



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

Comité national de transformation du système préhospitalier

Une organisation nationale préhospitalière d'urgence : un système pour le Québec

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document est destiné au personnel du Ministère et est également disponible en version électronique sur le site intranet ministériel.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Tables des matières

Mot du président.....	1
Introduction.....	2
I. Le contexte sociopolitique de la transformation.....	3
II. La description des relations entre les principales organisations de la structure de gouvernance du système préhospitalier d'urgence	6
2.1. La Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique	7
2.2. Les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) (les établissements).....	8
2.3. L'organisation nationale	9
III. Les composantes de l'organisation nationale	12
3.1. « Les pôles »	14
3.2. Le comité des usagers.....	17
3.3. Le conseil clinique.....	18
3.3. Le comité de mobilisation préhospitalière	20
3.4. Le centre de traitement des demandes.....	21
IV. Les partenaires de l'organisation nationale	23
4.1. Les organisations ambulancières.....	23
4.2. Les services de premiers répondants	23
4.3. Les services de premiers répondants assumant des fonctions de transport.....	24
4.4. Les services aéromédicaux	25
V. L'architecture de la gouvernance de l'organisation nationale	27
VI. Les ressources humaines de l'organisation nationale	32
VII. Le financement de l'organisation nationale	33
Conclusion	34
Tableau synoptique	35
Bibliographie	36

Mot du président

En dépit des nombreux rapports qui ont jalonné l'histoire du système préhospitalier québécois, la question déterminante de sa structure optimale demeure. Ce document présente une organisation qui valorise la mobilisation des parties prenantes de l'écosystème préhospitalier d'urgence dans une vision commune soit celle d'assurer aux personnes en détresse des soins adaptés à leur condition.

Le système préhospitalier d'urgence fournit une contribution essentielle au système de santé québécois. Il assure, en interopérabilité avec les autres services d'urgence, une desserte du territoire pour répondre aux situations de détresse. De plus, il doit mobiliser les ressources de l'écosystème préhospitalier en vue d'optimiser la réponse citoyenne. Ces caractéristiques particulières du système préhospitalier d'urgence imposent la mise en place d'une structure dédiée et adaptée à ses expertises.

La proposition décrite dans ces pages résulte de dix-huit mois de travaux du Comité national de transformation des services préhospitaliers d'urgence (CNTSPU). Ces travaux ont permis d'abord d'identifier les besoins et attentes des usagers pour ensuite se pencher sur l'agencement des capacités actuelles et futures à y répondre. Il appartient, plus que jamais, au ministère d'assumer son leadership et de guider et soutenir les partenaires dans ce chantier de transformation.

Le temps est venu de donner au système préhospitalier d'urgence du Québec une organisation nationale permettant le déploiement optimal de ses compétences pour mieux répondre aux besoins de la population.

Introduction

En 2000, le Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence publiait son rapport *Urgences préhospitalières – Un système à mettre en place*. Inspiré de ce rapport, le gouvernement du Québec adopte en 2002, La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2) qui en confie aux établissements régionaux le développement, la gestion et l'exploitation.

En 2014, le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence publiait à son tour son rapport *Services préhospitaliers : Urgence d'agir*. L'essence de ce rapport vise à instaurer une gouvernance étatique pour l'ensemble du système préhospitalier québécois et d'en assurer l'évolution pour mieux répondre aux besoins de la population.

En 2019, le ministère de la Santé et des Services sociaux confiait au CNTSPU le mandat d'optimiser le système préhospitalier d'urgence du Québec dans le but de renforcer la contribution préhospitalière à la réduction de la mortalité et la morbidité des personnes en situation de détresse au Québec.

Le présent document décrit l'organisation nationale préhospitalière et ses principales composantes proposées par le CNTSPU en réponse aux lacunes identifiées dans le document *Le milieu préhospitalier en attente d'un système : un diagnostic actualisé* publié en 2020.

Cette proposition permet de migrer d'une réaction linéaire vers une réaction systémique en bâtissant sur les réalisations régionales des vingt dernières années et en implantant une structure optimale et une culture mobilisant l'ensemble de l'écosystème préhospitalier dans la mission collective d'assurer aux personnes en détresse les soins adaptés à leur condition.

I. Le contexte sociopolitique de la transformation

La réforme des soins préhospitaliers est attendue par les Québécoises et Québécois depuis plusieurs décennies¹. Pour atteindre les objectifs du ministère, l'organisation proposée devra offrir des solutions aux éléments identifiés dans le rapport préliminaire « Réponse préhospitalière à la pandémie COVID-19 », ainsi qu'au diagnostic actualisé « Le milieu préhospitalier en attente d'un système » produit par le CNTSPU en 2020.

Les principaux constats du diagnostic soulignent notamment :

- L'absence d'une mission et d'une vision explicite;
- Un écosystème en déficit de vision et de cohérence systémique;
- Une desserte territoriale incomplète;
- Une absence de la planification de la main-d'œuvre préhospitalière;
- Un encadrement régional inégal;
- Une réponse téléphonique à parfaire;
- Des services ambulanciers qui contribuent à l'engorgement des urgences;
- L'absence d'un système intégré de gestion de l'information des services préhospitaliers;
- Un encadrement financier sans redditions de comptes;
- Des initiatives de développement peu encadrées.

La notion d'urgence ne peut souffrir d'aucun retard. Tous les intervenants sollicités lors de situation d'urgence doivent créer une synergie de discernement de la culture d'urgence : le patient, sa famille, les intervenants de première ligne, les services préhospitaliers d'urgence et l'équipe de l'urgence au centre receveur. Tous sont porteurs de solutions et d'innovation pour modifier les trajectoires des patients. L'urgence doit devenir l'exception.

Au cours des trente dernières années, différents rapports sur l'organisation des services préhospitaliers, mis à jour dans le diagnostic actualisé du CNTSPU, ont mis en lumière les enjeux de gouvernance. Par ailleurs en 2020, le Vérificateur général du Québec a souligné que ces déficiences subsistent toujours². Ces constats confirment que les priorités de la transformation du système préhospitalier d'urgence concernent sa stratégie, sa gouvernance et son architecture. Pour traduire de façon opérationnelle ces trois notions organisationnelles, le CNTSPU retient les paramètres suivants :

- La gouvernance s'assure qu'une organisation construit son futur. Plus concrètement, les rôles d'accompagnement, de surveillance et d'arbitrage façonnent d'abord l'exercice d'une gouvernance probante;

¹ Fréchette (1992); Dicaire (2000); Ouellet (2014) et Vérificatrice générale (2020)

² Vérificatrice Générale. (2020). *Observations de la Vérificatrice générale*. p. 3-6. Repéré à https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch01_web.pdf

- La stratégie consiste à choisir la voie la plus cohérente pour relever un défi dans l'incertitude;
- L'architecture d'une organisation met en évidence deux systèmes :
 - Un système structurel associé aux actifs visibles d'une organisation tels que : l'organigramme, les programmes de formation, d'évaluation, de planification, de repérage stratégique, etc.
 - Un système culturel associé aux actifs invisibles d'une organisation tels que les normes et valeurs qui guident le comportement de tous les effectifs dans une organisation donnée.

Le système préhospitalier assume sa mission à l'intersection du réseau de la santé et de celui des services d'intervention d'urgence. Dans ce contexte, sa gouvernance doit incorporer de solides interfaces avec ces milieux complémentaires. Ce défi s'illustre par la composition même de l'écosystème préhospitalier qui regroupe une myriade d'acteurs incluant des organismes publics, des services municipaux, des entreprises privées, des organismes sans buts lucratifs et des citoyens.

Afin d'adresser ces problématiques, le CNTSPU propose que la gouvernance du système préhospitalier repose sur quatre principes permettant de façonner et articuler la nouvelle organisation :

1. Rassembler les forces vives des services préhospitaliers d'urgence au sein d'une organisation nationale pour une optimisation systémique des ressources;
2. Donner aux autorités ministérielles cliniques et administratives l'espace-temps requis pour la planification, l'évaluation et la reddition de comptes du système préhospitalier.
3. Établir un lien de financement et de reddition de comptes entre les établissements et la nouvelle organisation nationale;
4. Valoriser la norme de réciprocité pour la construction d'un capital distinctif dans l'écosystème du système préhospitalier québécois. Cette norme spécifique permettra à l'organisation distribuée de déployer sa structure.

Le gouvernement décidera du niveau requis d'autonomie de la nouvelle organisation nationale, en fonction des défis à relever. Néanmoins, afin de mettre en place les principes de gouvernance retenus, le CNTSPU propose d'élaborer une architecture de système qui s'inspire des quatre piliers à succès pour atteindre la performance dans une organisation que Nohria, Joyce & Roberson (2003) identifient comme étant :

- La stratégie;
- L'exécution;
- La structure;
- La culture.

Ces quatre piliers organisationnels fortifient le développement d'une mission créatrice de dépassement et d'une vision porteuse d'un futur convoité.

Concepts de mission, vision et réciprocité

Le concept de mission : une raison d'être

Pour circonscrire l'essence de la mission, il est généralement reconnu qu'une mission traite essentiellement du pourquoi de l'existence d'une organisation ou encore de sa raison d'être auprès des parties prenantes de son écosystème,

Le concept de vision : un tremplin

Pour donner le plein sens au concept de vision, nous retenons les propos de Grandval et Ronteau (2011, p. 19), où « [...] l'objectif de la vision est de provoquer la construction d'un futur orienté ». Ancrage volontariste envers le futur que Lipton (1996) proposait, il y a déjà vingt-cinq ans, d'opérationnaliser de façon simple à l'aide de la formule suivante : « Vision = Mission + Stratégie + Culture ». Formule dont la portée peut être parfaite aujourd'hui de deux façons. Une première en greffant les concepts d'organisation aux individus et à la structure) proposés par Allaire et Firsirotu (1993, 2004) et une seconde en ajoutant l'outil de représentation du modèle d'affaires Teece (2010). La formule devient alors : VISION = Mission + Stratégie (BM) + Organisation (individus, structure, culture).

La réciprocité : un pont entre les individus et les organisations

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 pour construire du « capital social », Coleman (1990) ^[1]. Pour visualiser cette image du métier à tisser, disons que la réciprocité croise l'intérêt individuel et l'intérêt collectif. Pour favoriser la pratique de la réciprocité, la consigne est claire : multiplier les solidarités horizontales dont la participation active dans plusieurs associations ou dans des réseaux. Botturi et al. (2015).

[1] Le capital social

L'appellation « capital social » est retenue en association de pensée avec d'autres formes de capital reliées à l'humain, au physique et bien sûr à l'économique. Comme le rapporte Coleman (1990), nous devons à Loury (1977) l'introduction dudit concept en économie. Spécifiquement, le capital social représente les ressources sociales qui favorisent le développement du capital humain en facilitant l'action des individus. Putnam (1993, p.,167) le définit comme suit : « Le capital social se réfère aux caractéristiques culturelles de l'organisation sociale, telles que la confiance, les normes et les réseaux qui augmentent l'efficacité de la société en facilitant la coordination des actions. ».

Dans le quotidien d'une unité hospitalière, il existe des normes, certaines sont écrites, d'autres ne le sont pas. Elles dictent ou encore façonnent le comportement des acteurs en présence. Avec beaucoup d'à-propos, Geertz (1970) compare cet acte de dicter à un « logiciel ». La question devient évidente : quel logiciel souhaite-t-on mettre en place entre les techniciens ambulanciers paramédicaux et les effectifs des salles d'urgence? Que doit contenir le programme pour que la pratique de la réciprocité soit la norme porteuse d'un fort capital social?

II. La description des relations entre les principales organisations de la structure de gouvernance du système préhospitalier d'urgence

Afin de regrouper les forces vives du système préhospitalier d'urgence, le CNTSPU propose d'ajuster les mandats en fonction des expertises propres aux principales organisations de l'écosystème préhospitalier.

Dans le cadre du système préhospitalier, le MSSS a le mandat d'établir les orientations et la stratégie nationale en matière de services préhospitaliers d'urgence.

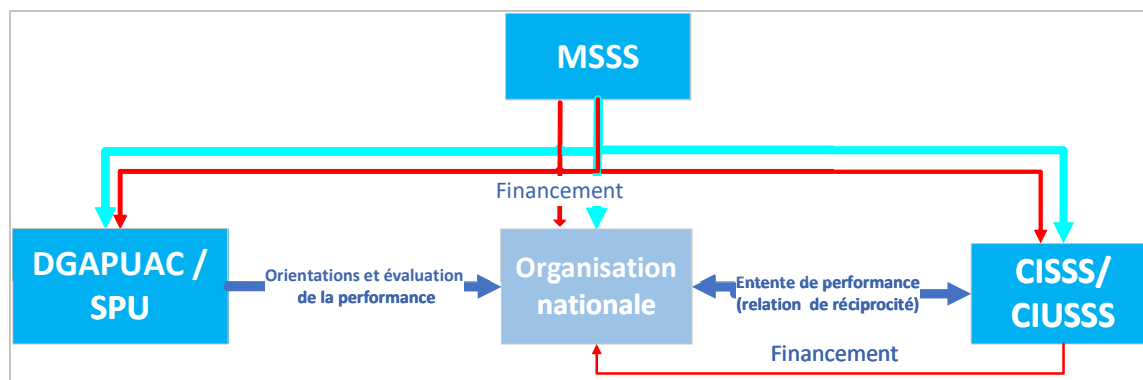
En vertu de leurs responsabilités populationnelles, les établissements déterminent les cibles et priorités en matière de services préhospitaliers d'urgence sur leur territoire.

L'exploitation et la gouvernance du système seront confiées à une structure de gestion entièrement dédiée à cette fin. Cette structure nationale regroupera les ressources préhospitalières régionales des services préhospitaliers d'urgence œuvrant au sein des Centres intégrés (universitaires) de la Santé et des services sociaux (CISSS/CIUSSS) et des centres de communication santé (CCS) dans le but d'en concentrer l'expertise.

L'organisation nationale aura le mandat d'assumer la coordination des opérations préhospitalières sur le territoire québécois.

La figure 1 ci-dessous illustre les relations entre les principales organisations du réseau de la santé en regard du préhospitalier.

Fig. 1 — relations entre les principales organisations de la structure de gouvernance du réseau préhospitalier



De façon explicite, voici les missions et les mandats :

2.1. La Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique

Mission

La Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC) est une direction du ministère qui assume la coordination des dossiers des urgences et du système préhospitalier pour le MSSS. Le rôle de la DGAPUAC s'avère névralgique dans la relation entre le MSSS et l'organisation nationale.

La DGAPUAC promeut les orientations nationales en matière de services préhospitaliers d'urgence et s'assure que la prestation de service de l'organisation nationale répond adéquatement à ses orientations.

Portée du mandat

Structure

- Évaluer et approuver les projets soumis par les partenaires et promoteurs tels que définis dans le Guide de développement des pratiques préhospitalières;
- Déterminer la plateforme technologique nationale supportant la gestion et les opérations du système préhospitalier d'urgence
- Assurer la gestion d'un registre national des intervenants mandatés dans la réponse préhospitalière

Culture

- Mettre en place une veille stratégique nationale et internationale en matière de services préhospitaliers d'urgence;
- Déterminer et suivre les cibles de qualité et de performance nationales.

Gouvernance

- Assurer la relation avec les autorités ministérielles en matière de services préhospitaliers d'urgence;
- Assurer la coordination interministérielle;
- Promouvoir les orientations ministérielles en matière de services préhospitaliers d'urgences;
- Assurer le suivi de la planification stratégique ministérielle;
- Assurer la reddition de comptes de l'organisation nationale;
- Maintenir un programme de gestion de risques relatifs à l'encadrement du système préhospitalier d'urgence.

2.2. Les Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) (les établissements)

Mission

Les CISSS/CIUSSS assument une responsabilité populationnelle³ quant aux problèmes de santé physique, sociaux ou psychologiques. Ils répondent de la qualité des services de santé et de services sociaux offerts aux usagers, en rendant disponibles et accessibles les services et ressources les plus appropriés selon la condition des patients.

Ainsi, les établissements publics de santé tels que les [hôpitaux](#), les centres locaux de services communautaires ([CLSC](#)), les centres de réadaptation, ou encore les centres d'hébergement et de soins longue durée ([CHSLD](#)) sont tous associés au CISSS/CIUSSS de leur territoire. De plus, ce sont les CISSS/CIUSSS qui concluent les ententes en matière de soins de santé et de services sociaux avec les autres institutions privées ou publiques ainsi qu'avec les organismes partenaires tels que les pharmacies communautaires, les groupes de médecine de famille (GMF), les cliniques privées de radiologie, de physiothérapie, les centres de crise, etc.

L'entente de performance basée sur la réciprocité vise à :

- Établir un corridor de communication de niveau décisionnel entre l'organisation nationale et le CISSS/CIUSSS;
- Établir les cibles de qualité, de performances et les modalités de service entre les organisations préhospitalières du territoire et les différents acteurs de l'écosystème préhospitalier sous la juridiction des établissements;
- Orienter les CISSS/CIUSSS et l'organisation nationale vers des solutions globales et systémiques.

³ INSPQ. (Mise à jour de 2016). *Responsabilité populationnelle*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>

Apparue en 2003 dans le cadre de la réforme du système québécois de santé et services sociaux, et confirmée en 2005, par la révision de la Loi sur les services de santé et services sociaux, la responsabilité populationnelle implique l'obligation de maintenir et d'améliorer la santé et bien-être de la population d'un territoire donné en :

- Rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population;
- Assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis;
- Agissant en amont, sur les déterminants de la santé.

Cet exercice requiert une collaboration entre les organisations publiques et communautaires des divers secteurs, les établissements privés de santé et les partenaires socioéconomiques agissant sur le territoire local et régional. Ensemble ils mettent à profit leurs leviers et leurs compétences au bénéfice de la population et assument collectivement leur responsabilité. Les CISSS et les CIUSS ont pour rôle de susciter, d'animer et de soutenir ces collaborations sur son territoire

Portée du mandat :

Structure

- Déterminer le niveau de service ainsi que les modalités de prestation des services préhospitaliers d'urgence dans le cadre d'une entente de réciprocité avec l'organisation nationale en conformité avec les orientations ministérielles.
- Identifier des besoins particuliers de la population en matière de services préhospitaliers d'urgence;
- S'assurer que les infrastructures d'accueil des services préhospitaliers d'urgence au sein des établissements soient optimales.

Culture

- Déterminer et assurer le suivi des cibles de qualité et de performance régionales avec l'organisation nationale;
- Assurer l'interface avec les services dont Info-Santé/Info-Social 811, le service à domicile (SAD), les salles d'urgence, les autres prestataires de soins du territoire ainsi que l'organisation nationale.

Gouvernance

- Assurer la coordination des soins et la concertation des services préhospitaliers d'urgence au sein du réseau de la santé en conformité avec les orientations ministérielles;
- Participer au comité de mobilisation préhospitalière;
- Assumer le financement de l'organisation nationale via une entente de performance basée sur la réciprocité.

2.3. L'organisation nationale

L'organisation nationale reçoit ses orientations de la DGAPUAC et les met en œuvre conformément à l'entente de performance basée sur la réciprocité qui la lie aux CISSS/CIUSSS.

L'organisation nationale regroupe le personnel des équipes préhospitalières des CISSS/CIUSSS ainsi que l'ensemble des acteurs des CCS. Au sein de cette nouvelle organisation, la pratique de la gouvernance sera centralisée dans sa culture et décentralisée dans sa structure.

Mission

- Planifier et coordonner les opérations du système préhospitalier sur le territoire québécois en :
 - Concentrant au sein d’une même organisation des ressources actuellement réparties au sein de 18 établissements (CISSS/CIUSSS);⁴
 - Valorisant l’agilité comme moyen de mieux répondre aux besoins opérationnels;
 - Assumant le contrôle des opérations de traitement des demandes préhospitalières;
 - Libérant la DGAPUAC des contraintes de gestion quotidienne du préhospitalier afin qu’elle puisse pleinement assumer son rôle tel que décrit à la section 3.3;
 - Établissant la pratique de la réciprocité parmi les organisations œuvrant à la prestation des soins comme levier de concertation.
 - Misant sur l’interopérabilité entre les acteurs du système préhospitalier, notamment en s’assurant d’une communication fluide et régulière.

Portée du mandat

Structure

- Planifier l’organisation de la desserte des services préhospitaliers pour l’ensemble du territoire québécois, en collaboration avec les établissements du territoire concerné;
- Traiter les demandes de services préhospitaliers au sein d’une structure de régulation universelle.

Culture

- Maintenir la relation avec les partenaires du milieu (établissements de santé et des services sociaux, municipalités, directions ministérielles régionales et organisations communautaires);
- Mettre en place des programmes de prévention et d’éducation du public en matière de soins d’urgence, en collaboration avec les organismes du milieu;
- Inclure les usagers dans les processus décisionnels.

Gouvernance

- Coordonner les opérations préhospitalières;
- Négocier les ententes contractuelles avec les prestataires de services préhospitaliers (services de premiers répondants, services ambulanciers, transport alternatif, service aérien, etc.);

- Assurer et rendre compte du suivi de la performance du système et des prestataires de services préhospitaliers conformément aux cibles ministérielles et aux ententes de performance avec les établissements;
- Déterminer les modalités de prestation de soins préhospitaliers en collaboration avec le Conseil clinique.

III. Les composantes de l'organisation nationale

Dans un esprit de transformation, le CNTSPU propose de mettre en commun les principales fonctions de gestion au sein de la structure nationale préhospitalière (figure 2). Ces fonctions incluent la planification ainsi que la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles.

Les fonctions de coordination opérationnelles seront regroupées à une échelle territoriale qui permet le maintien d'une équipe dédiée combinant les expertises nécessaires à l'exploitation du système et à la dispensation des services. Ces fonctions incluent notamment la mobilisation de l'écosystème préhospitalier régional, la prévention et l'éducation du public, le traitement des demandes, la modulation des services et le suivi de la performance.

La direction générale de l'organisation nationale assumera la coordination de l'ensemble du système et définira les modalités d'arrimage entre les demandes provenant de la DGAPUAC et celles des établissements par le biais d'ententes de performance basées sur la réciprocité.

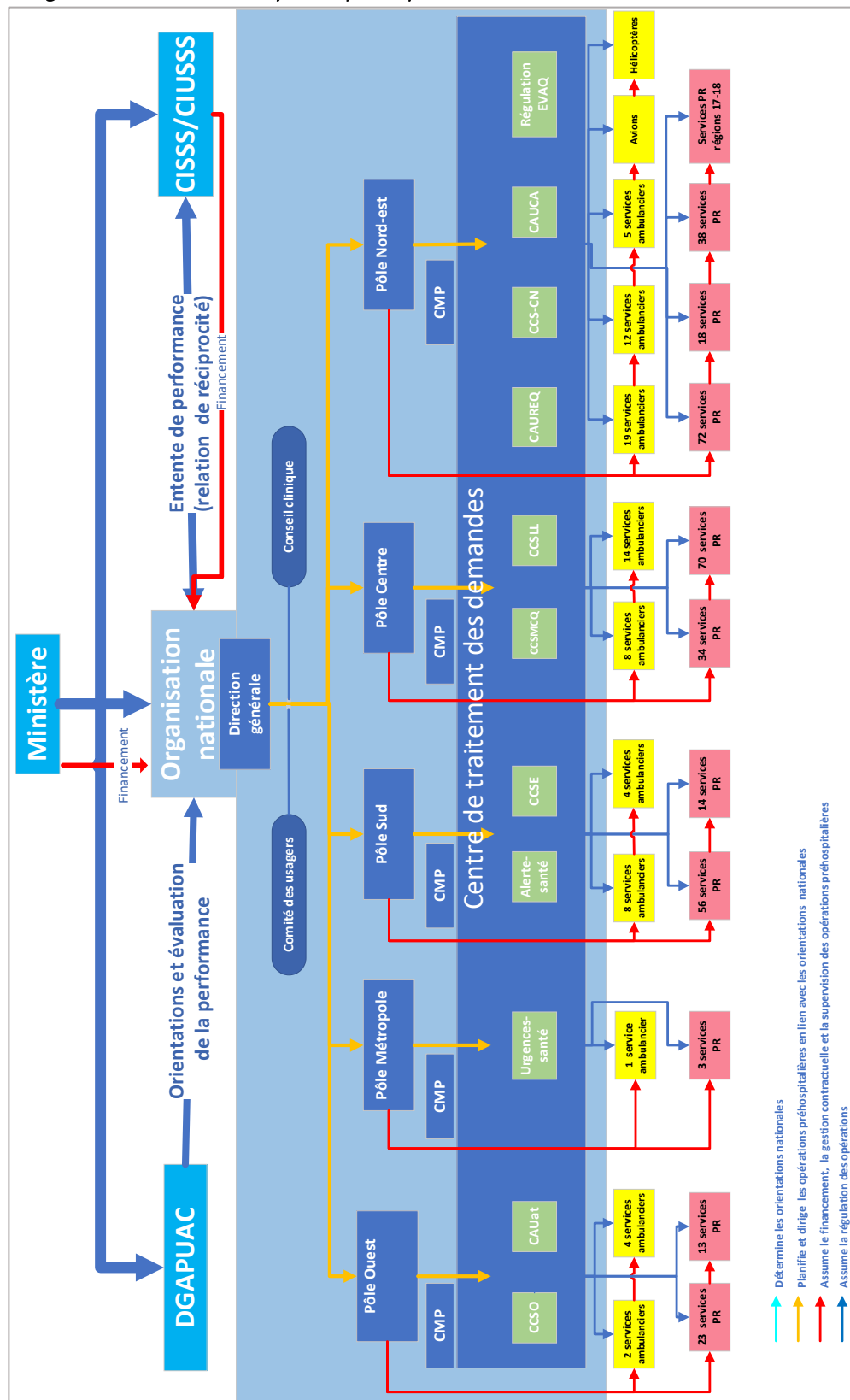
Les activités de la direction générale de l'organisation nationale seront soutenues par un comité des usagers ainsi qu'un conseil clinique.

Le territoire québécois sera subdivisé en cinq pôles qui auront le mandat d'assurer la coordination des opérations sur leur territoire en collaboration avec le centre de traitement des demandes (CTD), les services ambulanciers, les services de premiers répondants (PR), les CISSS/CIUSSS et les autres partenaires du territoire.

Cette section présente l'organisation nationale et les liens entre les différents services sous sa responsabilité.

Note : les éléments de gouvernance de l'organisation nationale seront décrits à la section IV.

Fig.2 — l'organisation nationale du système préhospitalier



3.1. « Les pôles »

Le CNTSPU propose de créer des pôles afin de regrouper les régions dans le but de mieux répondre aux critères d'amélioration de la performance du système notamment par :

- Une accessibilité et une disponibilité accrue des ressources, services et des soins;
- Une réduction des disparités régionales préjudiciables aux patients, aux soins et aux services;
- Une répartition des contributions adaptées aux ressources disponibles;
- Une optimisation de la desserte et des ressources
- Une concentration de l'expertise;
- Un équilibre entre la centralisation et la décentralisation (voir section V — tableau II);
- Une égalité dans la représentativité des régions;
- Une optimisation des services et des coûts.

La notion de « pôle » fait référence à la définition au sens figuré soit un « centre d'activité, d'intérêt. Un pôle de développement. » (Dictionnaire Le Robert)⁵, ou encore, « un lieu de forte activité, qui polarise une région, émet et reçoit des flux. C'est le lieu de commandement d'un espace, qui joue le rôle de centre d'impulsion. » ([Lalanguefrancaise.com](https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/pole))⁶.

Le CNTSPU propose que les ressources de l'organisation nationale soient réparties en cinq pôles sur la base des particularités suprarégionales ayant des dénominateurs communs.

La proposition de découpage du territoire québécois en cinq pôles émane de scénarios basés sur les critères d'analyse suivants :

- Des territoires desservant des régions contiguës;
- L'accessibilité entre les régions (proximité/limitrophe);
- Les régions sociosanitaires moins peuplées/plus isolées sont desservies par un grand centre;
- Les corridors de services naturels;
- Les territoires des réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS);
- Les couloirs aéromédicaux;
- Les alliances opérationnelles « historiques »;
- L'équilibre des volumes de transport;
- La répartition des points de services ambulanciers;
- L'équilibre du nombre de services d'urgence hospitaliers;
- La dépendance aux évacuations aériennes;
- La densité de population;
- Les indices socio-économiques;
- Le profil populationnel (vieillesse).

⁵ Définition de « pôle ». Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pole>

⁶ Définition de « pôle ». Repéré à <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/pole>

Mission

Un pôle planifie et coordonne les opérations préhospitalières en collaboration avec les ressources préhospitalières du territoire qu'il dessert.

En plus de leurs responsabilités régionales, chaque pôle se verra confier une fonction nationale.

Portée du mandat

1. Identifier les besoins de la communauté en matière de soins préhospitaliers d'urgence en collaboration avec les CISSS-CIUSSS;
2. Planifier le niveau de services selon les besoins de la communauté en collaboration avec les CISSS-CIUSSS et les acteurs de l'écosystème préhospitalier (en concordance avec les orientations ministérielles);
3. Assumer la gestion du centre de traitement des demandes (CTD) des services préhospitaliers d'urgence du pôle;
4. Organiser et coordonner les rencontres du Comité de mobilisation préhospitalière (CMP);
5. Assumer la supervision des projets de développement des pratiques préhospitalières sur son territoire;
6. Agir comme l'interlocuteur du territoire avec les CISSS-CIUSSS pour la mise en application de l'entente de performance;
7. Assumer la responsabilité de la gestion contractuelle avec les prestataires de services préhospitaliers desservant le territoire et évaluer l'atteinte de leurs objectifs de performance;
8. Déterminer l'offre de services des différents ilots de populations se trouvant sur le territoire du pôle;
9. Développer une culture d'intervention préhospitalière citoyenne sur son territoire;
10. Assurer un soutien clinique des activités préhospitalières en direct, adapté aux besoins;
11. Assurer la coordination des opérations préhospitalières.

Le CNTSPU propose d'organiser la desserte du territoire non plus en fonction des zones ambulancières actuelles, mais en fonction de zones isochrones⁷ dans le but de favoriser des délais de réponse optimaux. L'identification de ces zones isochrones s'appuie notamment sur l'analyse des ilots de populations et des facteurs spécifiques (présence de CHSLD, RPA, hôpital, etc.), les zones urbanisées (Statistiques Canada) ainsi que sur le niveau de services établi.

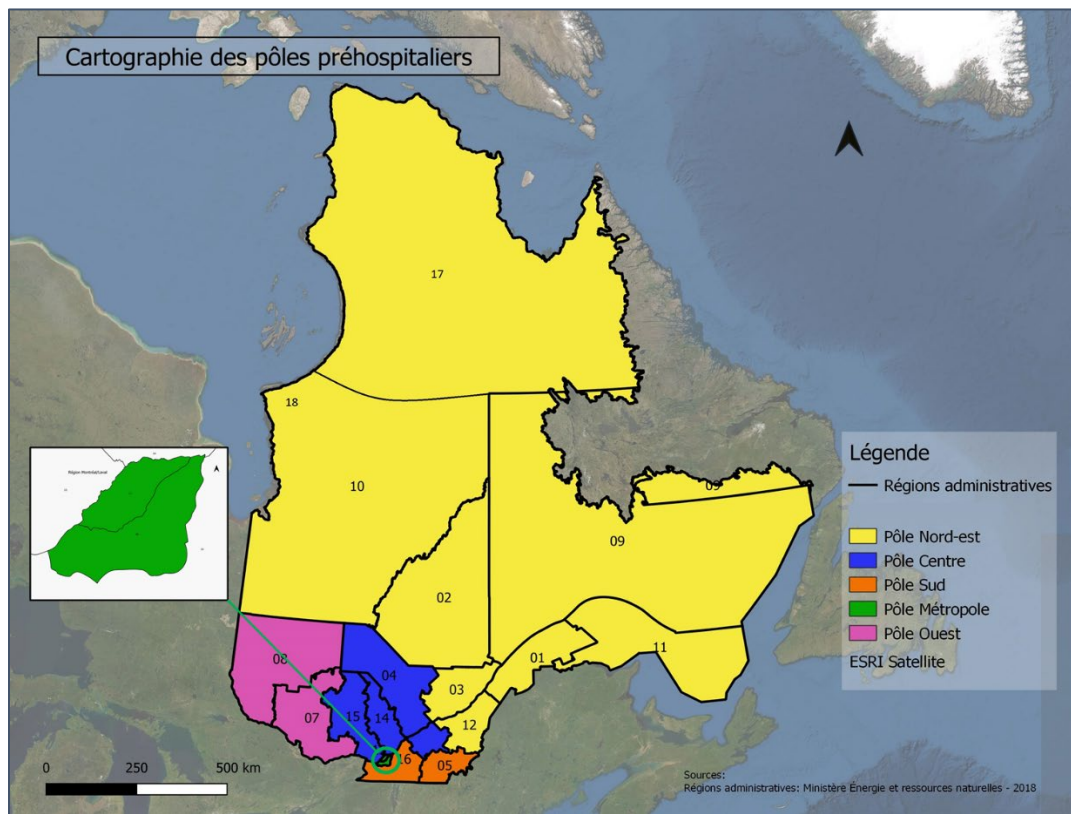
⁷ Isochrone : en géographie, une courbe isochrone est une courbe reliant les points accessibles à un véhicule (terrestre ou aérien) en un temps donné. Exemple : l'ensemble des lieux pouvant être desservis en 30 minutes par un livreur de pizzas ou un dépanneur de matériel informatique. Wikipédia. Repéré à [Isochrone — Wikipédia \(wikipedia.org\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/Isochrone)

Le tableau-I et la figure 3 ci-dessous présentent le découpage territorial retenu par le CNTSPU. Ce scénario satisfait un ensemble de critères rendant la répartition des ressources la plus équitable :

Tableau I — composition des pôles préhospitaliers

Pôles	Régions
Pôle Ouest	Outaouais Abitibi-Témiscamingue
Pôle Métropole	Montréal Laval
Pôle Sud	Montréal Estrie
Pôle Centre	Laurentides Lanaudière Mauricie-Centre-du-Québec
Pôle Nord-est	Capitale nationale Saguenay-Lac-Saint-Jean Chaudière-Appalaches Bas-St-Laurent Gaspésie-Îles-de-la Madeleine Côte-Nord Nord-du-Québec Nunavik Terres-Cries-de-la-Baie-James

Fig 3 : Cartographie des pôles préhospitaliers



3.2. Le comité des usagers

Les citoyens et usagers jouent un rôle de premier plan dans l'évolution espérée du système préhospitalier d'urgence. Ils constituent la voix citoyenne dans la gouvernance de l'organisation nationale préhospitalière. Par leurs contributions, ils s'assurent que les orientations et décisions reflètent d'abord l'intérêt public et répondent au mieux aux attentes de la population.

Ils conseillent les autorités quant aux besoins de prévention, d'éducation et de communication. Une population mieux informée pourra mieux réagir en cas de besoin et aussi faire un usage judicieux des ressources de soins de santé à sa disposition (Info-Santé 911/Info-Social 811, les cliniques, les urgences).

Le CNTSPU s'inspire de l'article 209 de la loi sur les services de santé et les services sociaux (LSSSS, chapitre S-4.2) et propose que l'organisation nationale mette en place un comité des usagers pour demeurer à l'écoute de ces derniers. Cette mesure vise notamment à placer les patients dans un rôle actif de partenariat pour soutenir l'action préhospitalière d'urgence.

Mission

Le comité des usagers veille à la protection des droits des usagers du système préhospitalier d'urgence et à promouvoir la participation citoyenne au sein du système préhospitalier d'urgence.

Portée du mandat

1. Contribuer aux efforts de communication et d'éducation du public;
2. Identifier ou proposer des initiatives favorisant la participation citoyenne
3. Renseigner les usagers sur leurs droits et leurs obligations et, sur demande, accompagner et assister un usager dans toute démarche qu'il entreprend y compris lorsqu'il désire porter plainte;
4. Promouvoir l'amélioration des soins et des services pour les usagers;
5. Évaluer le degré de satisfaction à l'égard des services obtenus;
6. Faire valoir les droits et les intérêts collectifs des usagers auprès de l'organisation nationale du système préhospitalier d'urgence;
7. Promouvoir l'engagement mutuel entre les citoyens et le système préhospitalier d'urgence.

Constitution

La direction générale de l'organisation nationale aura la responsabilité d'établir les mécanismes de nomination des membres du comité des usagers. Les CISSS/CIUSSS ainsi que les organisations partenaires pourront recommander des candidats.

L'organisation nationale devra établir la fréquence des rencontres. Le comité des usagers présentera un sommaire de ses observations dans le rapport annuel de l'organisation nationale préhospitalière.

Composition :

- Patient-partenaire représentant les usagers;
- Usager représentant les communautés locales (municipalités);
- Usager représentant des communautés autochtones;
- Usager représentant des communautés ethnoculturelles;
- Usager représentant des usagers de langue anglaise;
- Représentant des organisations de formation du public en secourisme.

3.3. Le conseil clinique

L'écosystème préhospitalier se veut une représentation globale du système préhospitalier d'urgence. Il se compose de plusieurs intervenants et organisations selon leur niveau de compétence clinique.

Le CNTSPU recommande la mise en place d'un conseil clinique au sein de l'organisation nationale préhospitalière pour multiplier les ponts professionnels dans la pratique

préhospitalière. Ce conseil rassemble un groupe interdisciplinaire d'experts du domaine préhospitalier qui s'intéressent principalement au volet clinique des services.

Les professionnels impliqués dans l'amélioration de la qualité de l'activité professionnelle assurent la bonne pratique clinique fondée sur la science et les données probantes. L'ensemble des soins préhospitaliers d'urgence doivent bénéficier d'un cadre de développement élaboré par les spécialistes de ses différentes composantes. On peut penser aux techniciens ambulanciers paramédicaux de différents niveaux de soins, aux répartiteurs médicaux d'urgence, aux premiers répondants et premiers intervenants, aux infirmières et aux médecins.

Le conseil clinique devra proposer une stratégie de développement des pratiques, basée sur les besoins des usagers et inspirée notamment des résultats de la veille stratégique et de l'évolution vers l'autonomisation de la pratique des intervenants préhospitaliers qui culminera vers la mise en place d'un ordre professionnel pour les techniciens ambulanciers paramédicaux.

Le conseil clinique trouve sa force dans l'esprit de collaboration et de respect de tous les champs de pratique des différents intervenants.

À cet égard, il faudra également établir des mécanismes de nomination des membres représentatifs du milieu, de concert avec les organismes pertinents.

Mission :

Le conseil clinique veille à la qualité du geste clinique lors de prestation préhospitalière d'urgence et conseille la direction générale de l'organisation nationale concernant le développement des services et des soins par une approche multidisciplinaire.

Portée du mandat

1. Assurer le respect des bonnes pratiques des activités professionnelles lors de soins et de services préhospitaliers d'urgence;
2. Valider le curriculum de formation des acteurs du système préhospitalier d'urgence;
3. Recommander les indicateurs de qualité des soins prodigués par l'ensemble des intervenants;
4. Conseiller et soutenir l'organisation nationale sur l'aspect clinique du système préhospitalier d'urgence;
5. Assurer l'arrimage avec les différents ordres professionnels et les lignes directrices;
6. Soutenir et participer à l'élaboration des protocoles d'intervention clinique;
7. Participer à la veille des meilleures pratiques cliniques;

Les responsabilités du conseil clinique sont assumées par un comité qui en exerce les pouvoirs.

Composition du conseil clinique

Pour traduire la multidisciplinarité des expertises préhospitalières d'urgence il y a lieu de reconnaître le champ de compétences des intervenants suivants :

- Un représentant du Comité des usagers;
- Un premier intervenant;
- Un répondant médical d'urgence;
- Un premier répondant;
- Un paramédic de soins primaires;
- Un paramédic de soins avancés;
- Une infirmière de salle d'urgence;
- Un représentant des services d'évacuation aéromédicaux;
- Un urgentologue;
- Un médecin représentant la direction clinique d'un pôle (médecin de première ligne);
- Un éthicien.

Le comité peut mandater des groupes de travail pour des mandats particuliers.

Constitution du conseil clinique

La direction générale de l'organisation nationale aura la responsabilité d'établir les mécanismes de nomination des membres du conseil clinique. Les ordres professionnels ainsi que les organisations devront être consultés pour la recommandation de candidats.

3.3. Le comité de mobilisation préhospitalière

Afin de s'assurer le développement optimal de l'écosystème préhospitalier sur le territoire, le CNTSPU recommande la création de comités de mobilisation préhospitalière (CMP), à raison d'un comité par territoire de municipalité régionale de comté (MRC) ou par agglomération urbaine.

La coordination des CMP relève du pôle préhospitalier. Les CMP seront co-présidés par le représentant de l'établissement et le gestionnaire du pôle

Mission.

Les CMP développent une approche de mobilisation des services de santé, des services préhospitaliers d'urgence et des autres ressources évoluant sur le territoire d'une MRC.

Portée du mandat

1. Réunir les représentants des principales composantes de l'écosystème préhospitalier à l'échelle du territoire;
2. Définir les besoins du milieu à l'égard du service préhospitalier;
3. Proposer des priorités et des cibles à l'organisation nationale;

4. Promouvoir l'engagement citoyen et la desserte préhospitalière sur le territoire;
5. Conseiller l'organisation nationale sur les stratégies de communication et de mobilisation de la société civile sur le territoire;
6. Commenter périodiquement la performance du préhospitalier sur le territoire sur la base de la reddition de comptes;
7. Soumettre des projets répondant aux besoins particuliers du milieu.

Les CMP peuvent créer des groupes de coordination entre les services préhospitaliers et les établissements afin de répondre à des besoins spécifiques d'interface entre le préhospitalier et les établissements.

Composition des CMP

Les CMP seront constitués notamment des organisations suivantes :

1. Un représentant du pôle préhospitalier;
2. Un représentant du CISSS/CIUSSS du territoire;
3. Un représentant de la MRC.
4. Un représentant des usagers
5. Un représentant des organismes de formation et d'éducation du public
6. Un représentant des organismes d'intervention d'urgence bénévoles ou communautaires
7. Un représentant des services de police;
8. Un représentant des services de sécurité incendie;
9. Un représentant des services de premiers répondants du territoire;
10. Un représentant des services ambulanciers du territoire
11. Un représentant de la sécurité civile du ministère de la Sécurité publique (MSP)

3.4. Le centre de traitement des demandes

Afin de mieux répondre aux besoins de la population qui fait appel aux services préhospitaliers d'urgence, le CNTSPU recommande de créer un centre de traitement des demandes (CTD) unifié et universel sur l'ensemble du territoire québécois.

Les centres de communications santé (CCS) actuels seront intégrés au sein du CTD. Leur conseil d'administration sera dissout et le personnel sera intégré au sein de l'organisation nationale.

Les actions posées permettront au CTD d'être indépendant des fournisseurs de services et soins préhospitaliers d'urgence pour assurer une prestation basée sur l'objectivité et la recherche du bien commun. Les dix centres actuels deviendront des points de services interopératoires du CTD, répartis à travers le territoire québécois. Ainsi, la nouvelle organisation nationale permet de conserver l'expertise ainsi que des emplois d'intérêt et

compétitifs en région. Cela permettra aussi d'assurer des centres de relève en cas de rupture de service occasionnée par un sinistre ou tout autre incident entraînant l'impossibilité pour un ou plusieurs de ces points de services de remplir leurs fonctions.

Portée du mandat

- Recevoir les demandes d'assistance en provenance des centres d'urgence 9-1-1, d'une personne ou d'un établissement;
- Attribuer les priorités aux demandes;
- Affecter les ressources adaptées aux demandes reçues;
- Offrir le soutien nécessaire aux appelants au besoin;
- Offrir le service de régulation des demandes;
- Assurer une gestion dynamique des ressources préhospitalières;
- Cumuler et assurer la gestion des données opérationnelles.

Comme décrit dans le guide de développement des pratiques préhospitalières #1 produit par le CNTSPU, la régulation universelle constitue une fonction importante du CTD. Celle-ci couvre les trois volets suivants :

- Le triage secondaire;
- La réorientation et le référencement;
- Le constat de décès à distance.

La régulation s'effectue en partenariat avec des organismes extérieurs permettant de mieux répondre aux besoins de la population. Par exemple, un arrimage avec des ressources telles que les services à domicile (SAD), les GMF ou les cliniques médicales ainsi qu'Info-Santé/info-Social, s'avère important pour permettre une grande interopérabilité entre les services et un désengorgement des urgences.

Le CNTSPU recommande la mise en place d'un service de soutien multidisciplinaire au sein du CTD, au service de l'ensemble des intervenants employés au sein de l'écosystème préhospitalier. Ce panier de ressources comprend un soutien clinique en temps réel pour les intervenants (conseils, aide à la décision, orientation du patient, prescriptions individuelles, constat de décès). Celui-ci pourrait aussi inclure des services tels que la traduction pour les usagers non francophones, l'aide à la prise en charge d'un patient présentant des incapacités chroniques ou temporaires (par exemple pour les personnes à mobilité réduite, les personnes sourdes ou malentendantes, etc.), ou même des conseils juridiques. Les services offerts seront modulés en fonctions des risques et des besoins identifiés tout en répondant aux attentes d'équité dans les services exprimées par les citoyens.

IV. Les partenaires de l'organisation nationale

4.1. Les organisations ambulancières

Dans le plan de transformation proposé par le CNTSPU, les organisations ambulancières agissent comme prestataires spécialisés des soins et services préhospitaliers d'urgence. Ils réalisent leur mission selon les paramètres déterminés par l'organisation nationale, conformément aux orientations ministérielles et aux contrats de service appuyés sur des critères de performance et de reddition de comptes.

Mission

Un service ambulancier s'entend de tout service qui, en accord avec le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence de l'organisation nationale, et les orientations déterminées par le ministre de la Santé et des Services sociaux, assure des soins préhospitaliers d'urgence et un transport à la population, par une desserte terrestre.

Portée du mandat

1. Offrir des soins et des services en conformité avec les lois et règlements, les orientations et les objectifs ministériels de même qu'avec les modalités prévues dans l'entente contractuelle établie avec l'organisation nationale;
2. Participer aux activités locales et régionales de mise en œuvre des services préhospitaliers d'urgence;
3. Fournir une reddition de comptes dont la forme et le contenu sont déterminés dans l'entente contractuelle, et portant notamment sur l'atteinte des objectifs de performance;
4. Assurer la gestion des ressources humaines et matérielles dans le respect de l'entente contractuelle;
5. Participer activement à l'élaboration des programmes de gestion de la qualité et de la performance relatifs aux opérations, et appliquer les mesures qui en découlent;
6. S'assurer du maintien des compétences ou de la mise à jour des connaissances ainsi que des éléments opérationnels propres à l'entreprise et l'adaptation aux pratiques ou aux équipements utilisés localement par la formation continue des employés;
7. Contribuer à l'innovation, au développement et à la mise en place de projets pour améliorer la prestation de soins et de services.

4.2. Les services de premiers répondants

Les premiers répondants (PR) ont une formation avancée en secourisme, accréditée par le MSSS. Ils interviennent dans le respect des protocoles cliniques émis par le MSSS et sont affectés sur les appels de détresse par les centres d'urgence 9-1-1 ou les CCS.

Au Québec, les services de premiers répondants sont majoritairement fournis par des services de sécurité incendie. À ce titre, ils sont sous la responsabilité des municipalités ou MRC concernées.

Mission

Les PR permettent une intervention rapide avant l'arrivée des ressources ambulancières afin de stabiliser les victimes souffrant d'une urgence vitale. L'objectif primaire est de contribuer à diminuer la morbidité et la mortalité de ces patients.

Le CNTSPU recommande que l'ensemble des services de PR demeurent sous la responsabilité des municipalités et que leur déploiement soit généralisé sur l'ensemble du territoire.

Pour garantir un déploiement optimal au sein des municipalités, le CNTSPU propose que le financement des services de PR soit intégré au pacte fiscal. Une analyse des modalités de déploiement pour assurer une efficacité et un rapport coût-bénéfice favorable devra être effectuée (identification des demandes nécessitant l'activation des PR).

Les rôles et responsabilités des services de PR seront établis par l'organisation nationale.

Portée du mandat :

Sur affectation du centre de traitement des demandes, un premier répondant :

1. Doit fournir à une personne qui le nécessite des premiers soins de stabilisation conformes aux protocoles d'intervention cliniques et des lignes directrices correspondant au niveau de formation reconnue par le MSSS;
2. Agit en complémentarité du technicien ambulancier paramédical (TAP) en appliquant les protocoles et lignes directrices permettant stabilisation ou la réduction de la détérioration de l'état de la personne en détresse.

Transfère aux TAP la responsabilité des interventions dès leur arrivée sur les lieux, tout en leur apportant un soutien si nécessaire.

4.3. Les services de premiers répondants assumant des fonctions de transport

Dans certaines régions, particulièrement dans les régions éloignées, les services de premiers répondants assurent le transport des patients (ce sont les actuels PR élargis). Cette modalité de service pourrait être maintenue dans les régions présentant un très faible volume d'appels et une problématique de main-d'œuvre paramédicale, après analyse et concertation avec les autorités en place (organisation nationale, CIUSSS, MSSS). En réponse aux préoccupations soulevées par les gestionnaires des régions éloignées lors des rencontres de consultation, le CNTSPU recommande de renforcer le support aux PR assumant des fonctions de transport dans les régions éloignées.

Mission

Les PR assumant des fonctions de transport assurent une intervention rapide afin de stabiliser les victimes souffrant d'une urgence vitale, ainsi que le transport vers la ressource de santé désignée.

L'objectif primaire est de contribuer à diminuer la morbidité et la mortalité de ces patients. Le CNTSPU recommande que l'ensemble des services de PR assumant des fonctions de transport demeurent sous la responsabilité des municipalités ou des organisations responsables le cas échéant (notamment au sein des territoires des Premières Nations).

Portée du mandat

À la suite d'une affectation, un premier répondant assumant des fonctions de transport a pour mandat de :

1. Fournir à une personne qui le nécessite des premiers soins de stabilisation conformes aux protocoles d'intervention cliniques et correspondant au niveau de formation reconnue par le MSSS;
2. Assurer le déplacement et le transport de manière sécuritaire vers l'établissement le plus approprié en fonction des protocoles locaux.

4.4. Les services aéromédicaux

Le territoire Québécois est vaste et présente certains défis pour les services préhospitaliers d'urgence. La majorité de la population du Québec se situe au sud du territoire, et est majoritairement desservie par des services ambulanciers terrestres. Cependant, lorsque l'on s'éloigne des centres urbains, la gestion de la desserte se révèle plus complexe. La rareté des ressources préhospitalières et la taille des territoires à couvrir ne permettent pas de garantir l'atteinte des cibles chronométriques adéquates d'intervention.

Les services aéromédicaux s'inscrivent dans le droit à l'accès universel et équitable aux soins de santé de la population québécoise. Ils permettent l'accès diligent aux soins pour les citoyens se trouvant à une distance intermédiaire ou éloignée des établissements de santé considérés appropriés à leur condition de santé.

L'organisme gouvernemental d'évacuation aéromédicale du Québec (EVAQ) est actuellement mandaté pour la prestation des services aéromédicaux par avion au Québec.

Mission

La mission des services aéromédicaux est d'offrir un service préhospitalier à la population qui ne peut pas être desservie dans un délai prescrit par un transport terrestre ou en raison de l'absence de voies carrossables. Le service devra alors être assuré par avion ou hélicoptère.

Portée du mandat

Le CNTSPU propose d'élargir le mandat d'ÉVAQ afin d'assumer la régulation des transports primaires et secondaires pour les transports par avion et par hélicoptère.

Le CTD recevra toutes les demandes d'intervention préhospitalière d'urgence et analysera la nature du service à offrir. Le CTD pourra, selon des critères précis, activer une équipe héliportée immédiatement dans certaines situations primaires chronodépendantes (*auto-launch*).

Si le service ne peut pas être effectué par une équipe terrestre selon les modalités prescrites par le ministère, l'équipe d'ÉVAQ pourra activer une équipe d'intervention préhospitalière aérienne. À cet égard, ÉVAQ devra être intégré au sein du CTD afin d'assurer la fluidité et la rapidité nécessaires dans la transmission des informations essentielles lors des interventions primaires urgentes.

De façon plus spécifique, les mandats des services aéromédicaux sont :

1. Assurer les services d'évacuation aéromédicale par avion;
2. Assurer la régulation des transports primaires et secondaires pour les transports par avion et par hélicoptère;
3. Assurer la gestion des infrastructures et des inventaires matériels nécessaires à la mission aéromédicale;
4. Assurer la gestion des ressources humaines;
5. Offrir l'expertise nécessaire à la régulation et à la priorisation des demandes aéromédicales;
6. Assurer l'encadrement médical et l'amélioration de la qualité de l'acte liés aux missions aéromédicales;
7. Fournir une reddition de comptes dont la forme et le contenu seront déterminés par l'organisation nationale;
8. Assurer la formation continue de ses employés en lien avec les particularités des interventions aéromédicales;
9. Contribuer à l'innovation, au développement et à la mise en place de projets pour améliorer la prestation de soins et de services.

V. L'architecture de la gouvernance de l'organisation nationale

Depuis plusieurs décennies, l'étude du fonctionnement des organisations a mis de l'avant des modèles d'architecture organisationnelle et de gouvernance. À titre d'exemple, on citera le modèle de gestion divisionnaire, l'approche de gestion matricielle ou, plus récemment, l'organisation réticulaire. Chacune de ces approches a démontré ses bénéfices et ses limites dans la gouvernance de systèmes complexes dont les organisations ayant des responsabilités populationnelles, et ce, tant dans le secteur public que dans le secteur privé.

En étudiant les problématiques soulevées dans les rapports antérieurs concernant les services préhospitaliers d'urgence, et à la lumière de son diagnostic actualisé⁸, le CNTSPU en arrive à la conclusion que pour assumer la gestion de l'organisation nationale il serait souhaitable d'utiliser une approche novatrice. À cet effet, pour assurer un meilleur ancrage des quatre piliers organisationnels de Nohria, Joyce & Roberson (2003) associés à la stratégie, à l'exécution, la structure et la culture, le CNTSPU propose d'implanter « **l'organisation distribuée** ».

L'organisation distribuée est le fruit de la conceptualisation de Jay R. Galbraith (1995)⁹ dont les contributions les plus connues s'associent au « *Star Model* »¹⁰ et à l'importance incontournable de développer des compétences distinctives pour réussir avantageusement une stratégie organisationnelle dans un écosystème donné.

L'organisation distribuée réinvente la structure divisionnaire¹¹ en façonnant la pratique de la réciprocité entre les acteurs régionaux et centraux. Concrètement, l'organisation distribuée mise sur des processus décisionnels redessinés, notamment en confiant à tous les directeurs de pôles (régions) des responsabilités nationales (directions). À bien des égards, l'organisation distribuée mime la caractéristique première d'un hologramme où « la partie est dans le tout et où le tout est dans la partie ». (Gabor, *Nature*, t. 161, 1948, p. 777). Bref, chaque pôle est dans le national et le national est dans le pôle, d'où l'obtention plus facile de compréhensions communes.

⁸ Dont les constats les plus significatifs sont: 1) une absence de la planification de la main d'oeuvre préhospitalière; 2) un encadrement régional inégal; 3) des services hospitaliers qui contribuent à l'engorgement des urgences; 4) l'absence d'un système intégré de gestion de l'information, 5) un encadrement financier sans reddition de comptes.

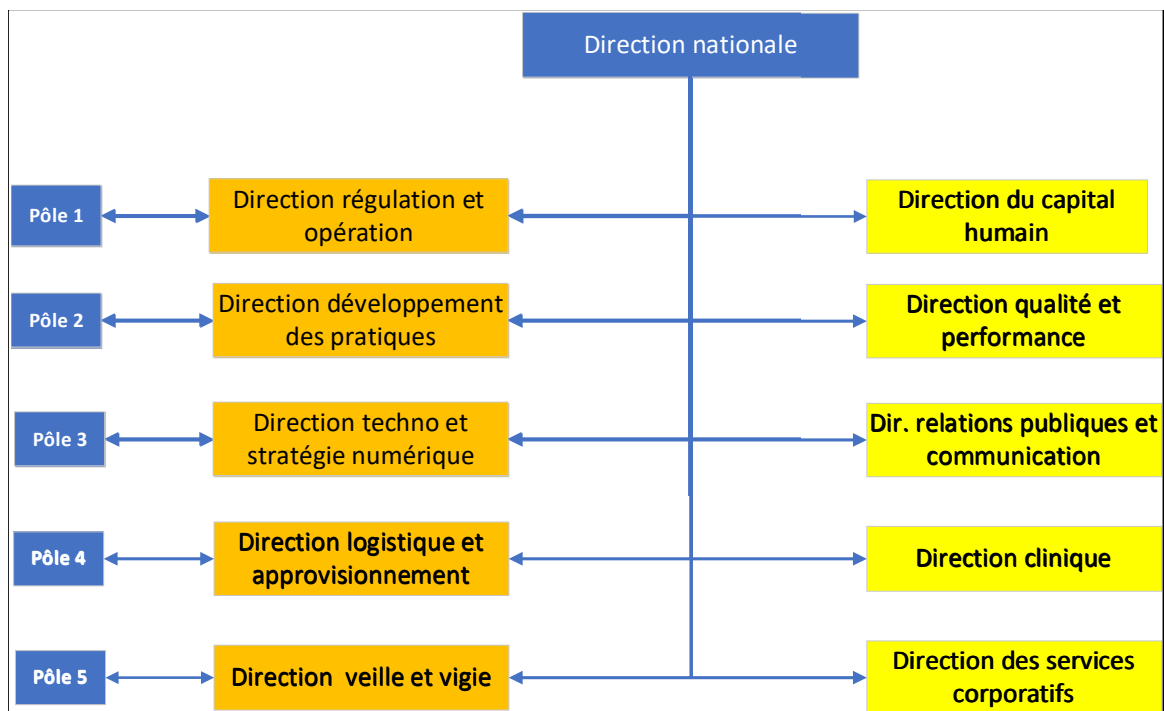
⁹ GALBRAITH, J. R. 1995. "*Designing Organizations*", San Francisco, Jossey-Bass Publisher. **Jay R. Galbraith** (Feb. 26, 1939 - April 8, 2014) was an American [organizational theorist](#), consultant and Professor at the [International Institute for Management Development](#), known for his work on strategy and organization design. [...] Organization design may involve strategic decisions but is properly viewed as a path to effective strategy execution. The design process nearly always entails making trade-offs of one set of structural benefits against another. (Wikipédia Consulté le 17 Avril 2021)

¹⁰ Voir le site : <https://www.jaygalbraith.com/services/star-model>

¹¹ Alfred Sloan a conçu la structure divisionnaire, chez Dupont de Nemours et General Motor en 1920.

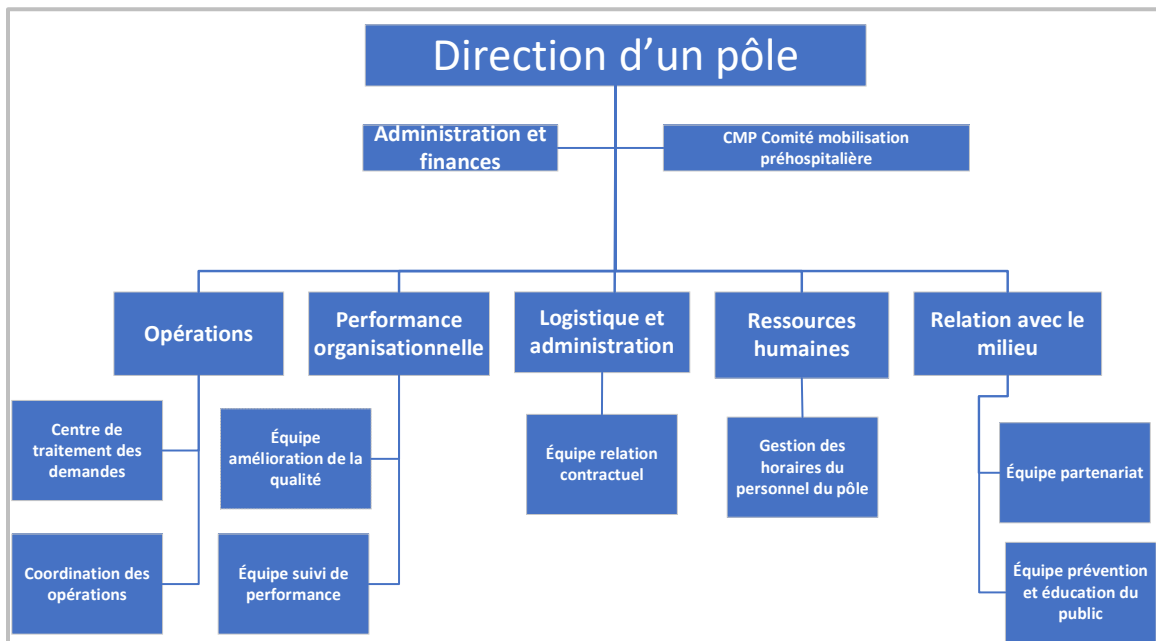
On identifie dix fonctions illustrées dans la figure 4. Cinq de ces fonctions dites « corporatives », seraient assumées par la direction nationale alors que les cinq autres, dites « distribuées » seraient assumées par les cinq directions de pôle (une fonction par pôle). Les mandats distribués sont assumés par un pôle qui présente une expertise distinctive sur un sujet donné et celui-ci l'exploite au profit de tous les autres pôles. Cette approche vise une collaboration et un travail d'équipe pour la poursuite de l'objectif commun d'un service optimal à la population.

Fig 4 : les fonctions de l'organisation nationale



La figure 5 illustre la structure organisationnelle d'un pôle.

Fig. 5 : Organigramme d'un pôle



Questions-réponses portant sur la conception de l'organisation distribuée

1. L'organisation distribuée est-elle centralisée ou décentralisée dans ses modes de fonctionnement?

À l'ère numérique, l'organisation distribuée permet de redessiner complètement les portées de la structure **et de la culture d'une organisation**. Là où la structure était autorité verticale, elle devient de plus en plus horizontale. Là où la culture était diversifiée et souvent disparate, elle devient de plus en plus unique pour modeler toute l'organisation. De façon explicite, au niveau organisationnel les pratiques culturelles convergent entre toutes les parties prenantes mobilisées pour optimiser la pratique de la réciprocité.

2. Stratégiquement quels sont les avantages et les désavantages de la centralisation et la décentralisation ou d'une combinaison des deux?

Le tableau II illustre les avantages et les désavantages de la centralisation et la décentralisation.

Tableau II : Étude centralisation/décentralisation

Centralisation		Décentralisation	
Avantages	Désavantages	Avantages	Désavantages
Institutionnalisation des meilleures pratiques	Rigidité des politiques et procédures	Contacts directs avec les bénéficiaires	Communications plus difficiles, moins fluides
Unité traditionnelle de commandement	Distanciation des bénéficiaires	Meilleur accent sur l'innovation	Affaiblissement de l'autorité traditionnelle
Solide partage de normes et de valeurs	Frustration des unités dépendantes	Mise sur une culture de responsabilité	Partage difficile des normes et de valeurs
Standardisation des procédures et des mesures	Construction d'un empire corporatif	Possibilité de travailler en parallèle	Variation dans les procédures et mesures
Économies d'échelle	Négation des différences	Respect des différences	Duplication des ressources
CRITÈRES POUR DÉCIDER DE LA CENTRALISATION OU DE LA DÉCENTRALISATION			
<p>La nature du risque est-elle élevée pour le national ? Pour le régional ?</p> <p>Est-ce la standardisation nationale ou l'autonomie régionale qui crée le plus de la valeur ?</p> <p>Quelle est la portée du contrôle de l'information au point de vue national ? Au niveau régional ?</p> <p>Les balises opérationnelles peuvent-elles être régionales ?</p> <p>Est-ce que des normes externes peuvent assurer une coordination professionnelle, et ce, tant au niveau national qu'au niveau régional ?</p>			

3. L'organisation distribuée est-elle d'abord « nationale » ou « régionale » ?

L'organisation distribuée est tout autant nationale que régionale. C'est ici sa force et bien sûr son principal défi. En d'autres mots, l'organisation distribuée est le fruit d'équilibres construits à l'enseigne de la réciprocité entre l'organisation nationale et les pôles.

La poursuite d'équilibres entre le national et les pôles est facilitée par l'égalité des représentations nominales.

4. Comment se concrétise la distribution des rôles dans une organisation distribuée ?

Les responsables des pôles sont aussi imputables d'une responsabilité nationale. À titre d'exemple, la directrice de la région « Nord-Est » pourrait aussi être la directrice générale adjointe du traitement des demandes « XYZ » pour toute l'organisation.

Au niveau du mode de fonctionnement quotidien, tous les directeurs — tant nationaux que ceux des pôles — arbitrent les processus entre le régional et le national. La référence à l'arbitrage n'est pas anodine, elle reflète la nature même de l'acte d'organiser pour l'organisation distribuée. À bien des égards, ils n'ont pas le choix, car c'est pourquoi ils seront d'abord imputables, évalués et rémunérés en fonction de niveaux ciblés d'optimisation. Spécifiquement, l'organisation distribuée réduit significativement l'encadrement en créant un système d'interdépendance. Parmi les pourquoi distinctifs de l'organisation distribuée, on retrouve sa capacité à résoudre les

problèmes de coordination. Clairement, la double imputation des cadres supérieurs est à l'origine de cet avantage.

5. Pourquoi l'organisation distribuée a-t-elle un potentiel supérieur de réussite?

- a. Une première raison est liée au design des processus décisionnels :
Dans l'organisation distribuée, les directeurs de pôles participent d'égal à égal avec les directeurs corporatifs à la prise de décisions collectives, et ce, en lieu et place aux interactions traditionnelles hiérarchiques entre les niveaux national et régional. Bref, le national et le régional sont en arbitrage en permanence,
- b. Une deuxième raison liée au design de ponts structurels et culturels :
L'organisation distribuée tant au niveau de la structure qu'au niveau de la culture multiplie les occasions de construire des ponts à l'enseigne de la pratique de la réciprocité. À titre d'exemple :
 - Entre le patient et le citoyen;
 - Entre le clinique et l'administratif;
 - Entre les villes et les territoires ruraux ou éloignés;
 - Entre le corporatisme et les cinq pôles;
 - Entre les pôles et les hôpitaux.
- c. Une troisième et dernière raison :
L'organisation distribuée est un incubateur pour la pratique d'une norme à la fois classique et contemporaine porteuse d'une valeur ajoutée pour les organisations en construisant la stabilité organisationnelle. Et pour nommer cette norme, la réciprocité est mise en évidence.

Tant dans les secteurs privé, public et coopératif, l'organisation distribuée relève de plus en plus le défi de l'optimisation des ressources à l'ère numérique. Partout où la coordination n'est pas une option, l'organisation distribuée s'impose. Les secteurs de services sont particulièrement friands de cette pratique porteuse de la réciprocité et de son fruit qu'est le capital social.

VI. Les ressources humaines de l'organisation nationale

À la suite d'une analyse des ressources préhospitalières, le CNTSPU constate que l'ensemble des CISSS/CIUSSS (hors Urgences-santé) consacrent au total 49,8 personnes pour la gestion du dossier préhospitalier. Les résultats de l'analyse ont également révélé que la majorité des régions consacrent des ressources à temps partiel. Finalement, seulement sept régions ont un cadre dédié à temps complet à la gestion du dossier préhospitalier.

Concernant l'assurance qualité et la formation, le CNTSPU constate qu'il y a un équivalent temps complet de 51,6 personnes pour l'ensemble de la province (hors Urgences-santé).

Le CNTSPU propose que les ressources humaines (notamment le personnel administratif, les chargés de l'assurance qualité et de la formation [CAQF] et les techniciens ambulanciers instructeurs [TAPI] soient regroupées au sein de l'organisation nationale et qu'elles soient affectées à l'un des cinq pôles. Cela permettrait d'avoir une masse critique d'environ 101 équivalents temps complet [en plus de ceux d'Urgence-Santé] pour former l'équipe de ressources humaines qui assumera les mandats de l'organisation nationale. Le regroupement de l'ensemble de ces ressources permet d'avoir une organisation nationale avec l'équivalent d'une centaine de personnes à temps complet.

Le CNTSPU a déterminé qu'il y aurait 565 travailleurs représentant 402 ETC au sein des dix CCS. Le regroupement des dix CCS et de ses ressources au sein du CTD permettrait de mieux organiser les effectifs et de partager les expertises entre les CCS.

Au total, en regroupant les ressources humaines des CISSS/CIUSSS [administratif, assurance-qualité, formation] ainsi que le personnel des CCS, l'organisation nationale compterait environ 503 ETC : 101 ETC au sein des CISSS/CIUSSS et 402 ETC au sein des CCS.

VII. Le financement de l'organisation nationale

Afin d'établir les mécanismes de réciprocité, il est proposé que le financement du système provienne de deux sources.

Le financement du fonctionnement de l'organisation nationale proviendrait du MSSS alors que le financement pour la prestation des soins proviendrait des établissements conformément à l'entente de performance basée sur la réciprocité.

Dans le cadre de l'entente de performance basée sur la réciprocité, les établissements devront déterminer le niveau de services nécessaire pour répondre aux besoins de la population selon les orientations nationales et en assumer le financement. En contrepartie, l'organisation nationale s'engagera à offrir les services requis par l'établissement tels que définis dans l'entente.

Par la suite, l'organisation nationale détermine avec les organisations ambulancières et les autres ressources de l'écosystème, les modalités de livraison des services.

Conclusion

Ce document constitue l'un des livrables du CNTSPU. Alimenté par les attentes des usagers et les observations des représentants de l'écosystème préhospitalier, le CNTSPU propose de mettre en place une organisation nationale préhospitalière dédiée, habilitante et adaptée.

La mise en place de cette structure demandera de la volonté, du temps, des efforts et une forte détermination. Il sera nécessaire durant la transition de préserver la vision tout en assurant le maintien des services.

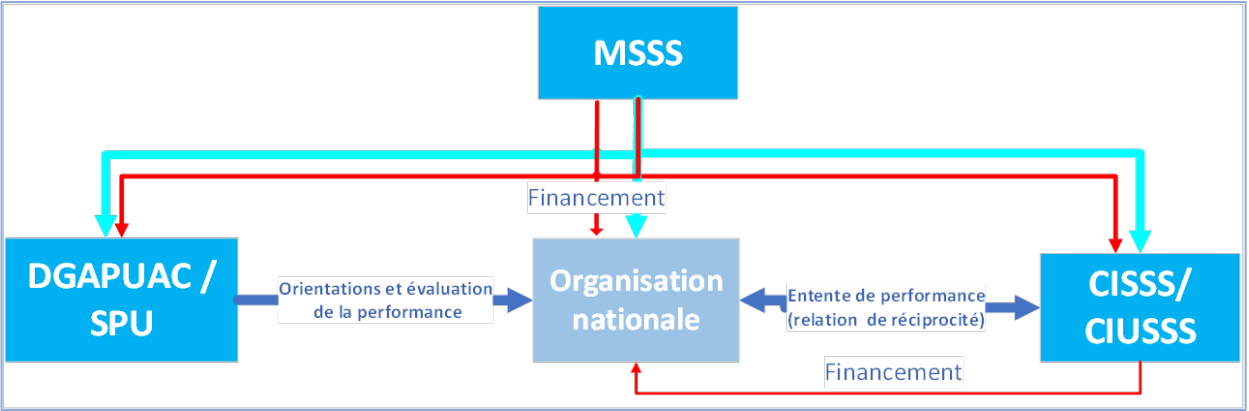
Il appartient aux intervenants du domaine de façonner leur milieu de travail. Mais il appartient aux décideurs gouvernementaux, municipaux, institutionnels de créer le contexte favorable à la réalisation de la mission préhospitalière.

La mise en place de cette proposition permettra d'actualiser un véritable système de soins et de services préhospitaliers d'urgence au bénéfice premier des Québécois. Cette organisation offre une opportunité aux acteurs de l'écosystème préhospitalier de contribuer à cette importante mission sociétale soit celle d'assurer aux personnes en détresse des soins appropriés en tout temps et en tout lieu.

Tableau synoptique

RELATIONS ENTRE LES PRINCIPALES ORGANISATIONS DE LA STRUCTURE DE GOUVERNANCE DU RÉSEAU PRÉHOSPITALIER

Notion de réciprocité : L’essence de la réciprocité réside dans l’échange mutuel. Pour penser le juste échange, la réciprocité s’offre comme un métier pour tisser entre les individus un réseau que l’on appelle le « capital social » Coleman. Pour ajouter à l’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. (Botturi et al. 2015)



		Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique (DGAPUAC)	Centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS) et centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS)	Organisation nationale
Portée du mandat	Mission	<ul style="list-style-type: none">- Assumer la coordination des dossiers des urgences et du système préhospitalier pour le MSSS. Le rôle de la DGAPUAC s'avère fondamental dans la relation entre le MSSS et l'organisation nationale;- Promouvoir les orientations nationales en matière de services préhospitaliers d'urgence;- S'assurer que la prestation de service de l'organisation nationale répond adéquatement à ses orientations.	<ul style="list-style-type: none">- Assumer une responsabilité populationnelle quant aux problèmes de santé physique, sociaux ou psychologiques;- Répondre de la qualité des services de santé et de services sociaux offerts aux usagers, en rendant disponibles et accessibles les services et ressources les plus appropriés selon la condition des patients.	<ul style="list-style-type: none">- Planifier et coordonner les opérations du système préhospitalier sur le territoire québécois en :<ul style="list-style-type: none">▪ Concentrant au sein d'une même organisation des ressources actuellement réparties au sein de 18 établissements (CISSS/CIUSSS);▪ Valoriser l'agilité comme moyen de mieux répondre aux besoins opérationnels;▪ Assurant le contrôle des opérations de traitement des demandes préhospitalières;▪ Libérant la DGAPUAC des contraintes de gestion quotidienne du préhospitalier afin qu'elle puisse pleinement assumer son rôle.
	Structure	<ul style="list-style-type: none">- Évaluer et approuver les projets soumis par les partenaires et promoteurs tels que définis dans le Guide de développement des pratiques préhospitalières;- Déterminer la plateforme technologique nationale supportant la gestion et les opérations du système préhospitalier d'urgence- Assurer la gestion d'un registre national des intervenants mandatés dans la réponse préhospitalière.	<ul style="list-style-type: none">- Déterminer le niveau de service ainsi que les modalités de prestation des services préhospitaliers d'urgence dans le cadre d'une entente de réciprocité avec l'organisation nationale en conformité avec les orientations ministérielles.- Identifier des besoins particuliers de la population en matière de services préhospitaliers d'urgence;- Assurer la coordination des soins et la concertation des services préhospitaliers d'urgence au sein du réseau de la santé en conformité avec les orientations ministérielles;- S'assurer que les infrastructures d'accueil des services préhospitaliers d'urgence au sein des établissements soient optimales.	<ul style="list-style-type: none">- Planifier l'organisation de la desserte des services préhospitaliers pour l'ensemble du territoire québécois, en collaboration avec les établissements du territoire concerné;- Traiter les demandes de services préhospitaliers au sein d'une structure de régulation universelle.
	Culture	<ul style="list-style-type: none">- Mettre en place une veille stratégique nationale et internationale en matière de services préhospitaliers d'urgence;- Déterminer et suivre les cibles de qualité et de performance nationales.	<ul style="list-style-type: none">- Déterminer et assurer le suivi des cibles de qualité et de performance régionales avec l'organisation nationale;- Assurer l'interface avec les services dont Info-Santé/Info-Social 811, le service à domicile (SAD), les salles d'urgence, les autres prestataires de soins du territoire ainsi que l'organisation nationale.	<ul style="list-style-type: none">- Maintenir la relation avec les partenaires du milieu (établissements de santé et des services sociaux, municipalités, directions ministérielles régionales et organisations communautaires);- Mettre en place des programmes de prévention et d'éducation du public en matière de soins d'urgence, en collaboration avec les organismes du milieu;- Inclure les usagers dans les processus décisionnels.
	Gouvernance	<ul style="list-style-type: none">- Assurer la relation avec les autorités ministérielles en matière de services préhospitaliers d'urgence;- Assurer la coordination interministérielle;- Promouvoir les orientations ministérielles en matière de services préhospitaliers d'urgences;- Assurer le suivi de la planification stratégique ministérielle;- Assurer la reddition de comptes de l'organisation nationale;- Maintenir un programme de gestion de risques relatifs à l'encadrement du système préhospitalier d'urgence.	<ul style="list-style-type: none">- Assurer la coordination des soins et la concertation des services préhospitaliers d'urgence au sein du réseau de la santé en conformité avec les orientations ministérielles;- Participer au comité de mobilisation préhospitalière;- Assumer le financement de l'organisation nationale via une entente de performance basée sur la réciprocité.	<ul style="list-style-type: none">- Coordonner les opérations préhospitalières;- Négocier les ententes contractuelles avec les prestataires de services préhospitaliers (services de premiers répondants, services ambulanciers, transport alternatif, service aérien, etc.);- Assurer et rendre compte du suivi de la performance du système et des prestataires de services préhospitaliers conformément aux cibles ministérielles et aux ententes de performance avec les établissements;- Déterminer les modalités de prestation de soins préhospitaliers en collaboration avec le Conseil clinique.

Bibliographie

- D.Botturi, B. Rubertini, R. Desmarteau and Lavalle. (2015). Investing in Social Capital in Emilia-Romagna region of Italy as a strategy for making public health work: *Social Capital Global Perspectives, Management Strategies and Effectiveness*. New York (chapter 10). New York: Nova Science Publishers.
- J.S. Coleman. (1990). *Foundations of social theory*. Cambridge (Mass.). Belknap Press of Harvard University Press, 993 p.
- Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et A. Dicaire. (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place* (rapport). Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>
- Dictionnaire Le Robert. (Date inconnue). Définition de « pôle ». Repéré à <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/pole>
- Comité consultatif sur l'implantation d'un système intégré de soins préhospitaliers. (1992). « *Services préhospitaliers d'urgence au Québec, chaque minute compte* (rapport, Fréchette). Repéré à <https://www.agence911.org/wp-content/uploads/2014/12/rapport-frechette.pdf>
- Jay R. Galbraith. (1995). *Designing Organizations*. San Francisco: Jossey-Bass Publisher. Consulté sur Wikipédia le 17 avril 2021. Repéré à <https://www.jaygalbraith.com/services/star-model>
- Nohria, Joyce & Robertson. (2003). What Really Works. *Harvard Business Review* (July).
- INSPQ. (Mise à jour de 2016). *Responsabilité populationnelle*. Repéré à <https://www.inspq.qc.ca/exercer-la-responsabilite-populationnelle/responsabilite-populationnelle>
- Entrée consultée date inconnue. [lalanguefrancaise.com](https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/pole) Repéré à <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/pole>
- Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, Québec (province) (Ouellet), ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>
- R.D. Putnam (1993). *Making Democracy Work, Civic Traditions in Italy*. Princeton : Princeton University Press.
- R.D. Putnam (2015). *Our kids : The American dream in crisis*. New York : Simon and Schuster.
- Vérificatrice générale. (2020). *Observations de la Vérificatrice générale*. p. 3-6. Repéré à https://www.vgq.qc.ca/Fichiers/Publications/rapport-annuel/165/vgq_ch01_web.pdf