirigeants d'organismes;
2. L'alignement des actions sur la vision et les priorités organisationnelles;
3. L'analyse et la prise en considération de la capacité organisationnelle;
4. Le respect des personnes;
5. L'engagement et la coresponsabilité des acteurs concernés;
6. L'inscription de la gestion du changement dans une perspective d'amélioration continue.

La gestion du changement doit également s'effectuer selon un modèle permettant de faciliter la transformation du système en inscrivant la démarche dans un espace de temps défini. Pour la présente transformation, le délai établi est de 36 mois. Cela implique des changements échelonnés et structurés pour poser les fondements d'une amélioration continue sur un horizon de 10 ans. Concernant la transformation du système préhospitalier d'urgence, le CNTSPU s'appuie sur le modèle en huit étapes de Kotter (1996)<sup>4</sup> :

1. Créer un sentiment d'urgence.
2. Former une coalition.
3. Développer une vision.
4. Communiquer la vision.
5. Inciter à l'action.
6. Démontrer des résultats à court terme.
7. Bâtir sur les premiers résultats pour accélérer le changement.
8. Ancrer les nouvelles pratiques dans la culture d'entreprise.

---

<sup>3</sup> Secrétariat du Conseil du trésor. (2015). La gestion du changement : Cadre de référence. Repéré à <http://collections.banq.qc.ca/ark:/52327/bs2477985>

<sup>4</sup> J. P. Kotter. (1996). *Leading change*. Business Review Presse of Harvard Business School

### **a. Les chantiers**

La mise en œuvre de la transformation invite au démarrage de chantiers. Chaque mesure ou groupe de mesures prendra la forme d'un chantier qui mobilisera une équipe représentative de l'écosystème préhospitalier capable de traduire dans l'action, les orientations, projets et objectifs prévus dans le Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence.

Chaque chantier élaborera un plan de projet conformément au Cadre de développement des pratiques préhospitalières. La coordination de ces chantiers s'effectuera par le comité de mise en œuvre de la transformation avec l'appui du Bureau de projet du MSSS. Une telle approche favorise la cohérence et la synergie parmi les différents chantiers.

Certains chantiers dépendent de la réalisation de chantiers préalables. À cet effet, il convient de maintenir un suivi rigoureux pour assurer la cohérence des arrimages au fur et à mesure et ce, en dépit des enjeux ou opportunités qui peuvent influencer la mise en œuvre de certains chantiers. Par exemple, les rapports d'intervention électroniques sont tributaires de la transformation numérique.

Il convient aussi d'identifier les chantiers ayant un calendrier de réalisation strict (exemple : la Politique). Il en va de même pour les mesures qui s'arriment à d'autres processus possédant leur propre échéancier (ex : la négociation des nouveaux contrats à budget, le pacte fiscal, le renouvellement de la répartition assistée par ordinateur, etc.) puisqu'un délai indu pourrait avoir des impacts à long terme sur la mise en place de la transformation.

Les intervenants du milieu préhospitalier d'urgence de l'ensemble du territoire doivent contribuer activement dans les équipes de chantier et ainsi façonner conjointement les services à la population et les systèmes leur permettant de développer harmonieusement leurs compétences. Cette volonté d'une large participation s'applique aux premiers intervenants (PI), répondants médicaux d'urgence (RMU), premiers répondants (PR), techniciens ambulanciers paramédics (TAP) de tous niveaux, infirmières et médecins mais aussi aux gestionnaires de services et organisations impliquées dans le milieu préhospitalier.

La présence de représentants des usagers ou des patients au sein des équipes de chantier apporte une valeur ajoutée en assurant que la mise en œuvre vise avant tout l'intérêt des patients et des citoyens. De même, la participation du milieu académique permet de réinvestir les savoirs et les meilleures pratiques tout en leur fournissant des opportunités de poursuivre l'avancement de la recherche sur le préhospitalier.

La constitution des équipes de chantier permet au milieu de s'approprier la transformation, d'y investir leurs contributions et de développer une culture commune. Dans ce même esprit, il apparaît souhaitable d'appliquer aux chantiers une structure de co-direction valorisant les principaux partenaires.

## **b. La mobilisation**

La transformation du système préhospitalier d'urgence s'inscrit dans une démarche de concertation et de mobilisation de tous les acteurs de l'écosystème. Il importe que l'équipe de pilotage de la mise en œuvre de la transformation du MSSS poursuive les efforts pour fédérer les acteurs et les maintenir engagés tout au long du processus de transformation. Cette mobilisation devra perdurer au-delà de la phase de transformation pour assurer une amélioration continue du système.

Le présent plan de mise en œuvre prévoit un déploiement des mesures permettant de maintenir un engagement actif des parties prenantes tout au long du processus. Cela permet à chacun de mieux s'approprier les changements opérés mais aussi de renforcer les arrimages limitant ainsi les éventuels angles morts.

L'engagement collectif nécessitera l'appui d'une stratégie de communication. Cette dernière permettra notamment d'informer les parties prenantes sur l'évolution de la transformation et les opportunités d'implications, mais aussi de diffuser et de soutenir les projets tel que la politique gouvernementale du système préhospitalier d'urgence qui précise les objectifs à atteindre.

La stratégie de communication devra inclure un calendrier perpétuel des campagnes de sensibilisation pertinentes au mandat du système préhospitalier d'urgence afin de planifier la préparation et la diffusion des messages relatifs aux services offerts et aux formations pour les citoyens.

Le maintien de la mobilisation des parties prenantes repose sur un suivi régulier et transparent des réalisations de l'écosystème préhospitalier. À cet égard, la mise en place d'un congrès annuel sur le préhospitalier constitue une occasion récurrente visant notamment à préciser les objectifs et perspectives pour l'année à venir, et surtout à reconnaître et valoriser les partenaires dont les contributions se démarquent.

## **c. Les ressources humaines**

La transformation nécessitera plusieurs modifications des structures existantes entraînant des impacts sur le personnel. Par exemple, la création d'une organisation nationale mettra en commun les effectifs de plusieurs organisations différentes (ex : CCS). Cette situation implique une intégration des conventions collectives actuelles jusqu'au renouvellement ou la négociation des ententes contractuelles. Étant donnée la complexité inhérente à ce type de processus, l'équipe de transformation devra rapidement prévoir les arrimages avec l'ensemble des parties prenantes et les étapes nécessaires pour rencontrer les échéanciers fixés.

Dès le début du processus de transformation, un exercice de planification de la main-d'œuvre permettra d'identifier les mesures à mettre en place afin d'assurer une pérennité des ressources humaines. Le recrutement et la rétention du personnel seront des activités demandant une planification et une coordination avec les organismes d'enseignement afin

d'assurer un nombre de candidats suffisant pour répondre à la demande d'effectifs des différents services ou organismes.

Le développement professionnel des divers intervenants devra s'effectuer dans une optique de maintien de la continuité des services et de bâtir progressivement sur les connaissances et les compétences des intervenants. Par exemple, bien que l'élargissement du rôle des RMU puisse éventuellement permettre certaines tâches de régulation des demandes non-urgentes, il s'avère primordial d'assurer la dotation suffisante des postes permettant les activités de réponse aux demandes provenant du 9-1-1 ainsi que la répartition des ressources ambulancières. Le développement des rôles spécialisés dans tout l'écosystème repose sur une pratique de base commune, robuste et bien organisée.

## V. Conditions de succès

La mise en œuvre de la transformation du système préhospitalier d'urgence constitue un projet d'envergure. À cet égard, l'expérience nous enseigne qu'en matière de gestion de projet, l'omission de critères de succès met en péril la réussite du projet.

Tel que mentionné dans le Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence québécois : Une transformation vitale pour tous, le CNTSPU a rencontré des organisations ayant réalisé des transformations majeures notamment pour leur système d'information. Ces organisations ont toutes mis de l'avant l'importance d'identifier des conditions de succès pour garantir la réalisation des objectifs<sup>5</sup>.

De façon plus précise pour la transformation du système préhospitalier cela se traduit d'abord par l'établissement d'orientations claires de la direction du MSSS dont l'appui stratégique permettra d'accompagner les réflexions et de soutenir la planification et la prise de décision de l'équipe de pilotage de la transformation.

La MSSS veillera à ce que cette équipe de projet soit dédiée à la transformation et dotée des ressources, des compétences et de l'autorité permettant la mise en œuvre des mesures de transformation. Cela permettra de garantir une cohérence dans la prise de décisions et la mise en œuvre des actions. Il importe d'opérer les améliorations du système dans le respect des meilleures pratiques et surtout la cohérence des mesures. À cet égard, l'équipe de pilotage devra s'appuyer sur le Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence, le Cadre de développement des pratiques préhospitalières ainsi que les trois guides relatifs à la paramédecine communautaire, de soins avancés et la régulation.

Tel que mentionné précédemment, la transformation du système préhospitalier implique un changement de paradigme tant dans la structure que dans la culture. Pour cette raison, la réussite de transformation du système préhospitalier repose sur le maintien d'une mobilisation soutenue et pérenne des partenaires de l'écosystème préhospitalier. Il importe d'élaborer une stratégie de communication spécifique à la gestion du changement pour chacune des parties prenantes. Cette stratégie devra prévoir notamment des activités de communication et de mobilisation soutenue ainsi que mesures de reconnaissance des contributions de chacun à la transformation.

En plus des différentes évaluations et des indicateurs qui permettront de faire le suivi de la mise en œuvre de la transformation, il importe de mettre en place une écoute sociale active. Ce concept s'ancre dans les mécanismes de veille stratégique par le biais des médias et des réseaux sociaux. Cela permettra notamment de collecter de l'information et de mesurer les impacts et retombées de la transformation du système sur la réputation de ses acteurs.

---

<sup>5</sup> Voir annexe 2 du Cadre de développement du système préhospitalier d'urgence québécois : Une transformation vitale pour tous

## VI. Invitation à agir

« Le changement a des conséquences réelles et importantes sur les personnes et les organisations, et l'attention qui doit lui être portée doit être proportionnelle aux succès souhaités » (La gestion du changement : Cadre de référence, p9)

Bien qu'il appartienne au MSSS d'établir les orientations, la mise en œuvre des mesures de transformation interpelle une diversité d'acteurs. Plusieurs des mesures (ex. l'éducation du public, les postes de secours vitaux, la desserte des premiers répondant) reposent particulièrement sur la volonté de chacun à agir.

À titre de citoyens nous jouons un rôle actif au sein de l'écosystème tour à tour à titre de patient dans son processus de soin, d'usager, de proche aidant ou de premier intervenant sachant reconnaître une situation de détresse, appeler les secours et apporter les soins vitaux initiaux. À cet égard, nous avons également la responsabilité de faire un usage plus judicieux du système préhospitalier d'urgence afin d'assurer la disponibilité des ressources pour les personnes en détresse vitale.

Les communautés, les entreprises et les organisations peuvent contribuer à la survie des personnes en détresse en maintenant des services de premiers secours adaptés aux risques et aux besoins des personnes. De tels services assurent non seulement la disponibilité de secouristes et de premiers répondants formés mais aussi de postes de secours bien équipés et accessibles en tout temps.

Les intervenants d'urgence (secouristes, policiers, pompiers, premiers répondants, techniciens ambulanciers paramédics) peuvent améliorer l'efficacité collective du système au profit des personnes en détresse en participant à la qualité et la continuité des soins, la coordination des interventions et la communication des informations.

Tous les acteurs des établissements de santé peuvent, sur la base de la pratique de la réciprocité<sup>6</sup>, améliorer leurs interfaces cliniques, opérationnels, communicationnels et logistiques avec le système préhospitalier d'urgence. Ces améliorations bénéficieront d'abord aux patients et usagers mais aussi à la complémentarité et la fluidité des services.

Les ordres professionnels peuvent également concerter leurs actions favorisant le respect des compétences, l'interdépendance des contributions et la complémentarité des expertises dans le but de valoriser la contribution de leurs membres au système préhospitalier d'urgence.

Le présent plan vous donne l'occasion d'apporter votre pierre à l'édification du système préhospitalier d'urgence, parce que chaque vie compte.

---

<sup>6</sup> L'essence de la réciprocité réside dans l'échange mutuel. Pour penser le juste échange, la réciprocité s'offre comme un métier à tisser entre les individus un réseau que l'on appelle le « capital social ». Pour ajouter à cette image du métier à tisser, disons que la réciprocité croise l'intérêt individuel et l'intérêt collectif où le premier est consciemment intéressé et le second volontairement désintéressé. Traduction. Botturi D., Rubertini, B, Desmarteau, R. and Lavalle. 2015. Chapter 10 "Investing in Social Capital in Emilia-Romagna region of Italy as a strategy for making public health work" in Social Capital Global Perspectives, Management Strategies and Effectiveness. New York, Nova Science Publishers

## Diagramme d'ordonnancement de la transformation du système préhospitalier d'urgence

Le diagramme de Gantt joint au présent document présente des mesures tributaires de certains encadrements législatifs ou réglementaires.

Un code de quatre couleurs appliqué à la police de caractère guidera le lecteur dans l'identification de ces mesures et des actions qui en découlent:

- **Orange** : mesures qui dépendent de la mise en place d'un ordre professionnel;
- **Jaune** : mesures qui dépendent des modifications législatives post-Covid;
- **Vert** : mesures qui dépendent de la mise en place de la nouvelle Loi sur les services préhospitaliers d'urgence;
- **Bleu** : mesures qui dépendent de nouveaux règlements.

Les mesures inscrites en noir sont applicables dès à présent, sans changements législatifs ou réglementaires spécifiques.

Les critères d'attribution du code de couleur reposent sur les conditions optimales de plein déploiement de la mesure. Il peut arriver que plusieurs possibilités permettent de rencontrer ces conditions. Par exemple la définition des encadrements de la diversification des champs et lieux de pratique des PI, PR, RMU, TAP-SA, TAP-SC, TAP-COM peut s'effectuer par application d'un nouveau règlement ou par la mise en place d'un ordre professionnel.











N°	Modèle	Nom de la tâche	2021				2022				2023				2024			
			Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4	Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4
72		1.2.8 Établissements receveurs pour les transports sanitaire hélicoptéré																
73		1.2.8.1 Priorisation des établissements receveurs et référents du transport sanitaire hélicoptéré																
74		1.2.8.2 Estimation sommaire des coûts d'infrastructures pouvant exploiter le transport sanitaire hélicoptéré																
75		1.2.8.3 Commande d'une étude coûts/bénéfices d'un programme hélicoptéré incluant les interventions primaires, secondaires et de sauvetage																
76		1.2.8.4 Dépôt de l'étude couts/bénéfices d'un programme hélicoptéré incluant les interventions primaires, secondaires et de sauvetage																
77																		
78		1.2.9 Transort allongé non urgent																
79		1.2.9.1 Élaboration d'un guide de référence pour l'utilisation de véhicules de transport allongé non urgent																
80		1.2.9.2 Dépôt du guide de référence pour l'utilisation de véhicules de transports allongés non urgent																
81		1.2.9.3 Appel d'offres pour le déploiement du transport allongé non urgent																
82		1.2.9.4 Déploiement des ressources de transport allongé non urgent																
83																		
84		1.2.10 Services de premiers répondants																
85		1.2.10.1 Identification des zones non-couvertes par des services PR																
86		1.2.10.2 Production d'un plan de mobilisation des municipalités pour l'ajout d'un service PR																
87		1.2.10.3 Mobilisation des municipalités pour l'ajout d'un service PR																
88		1.2.10.4 Rapport d'avancement de l'implantation des PR																
89																		
Projet : Plan de mise en oeuvre Date : Mar 21-06-29			Tâche		Récapitulatif du projet		Tâche manuelle		Début uniquement		Échéance							
			Fractionnement		Tâche inactive		Durée uniquement		Fin uniquement		Avancement							
			Jalon		Jalon inactif		Report récapitulatif manuel		Tâches externes		Progression manuelle							
			Récapitulative		Récapitulatif inactif		Récapitulatif manuel		Jalons externes									
Page 5																		





























N°	Modèle	Nom de la tâche	2021	2022	2023	2024
	Tâche		Tri 1	Tri 2	Tri 3	Tri 4
302		1.9.1.3 Formation et orientation des intervenants (en collaboration avec le MEES)				
303		1.9.1.4 Déploiement des nouveaux champs et lieux de pratique des PI, PR, RMU, TAP-SA, TAP-SC, TAP-COM				
304		1.9.1.5 Rapport d'avancement du déploiement des nouveaux champs et lieux de pratique des PI, PR, RMU, TAP-SA, TAP-SC, TAP-COM				
305						
306		1.10 Spécialisation des pratiques				
307		1.10.1 Analyse des opportunités de spécialisation des pratiques en regard de la nouvelle desserte (milieu isolé, bariatrique/soutien technique, tactique, sauvetage en hauteur et espace clos, nautique, CBRN, etc.)				
308		1.10.2 Définition des encadrements des nouvelles spécialisations en regard de la nouvelle desserte (milieu isolé, bariatrique/soutien technique, tactique, sauvetage en hauteur et espace clos, nautique, CBRN, etc.)				
309		1.10.3 Formation et orientation des intervenants (en collaboration avec le MEES)				
310		1.10.4 Déploiement des nouvelles spécialisations (milieu isolé, bariatrique, tactique, sauvetage en hauteur et espace clos, nautique, CBRN, etc.)				
311		1.10.5 Rapport d'avancement du Déploiement des nouvelles spécialisations (milieu isolé, bariatrique, tactique, sauvetage en hauteur et espace clos, nautique, CBRN, etc.)				
312						
313		1.11 Capital humain				
314		1.11.1 Planification de la main d'oeuvre				
315		1.11.1.1 Élaboration d'une planification de la main-d'œuvre (PMO)				
316		1.11.1.2 Identification et analyse des constats de la PMO				

Projet : Plan de mise en oeuvre

Date : Mar 21-06-29

Tâche

Fractionnement

Jalon

Récapitulative

Récapitulatif du projet

Tâche inactive

Jalon inactif

Récapitulatif inactif

Tâche manuelle

Durée uniquement

Report récapitulatif manuel

Récapitulatif manuel

Début uniquement

Fin uniquement

Tâches externes

Jalons externes

Échéance

Avancement

Progression manuelle

Page 18



