



**Préhospitalier**

## **Rapport sur la modernisation de l'organisation et de la gestion des services préhospitaliers du Québec**

**Document de réflexion et de discussion présenté au comité national sur les services préhospitaliers d'urgences au Québec.**

**À l'attention de  
M. Marc Ouellet Président du comité**

**Présenté par**

**Jean Gagnon Représentant du secteur préhospitalier au bureau  
fédéral**

**Et**

**Dany Lacasse vice-président responsable des secteurs privés**

**Jeudi le 12 décembre 2013**

## Chapître 1 : Rappel historique

*Le rôle majeur de l'action syndicale de la CSN dans la constitution d'un système de soins préhospitaliers d'urgence unifié, organique, efficace, professionnel et de qualité.*

Jusque vers le milieu des années '70, aucun système de soins préhospitaliers d'urgence n'existait. D'ailleurs, à cette époque, on parlait de « transport par ambulance ». Les ambulanciers les mieux formés avaient reçu la formation de secouristes de l'Ambulance St-Jean. Le territoire du Québec n'était pas uniformément couvert par un service d'ambulance zone par zone. On rapporte à l'époque des événements tragiques vécus dans des conditions révoltantes, comme ce travailleur de la forêt ayant une jambe coupée par une scie mécanique qui fut amené à l'hôpital plus de 200 km plus loin, en « pick-up ».

Très souvent, le service de « transport par ambulance » était organisé dans une communauté, par les propriétaires de services funéraires puisqu'ils étaient les seuls à posséder des véhicules capables de transporter des personnes couchées (des corbillards, en l'occurrence).

À la fin de sa vie utile comme corbillard, on repeignait en vert et blanc, la plupart du temps, ces véhicules, puis on y ajoutait parfois une cloche, parfois une sirène et un gyrophare et on offrait un service additionnel aux services funéraires, le « transport par ambulance ». Quelques hôpitaux aussi offraient leur propre service de « transport par ambulance »; ces hôpitaux étaient principalement situés dans les grandes villes. Ils étaient peu nombreux à offrir ce service qui n'était d'ailleurs pas disponible au public en général.

À Montréal, en 1958, le service de police mit sur pied un service de « transport par ambulance » qui était exclusivement voué à dégager la voie publique. On refusait d'intervenir à domicile. Seuls les accidentés de la route avaient droit à ces services; la perspective n'était pas toutefois les soins à l'accidenté, mais plutôt de dégager la route pour cesser le plus rapidement la congestion de la circulation. Quelques compagnies de « transport par ambulance » naissaient à Montréal, à cette époque, mais leurs services étaient

plutôt voués aux transports « inter-établissements ». En effet, les hôpitaux signaient des contrats avec ces compagnies pour assurer ces transports. Pour être rentable, il fallait justifier un volume suffisant de transport journalier. Ainsi, le transport urgent était offert après les heures de travail, s'il restait du temps.

Les citoyens se rendaient donc à l'urgence de l'hôpital en automobile, en taxi, en autobus ou, encore, à pied, en fonction de leurs moyens financiers.

- **Une première invention législative :**

En 1976, la *Loi sur la protection de la santé publique*, pour la première fois dans la législation québécoise, traitait timidement du « transport par ambulance ». Comme pour les laboratoires ou encore les services funéraires, on établissait par cette *Loi* un système de permis pour une entreprise. Ainsi, une entreprise pouvait effectuer des « transports par ambulance ». Ce permis garantissait l'exclusivité du service sur un territoire délimité. En contrepartie, ce système de permis permettait d'assurer de quadriller le territoire québécois et d'assurer ainsi la présence d'ambulances en nombre défini par chaque entreprise sur la plus grande partie de ce territoire.

Il n'y avait aucune réglementation des services, aucun contrôle de qualité, pratiquement aucune formation, aucune organisation, ni interaction ou même complémentarité des services. Les patients devaient trouver dans le bottin téléphonique le numéro d'un service de « transport par ambulance » pouvant possiblement le servir.

- **La formation des ambulanciers :**

Dans les années '50 et '60, et une partie des années '70, un chauffeur d'ambulance recevait cent vingt-cinq heures de formation et le préposé, celui qui traitait le patient, recevait soixante-quinze heures de formation.

Le chauffeur d'ambulance qui s'occupait du véhicule ambulancier était donc mieux formé que le préposé qui s'occupait du patient.

En 1967, l'hôpital Royal Victoria offrait aux ambulanciers de l'hôpital une formation sommaire inspirée de modèles américains.

En 1967, à la veille de recevoir la communauté internationale à Expo-67, le gouvernement du Québec imposait seize heures de formation. Cette formation était dispensée par l'Ambulance St-Jean.

En 1974, certains médecins de l'urgence en collaboration avec l'hôpital Royal Victoria ont réussi pendant un certain temps à former, au Collège Dawson, des paramédics dont le programme de formation était équivalent à la formation donnée aux États-Unis.

En 1978, le Conseil régional de Montréal (ancêtre de l'actuelle Agence) exigeait des ambulanciers de Montréal une formation de cent-quatre-vingt heures, dont quarante heures de cette formation étaient en conduite d'urgence, s'y ajoutaient la formation de base de secouriste de l'Ambulance St-Jean, les cours de formation de la Fondation des maladies du cœur, etc.

**- Les premiers efforts de constituer un système :**

Puis, en 1981, était mis en œuvre, à Montréal et à Laval, la première version d'Urgences-Santé. Il s'agissait de « la direction des urgences santé du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain ». Cet Urgences-Santé n'offrait que certaines fonctions : le triage des appels par les infirmières et, pour les cas plus compliqués, par les médecins, ainsi que la répartition des arrivées en ambulance dans les différentes salles d'urgence de Montréal et Laval. Dès le début, Urgences-Santé mit sous contrat les vingt-et-une compagnies d'ambulance de Montréal et Laval et supprimait les vingt-et-un numéros de téléphone différents pour les remplacer par un numéro unique, le (514) 842-4242.

On le voit bien cependant, la perspective de cet Urgences-Santé n'est pas l'organisation d'un véritable service de soins préhospitaliers d'urgences, mais plutôt la perspective de la réduction de l'engorgement des urgences des hôpitaux de Montréal et Laval. C'est néanmoins une amélioration, ne serait-ce que par l'établissement d'un numéro de

téléphone unique, par rapport à l'accès anarchique, désorganisé à un service sans véritable priorisation des appels d'urgence médicale qui existait jusqu'alors et qui continuait à exister sans changement dans toutes les autres régions du Québec.

À ces deux fonctions s'est ajoutée, un peu accidentellement, lors de la mise en faillite de Télé-Médecin, une présence de médecins sur la route. Le modèle du Montréal métropolitain prévoyait alors des protocoles d'intervention qui, pour certaines interventions, commandaient les soins d'un médecin. Ce modèle était impossible à reproduire dans le reste du territoire québécois. Même à Montréal et Laval, il était imprévisible et aléatoire puisqu'il était totalement dépendant de l'offre de disponibilité des médecins. Cette offre de disponibilité variait considérablement selon les journées de la semaine, les mois et les saisons d'une année.

Les superviseurs de cette « direction des Urgences-Santé du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain » n'avaient aucune autorité sur les ambulanciers puisque ceux-ci n'étaient pas des salariés du Conseil régional mais de vingt-et-une entreprises différentes de services d'ambulance ou de services de véhicules de médecin. Les superviseurs étaient donc réduits à informer l'entreprise que tel véhicule n'était pas conforme et à le désaffecter de la route. Les ambulanciers étaient, en conséquence, privés de leur salaire même si ces irrégularités ne dépendaient souvent pas d'eux. Parfois, quelques propriétaires plus retors dont le véhicule avait été retiré de la route, feignaient une réparation comme ce propriétaire qui échangeait les pneus trop usés d'un véhicule ambulancier avec les pneus moins usés d'un autre véhicule ambulancier et jouait ainsi au jeu du chat et de la souris à chaque fois que les superviseurs repéraient ces pneus usés sur un véhicule.

Il n'existait que peu ou pas de contrôle sur la qualité des services dispensés par les entreprises ambulancières. Ainsi, certains propriétaires incitaient leurs ambulanciers à réutiliser des masques à oxygène tant que tenait l'élastique ou encore, à s'approprier des draps et autres équipements dans les hôpitaux. Les collets cervicaux n'étaient pas disponibles dans toutes les grandeurs requises. Les véhicules ambulanciers étaient souvent

« montés » tels des cantines mobiles et un propriétaire avait été jusqu'à faire souder les colonnes de directions brisées sur deux véhicules ambulanciers.

Bref, aucun système de soins préhospitaliers d'urgence assurant une qualité acceptable des services préhospitaliers d'urgence n'existait au Québec, même si, isolément, certaines entreprises faisaient des efforts pour atteindre une performance adéquate.

**- Les techniciens ambulanciers se syndiquent à la CSN :**

C'est la syndicalisation massive des ambulanciers par la CSN, par vagues successives (d'abord, Montréal et Laval (RETAQ-CSN) – ensuite les rives Sud et Nord (Montérégie et Laurentides-Lanaudière) – puis, les autres régions) qui obligea le gouvernement du Québec, le Ministère de la santé et des services sociaux, les différentes Agences de santé et des services sociaux (auparavant les Conseils régionaux, puis les Régies régionales) à se préoccuper finalement de ce secteur pourtant capital pour la mise en œuvre d'un véritable système de santé, puis à l'organiser et enfin à chercher à le perfectionner.

Les Teamsters avaient syndiqués deux des vingt-et-une compagnies d'ambulance. La convention collective fut conclue entre le propriétaire et le représentant des Teamsters, seul à seul. Comme résultat de la négociation, les deux délégués syndicaux étaient congédiés!

En 1979, un premier syndicat d'ambulanciers avait vu le jour chez Télé-Médic. Ce premier syndicat affilié à la CSD avait été constitué par un ambulancier (paramédic) devenu célèbre depuis : Mario Cotton. Il avait réussi à conclure une excellente convention collective, le salaire d'un ambulancier pouvait atteindre 7 \$ l'heure. Une première pour les ambulanciers. Mais en raison du rôle ambigu de la CSD, à l'époque de la mise en faillite de Télé-Médic en 1981, Mario Cotton cessa temporairement de s'occuper des questions syndicales.

De leur côté, les propriétaires des services d'ambulance, au tout début des années '80, ont fait appel à quelques syndicats jaunes afin de tenir à distance les syndicats authentiques.

Un autre ambulancier également devenu célèbre, Jacques Blain, vers 1982, met sur pied le *Regroupement des employés techniciens ambulanciers du Québec* (la première forme du RETAQ) qui n'était pas encore un syndicat, mais une association sans but lucratif. Pour ce faire, il avait utilisé l'argent qu'il avait reçu comme cadeau de noces.

Son employeur, Monsieur Abraham Perlmutter l'obligea à choisir entre l'association et son emploi. Il choisit l'association et fut congédié sur le champ.

Il continua cependant à œuvrer à la formation du RETAQ (Regroupement) et obtint de Mario Cotton après avoir insisté pendant un mois, qu'il y travaille également.

Une première rencontre entre cette association et le Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain eut lieu en 1983. Les demandes du Regroupement étaient élémentaires et toutes reliées au fonctionnement du service dont, par exemple, la demande d'un temps de repas alloué aux ambulanciers en période médiane du travail. Le Regroupement fut reçu avec froideur. Le Conseil régional lui signifia que de rencontrer la direction du Conseil régional n'était qu'un privilège qu'on leur accordait et qu'aucune des demandes des ambulanciers ne serait même évaluée avant quelques mois.

Dans les jours qui suivirent, une assemblée générale des ambulanciers fut convoquée. Mario Cotton y expliqua que le seul moyen d'obliger les employeurs et le Conseil régional à négocier avec les ambulanciers était l'adhésion de ceux-ci à un syndicat. Ce même jour, une écrasante majorité des techniciens-ambulanciers (85 % des employés des vingt-et-une compagnies) signait des cartes d'adhésion et naissait ainsi le RETAQ-CSN. Ce ne serait dorénavant plus le Regroupement, une association sans but lucratif, mais le Rassemblement, un syndicat authentique affilié à la FAS-CSN.

Commença alors une longue démarche syndicale qui allait transformer radicalement la prestation des services préhospitaliers d'urgence dans tout le Québec, qui allait organiser en système les interventions préhospitalières, qui allait assurer un accroissement continu de la qualité de ces soins. La démarche fut longue et ardue. Bien qu'il exista une

convergence très claire entre d'une part, le Ministère de la santé et des services sociaux, les Conseil régionaux de l'époque, quelques médecins d'urgence qui ont profondément marqué cette époque (les Docteurs Pierre Fréchette, Pierre Lapointe et Daniel Lefrançois), quelques propriétaires plus progressistes et, d'autre part, le projet des ambulanciers réunis par la CSN, l'augmentation des investissements financiers demandée à l'État provoquait néanmoins certaines grandes résistances.

**- Ce sont ces syndiqués qui ont obligé à l'évolution du système :**

Pour prendre une juste mesure de ces coûts, rappelons qu'en 1972, avant la première intervention législative, le coût de la totalité des services ambulanciers au Québec était de 1.5 M\$. Il est aujourd'hui d'environ 500 M\$, par année.

Pour établir une comparaison, le salaire minimum décent négocié pour un employé syndiqué d'un hôpital était, en 1972, de 5 200 \$ par année; alors qu'aujourd'hui, le salaire de 1972 du même employé syndiqué d'un hôpital n'a pas été augmenté par 10 fois, le budget des services préhospitaliers d'urgence, de son côté, a été augmenté par plus de 333 fois. C'est le résultat éclatant d'une action syndicale qui se justifiait essentiellement par la revendication de l'amélioration des services.

En 1984, les enjeux principaux étaient la formation, un équipement médical adéquat, une plus grande stabilité de l'emploi et une rémunération suffisante afin que le technicien ambulancier puisse vivre de sa profession et qu'on puisse ainsi développer et intéresser une main-d'œuvre suffisante à ce service essentiel. Le ministre Chevette mettait fin abruptement aux négociations, en décrétant les conditions de travail après quelques mois de pourparlers. Grand mal lui prit, les techniciens ambulanciers de Montréal et Laval ne s'y soumièrent pas. L'impasse fut dénouée par l'arbitrage de Me Pierre Marois, ministre alors démissionnaire du Parti québécois. En décembre 1985, à la toute veille des élections au Québec, les propriétaires de Montréal et Laval signaient une première convention collective très différente que ce que prévoyait le décret et qui intégrait tous les acquis de la négociation et de la décision *Marois*.



Après le rapport de médiation de Me Richard Drouin, pourtant négociateur en chef du gouvernement Bourrassa, le RETARS (Rassemblement des employés techniciens ambulanciers de la Rive-Sud) et le RETARN (Rassemblement des employés techniciens de la Rive-Nord), obtenaient sensiblement les mêmes conditions que celles des techniciens ambulanciers de Montréal et Laval et, principalement, la stabilisation des emplois.

Ensuite, compte tenu de ces acquis, les ambulanciers des autres régions du Québec se syndiquaient massivement et le modèle existant leur était appliqué, avec parfois quelques aménagements locaux.

Ces conventions collectives signées par les syndicats de la CSN allaient désormais permettre aux techniciens ambulanciers de gagner leur vie en exerçant leur profession. Les conventions collectives établissaient des seuils minimaux de services, elles assuraient ainsi la stabilité des emplois.

Ces conventions collectives allaient changer complètement et définitivement l'organisation des services préhospitaliers d'urgence au Québec.

**Les revendications syndicales ne s'arrêtaient pas aux seules conditions de travail et de salaire. Elles étaient d'abord axées sur les besoins de la population et les exigences de la qualité de ses soins.** Plusieurs médecins d'urgence, notamment les Docteurs Fréchette, Lapointe et Lefrançois devenaient, du fait d'un partage du même idéal, des compagnons de route de cette démarche syndicale. Au Ministère de la santé et des services sociaux on était dorénavant convaincus de la justesse des revendications syndicales; la ministre, Madame Thérèse Lavoie-Roux, le sous-ministre en titre Réjean Cantin, entre autres, partageaient la vision que proposait le RETAQ d'alors.

Le projet du Conseil régional de Montréal métropolitain de structurer les services préhospitaliers d'urgence à Montréal et Laval avait été jusqu'alors impossible, en raison de la multiplicité des entreprises (21) ayant chacune sa propre convention collective, sa

propre liste d'ancienneté de ses employés et, conséquemment, ses propres exigences quant aux horaires de travail.

Le rapport de médiation de Me Richard Drouin sur la Rive-Sud (Montérégie) et la Rive-Nord (Laurentides – Lanaudière) faisait état du fait qu'une part importante des sommes allouées n'était pas attribuée aux services à la population et augmentait indûment les revenus des entreprises. **Il recommandait donc la séparation du *fonds salaires* (qui détermine le niveau des services) et du *fonds d'exploitation* (qui détermine les coûts d'exploitation et le profit). Il recommandait également une surveillance accrue par les autorités publiques sur la prestation des soins préhospitaliers d'urgence.**

**- La deuxième pièce législative :**

Les revendications syndicales de la CSN conduisaient donc directement à l'adoption d'une deuxième mesure législative, la première étant le *Projet de loi 27* qui, en 1972, avait amendé la *Loi sur la protection de la santé publique*, puis la deuxième, en 1989, le *Projet de loi 34*, qui par amendements, à la Loi sur les services de santé et services sociaux :

- créait la Corporation d'Urgences-Santé (à Montréal et Laval);
- intégrait à Urgences-Santé la totalité des techniciens ambulanciers des entreprises de Montréal et de Laval;
- ne réservait aux propriétaires de Montréal et Laval que le rôle de locateur de véhicules;
- séparait les fonds de salaires et les fonds d'exploitation dans toutes les autres régions du Québec;
- confiait aux Agences de santé et de services sociaux un rôle de surveillance de la suffisance et de la qualité des services dans toutes les autres régions du Québec;

C'était une pièce législative majeure qui amorçait l'organisation, dans tout le Québec, d'un service de soins préhospitaliers moderne, universel et compétent.

Les propriétaires comprirent vite que leurs parts de profits seraient désormais contrôlées, qu'ils ne pourraient plus dorénavant verser des sommes allouées aux services à d'autres fins de leurs entreprises et que les exigences de la qualité des soins exigeraient davantage d'efforts d'eux.

Ils menaçaient donc de cesser leurs activités, ce qui faisait craindre au Gouvernement du Québec que l'adoption de ce *Projet de loi 34* provoque une rupture de services entraînant mortalités et morbidités. La seule porte de sortie possible pour les propriétaires devenait donc la vente de leurs entreprises ambulancières. Mais, puisqu'aucun acheteur du secteur privé n'était dorénavant intéressé, le rachat par les techniciens ambulancier de leurs entreprises au moyen de coopératives de travail constituées avec l'aide de la CSN, devenait le moyen le plus efficace pour assurer les services et ainsi permettre l'adoption de ce *Projet de loi 34*. Ce fut le cas notamment à Montréal et Laval, à Québec et, pour une part significative, en Mauricie, en Montérégie et en Outaouais. Les techniciens ambulanciers sauvegardaient ainsi tous les acquis de leur action syndicale.

Dans ce sens, la constitution des coopératives ambulancières était stratégique. Elle permettait au Gouvernement d'adopter le *Projet de loi 34* sans craindre une rupture des services.

L'autre temps fort de cette construction d'un véritable système de soins préhospitaliers d'urgence fut la publication du rapport du *Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence*, communément appelé « le Comité Dicaire » du nom de son éminent président Monsieur André Dicaire.

Mis sur pied quelques quinze années après le début de la syndicalisation, quelques dix années après l'adoption du *Projet de loi 34* qui avait déjà significativement amélioré les services ambulanciers au Québec, le *Comité Dicaire* devenait un moment privilégié d'examen, de discussion, d'échange et de réflexion sur tout ce qu'il restait à faire et de tout ce qui devait être amélioré afin de « mettre en place un système organique, compétent, efficace, moderne et universel au Québec ».

**- Le Comité Dicaire (décembre 2000) :**

Les progrès réalisés grâce à l'action syndicale et enchâssés dans le *Projet de loi 34* firent en sorte qu'en 1999 plusieurs personnes, plusieurs professions, plusieurs organismes publics dont le Vérificateur général du Québec et plusieurs organismes parapublics ou privés étaient devenus conscients de l'importance capitale des soins préhospitaliers d'urgence dans un système de santé moderne. *Le Comité Dicaire* fut donc composé de représentants : du Ministère de la santé et des services sociaux (MSSS), des Agences de santé et des services sociaux (Agences), de techniciens ambulanciers, de l'Union des municipalités du Québec, de la CSN, de la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ), de médecins spécialisés en urgence, d'entreprises ambulancières et de centres hospitaliers.

Les sous-comités du *Comité Dicaire* réunirent quarante-sept personnes de toutes origines des services d'urgence ou des services de santé pour approfondir plusieurs thèmes. *Le Comité Dicaire* entendit les représentations de trente-six groupes de toutes les sensibilités (dont la Croix-Rouge, les CÉGEPS, l'Association de médecins, l'Ordre des infirmières, l'Association des hôpitaux, plusieurs Services de prévention des incendies, des Ministères de l'Éducation, du Transport, de la Sécurité publique, de la Solidarité sociale, l'Office des personnes handicapées, la Fondation des maladies du cœur, etc.).

Fait absolument remarquable : le *rapport Dicaire* fut un rapport unanime signé par tous ses membres. Si cette unanimité fut possible, c'est parce que la « ligne directrice » qui l'inspirait fut la même « ligne directrice » qui avait inspiré les militants syndicaux dès 1983. C'est-à-dire : revendiquer afin d'établir le meilleur système de soins préhospitaliers d'urgence qui soit, dans le temps, possible et, éventuellement, encore perfectible.

Bien sûr qu'un revenu de salaire décent qui reflète le niveau de formation des techniciens ambulanciers/paramédics est un élément central du développement d'un service préhospitalier d'urgence de qualité. Sans rémunérer justement les techniciens ambulanciers/paramédics en fonction de ces critères, on ne pourrait pas effectuer le

recrutement requis et assurer la rétention de cette main-d'œuvre. Cela est autant vrai pour les services préhospitaliers que cela est vrai pour les médecins, les infirmières, les techniciens, employés de bureau, employés de soutien, etc. Mais les revendications uniquement axées sur la satisfaction de besoins des techniciens ambulanciers/paramédics ne constituent pas un facteur de changement en soi. Elles ne sont pas cause d'amélioration des services, elles n'en sont plutôt que l'effet. C'est, en effet, en raison de l'élargissement du champ d'activité en préhospitalier, d'une plus grande responsabilisation des techniciens ambulanciers/paramédics, d'une formation plus spécialisée de ces derniers, d'une professionnalisation des interventions, d'une crédibilité plus grande auprès d'autres acteurs (comme le Collège des médecins) que se complexifie la prestation de travail du technicien ambulancier/paramédic et, en conséquence, que sa rémunération augmente.

En effet, la rémunération actuelle des techniciens ambulanciers/paramédics n'a plus rien à voir avec la rémunération du début de la syndicalisation en 1983. Ceux de Montréal et Laval, parmi les rares techniciens ambulanciers/paramédics du Québec payés à l'heure et parmi les mieux payés du Québec, recevaient de 4,50 \$ l'heure à 6,50 \$ l'heure. Le salaire minimum en 1983 était de 4 \$ l'heure. Si on appliquait à ces salaires de l'époque l'évolution strictement sur des bases économiques, comme c'est le cas pour le salaire minimum, les techniciens ambulanciers/paramédics seraient aujourd'hui payés de 22 500 \$ à 30 000 \$ par année.

Inutile de tenter une comparaison avec la rémunération d'avant 1983 ou avec celle payée dans les régions car ils étaient payés en forfait ou en pourcentage du coût du voyage, certains recevaient 1 \$ par heure de disponibilité... C'est évident que c'est parce qu'ils ont amélioré la prestation de leurs services, que les techniciens ambulanciers/paramédics ont augmenté leur rémunération en conséquence et en proportion.

Le rapport *Dicaire* présentait 97 recommandations unanimes pour améliorer les services préhospitaliers d'urgence. On doit à Sylvain Gagnon, à l'époque directeur des services préhospitaliers au MSSS, d'avoir produit le *Projet de loi* qui devint la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* et qui intégrait la presque totalité de ces recommandations.

On connaît donc aujourd’hui un système intégré où presque toute la population a accès aux services par le biais du 9-1-1; où la grande majorité est desservie par un Centre de communication santé qui trie et traite les appels en appliquant le système médical avancé de priorisation d’appels d’urgences et qui répartit en fonction de facteurs cliniques les appels; où des premiers répondants (pas toujours toutefois là où le besoin existe) peuvent intervenir pour sauver des vies; où des techniciens ambulanciers/paramédics formés, dotés d’équipements de plus en plus sophistiqués, ayant un champ de pratique, interviennent professionnellement; et où une plus grande collaboration existe entre les salles d’urgence des centres hospitaliers et les techniciens ambulanciers/paramédics, du moins d’un point de vue clinique.

**C’est un immense progrès. Tout n’est pas complété cependant et beaucoup est encore à parfaire.**

Parmi les critiques les plus sévères faites à l’époque par le *Comité Dicaire* on comptait l’absence de leadership du MSSS, ainsi que l’incroyable disparité des services préhospitaliers, de leur qualité, de la formation, des équipements en fonction de la Régie régionale (Agence) où se situaient ces services.

Il convient de citer le rapport :

« L’absence d’un leadership solide encadrant l’ensemble du système a causé notamment des difficultés d’uniformisation et d’intégration des composantes du système entre elles et avec d’autres réseaux de services, dont ceux de la santé et de la sécurité civile. »

[*Rapport Dicaire*, p. 74]

Afin d’établir ce leadership requis et d’assurer pour tout le Québec un système universel et de qualité égale, le Comité formulait parmi ses recommandations :

« Que soit créée à cette fin une Direction des services préhospitaliers d'urgence, placée sous l'autorité d'un sous-ministre [...]. »

Cette recommandation était formulée par Monsieur André Dicaire lui-même et visait à donner une grande autonomie au préhospitalier d'urgence au sein du MSSS en le dotant de son propre sous-ministre. C'était une façon d'atteindre ce que plusieurs au sein du *Comité Dicaire* souhaitaient : une Agence provinciale des services préhospitaliers d'urgence (une sorte d'Urgences-Santé du Québec) laquelle aurait répondu directement au ministre de la Santé et des services sociaux.

Cette recommandation ne fut pas incluse dans la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*. On constitua plutôt un service dont la direction fut confié au Dr Lefrançois qui dépendait de l'un des directeurs généraux ou des sous-ministres adjoints, lequel dépendait du sous-ministre en titre, lequel répond au ministre.

Ce qui devait arriver, arriva. Progressivement, l'effort consenti par ce secteur était constamment réconcilié avec les efforts de toutes les autres composantes du MSSS. S'il faut reconnaître que sous l'impulsion de Dr Lefrançois, le préhospitalier a connu des progrès, force nous est de constater que depuis quelques années le développement du système marque le pas.

**Ainsi, de nos jours, on peut refaire le même constat que faisait à l'époque le *Comité Dicaire* et, de nouveau, déplorer l'absence d'un véritable leadership.**

Cette absence ou cette carence du leadership n'est pas le fait des personnes qui oeuvrent au MSSS, elle est la conséquence de l'absence structurée de l'autorité publique. Ces pouvoirs du Ministère sont partiels et circonstanciels. On peut aussi déplorer le maintien d'une grande disparité au niveau des services préhospitaliers d'urgence d'une région à l'autre. Ce n'est pas le fait là aussi d'individus qui seraient fautifs, c'est le fait de l'absence d'une structure nécessaire, essentielle et vitale pour le développement de ce secteur qui doit encore se battre pour être intégré pleinement au réseau de la santé. Ce secteur diffère

considérablement par des aspects caractéristiques de son organisation, de sa pratique et de sa culture, ce qui lui confère également un caractère se rapprochant aussi de la sécurité publique, comme le rappelait M. Gilles Gauthier, dans son rapport préconisant la constitution d'une « **Corporation des services préhospitaliers d'urgence** » ayant juridiction partout au Québec.

**- Le rapport Gauthier (novembre 2007) :**

Gilles Gauthier a connu une longue carrière comme administrateur d'État à la Fédération des CLSC, au Comité patronal de négociation de la santé et des services sociaux, comme directeur, puis sous-ministre adjoint au Ministère de la santé et des services sociaux, comme président directeur général d'Urgences-Santé, puis à Hydro-Québec.

Il convient de rappeler la conclusion à laquelle il parvenait au terme d'un mandat sur la faisabilité d'un tel organisme public et centralisé ayant juridiction sur tout le territoire du Québec. Ce mandat lui avait été confié par le ministre de la santé et des services sociaux, Dr Philippe Couillard.

**« CRÉATION DE LA CORPORATION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DU QUÉBEC :**

1. *Juridiquement, organisme relevant du Ministre qui intègre déjà un organisme existant : Urgences-Santé.*
2. *Conseil d'administration regroupant les expertises suivantes :*
  - *médecine préhospitalière, experts opérationnels, communications, finances et gestion, représentants des organismes suivants M.S.S.S., Sécurité-publique, Agences, S.A.A.Q.*
3. *La Corporation aurait tous les pouvoirs requis pour assumer l'ensemble des responsabilités actuellement dévolues au M.S.S.S., aux Agences et à la Corporation d'Urgences-Santé.*
4. *La Corporation devrait exercer notamment les responsabilités suivantes :*



- *établir les politiques et les orientations stratégiques et veiller à leur application, leur mise en œuvre et leur évaluation;*
- *identifier les objectifs opérationnels et cliniques, établir des standards de qualité et voir à leur mise en œuvre;*
- *élaborer des protocoles, les programmes et les politiques nécessaires;*
- *répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les régions et veiller au contrôle de leur utilisation;*
- *établir les paramètres en matières de planification, de développement et de formation de la main d'œuvre;*
- *développer et mettre en œuvre un système d'information de gestion uniforme à la grandeur du Québec;*
- *développer les activités de recherche dans le domaine du préhospitalier d'urgence;*
- *s'assurer de l'uniformisation et de l'intégration des composantes du système;*
- *s'assurer de l'application des lois, des règlements, des protocoles, des politiques et des normes applicables à ce secteur;*
- *développer, négocier et signer les ententes contractuelles à intervenir entre les instances impliquées dans la prestation des services.*

*5. Une telle proposition est-elle recevable par le milieu du préhospitalier?*

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

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

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

**- Un organisme central et spécialisé :**

L'appui à la mise en œuvre d'une entité spécifique et entièrement vouée aux soins préhospitaliers d'urgence est donc généralisé et presque unanime.

En effet, tous savent que dans l'arbitrage constant que le MSSS et les Agences doivent faire entre toutes les priorités de la santé et les priorités des services sociaux, le poids des services préhospitaliers d'urgence est tout à fait relatif. Le coût global de tous les services préhospitaliers d'urgence ne représente toujours qu'à peine plus de 1.7 % du budget du Ministère de la santé et des services sociaux. C'est dire l'énormité des pressions qui s'exerce sur le MSSS pour développer et perfectionner tous les autres aspects de la vocation du Ministère.

Lorsque cet arbitrage a été réalisé, il doit encore être réconcilié avec les autres priorités des différents ministères du gouvernement. Ainsi, en dehors de l'agitation et de la turbulence soudaine qui surviennent à l'occasion des négociations de conventions collectives, le pouvoir du préhospitalier d'influencer l'action ministérielle et gouvernementale est fortement atténuée.

**- Raison d'être d'un organisme central:**

**Obtenir la constitution d'un tel organisme central et spécialisé permettrait à des spécialistes bien informés du milieu et sensibles à son évolution de poursuivre, même à l'intérieur du même budget, le développement requis du secteur et son adaptation aux changements cliniques, techniques et opérationnels constatés ailleurs dans le monde. Cet organisme central est un instrument essentiel au développement des services préhospitaliers d'urgence et de l'assurance de la qualité de ces services. Il s'agit, en somme, de créer les conditions préalables et essentielles à l'émergence d'un vrai leadership.**

**- Trois enseignements importants peuvent être dégagés de ce court rappel historique :**

- 1) c'est parce qu'elles étaient fondées sur l'amélioration réelle des services à la population et non pas sur la satisfaction des besoins immédiats des ambulanciers que les revendications syndicales ont convaincu tous les décideurs à tous les niveaux;
- 2) c'est parce que l'amélioration des services était réelle, vérifiable et bien articulée et non pas un simple slogan sans fondement que les décideurs ont décidé d'y donner suite;
- 3) l'action syndicale a toujours su distinguer ce qui pouvait se réaliser à court terme, à moyen terme et à long terme, et ne jamais accepter des compromis à court terme qui mettraient en péril le moyen et le long terme; ainsi la transformation a pu s'effectuer sur une **vingtaine d'années**.

## **Chapître 2 : Les coûts des services préhospitaliers d'urgence**

### **- La part du préhospitalier :**

Le budget 2011-2012 alloué au Ministère de la santé et des services sociaux du Québec est de 29,143 milliards. Les évaluations du MSSS établissent à environ 500 M \$ la part au total du préhospitaliers. Le budget total du préhospitalier représente donc environ 1,7 % du budget du MSSS.

On comptabilise dans ce 500 M \$ le coût du personnel du MSSS affecté à la direction du préhospitalier, le coût du personnel de chacune des quatorze (14) Agences de la santé et des services sociaux qui exercent des responsabilités à l'égard des services préhospitaliers, le coût d'exploitation des CCS ou autres centrales de répartition (dont environ 80 % du budget est constitué des salaires payés aux employés), le coût des subventions indirectes accordées à des services de premiers répondants et le coût des contrats de services conclus entre le MSSS et les Regroupements d'entreprises de services ambulanciers (dont entre 60 % et 70 % des coûts sont constitués des salaires versés aux techniciens ambulanciers/paramédics), le coût d'exploitation de Urgences-Santé (là également, le coût de la main-d'œuvre représente entre 60 % et 70 % de son budget).

### **- Les profits des propriétaires :**

Un volet du mandat confié au présent comité demandait que soient évalués les profits des entreprises ambulancières, à l'exception d'Urgences-Santé dont les profits appartiennent au MSSS et, finalement, au Conseil du trésor et dont les déficits sont également supportés par le MSSS et, finalement, par le Conseil du trésor.

Bien qu'on ne puisse obtenir les résultats financiers pour chacune des entreprises privées puisqu'ils sont du domaine privé, on peut cependant, à partir d'échantillons dépersonnalisés et à partir de budgets publiés (comme celui des coopératives) établir des moyennes de profits qui sont proches du réel.

C'est ainsi que MCE Conseils (qui compte parmi les rares experts capables d'évaluer avec justesse les budgets d'entreprises ambulancières et d'en mesurer les résultats aux états financiers) a su établir que, en moyenne, les profits des entreprises varient entre 4 % et 7 % du chiffre d'affaires.

Cette évaluation a été discutée avec les responsables du MSSS et correspond à leur propre évaluation. Cette marge de profit est observée ailleurs au Canada, aux Etats-Unis et en Europe.

Il faut constamment garder en mémoire qu'il s'agit d'une moyenne. En effet, plusieurs facteurs peuvent influencer favorablement ou défavorablement les résultats des entreprises lorsque prises individuellement.

Ainsi, le propriétaire qui a acheté son entreprise il y a plus de trente ans, alors que le prix du permis était dérisoire, qui a fini de payer ses installations immobilières, qui achète en payant comptant ses véhicules ambulanciers, dont l'entreprise n'a pas de dette et qui a toujours eu une administration saine, respectueuse et préventive et qui, en conséquence a peu de coûts de CSST, de gestion ou griefs ou encore de grandes entreprises, dont plusieurs coopératives, qui bénéficient d'économies d'échelle, peut réaliser un profit supérieur à cette moyenne.

À l'inverse, celui qui a acheté il y a peu de temps et qui a dû payer les prix artificiellement élevés pour les permis, qui doit amortir ses installations immobilières, qui achète les véhicules ambulanciers à crédit ou qui gère mal la santé sécurité et maintient une culture d'affrontement avec ses employés, peut plutôt réaliser une marge de profit inférieure à la moyenne.

### **- Les coûts de l'étatisation :**

Dans tout dossier où l'on évalue l'étatisation d'un service, l'État ne procède pas à une lecture de la micro-économie. Il lui suffit de savoir ce que l'État paye, en l'occurrence, une moyenne de 4 % à 7 % de profits. L'État sait ainsi le coût global de l'indemnisation qu'il

devrait assumer et peut, en conséquence, mesuré si l'opération lui sera économiquement favorable ou non.

Le MSSS estime que ce niveau de profits de 4 % à 7 % est raisonnable. En effet, si le niveau était plus bas, il y aurait un grand risque que certains propriétaires perdent la motivation d'opérer ces services et vendent leur entreprise à de plus grandes entreprises. Ce qui provoquerait une concentration accélérée des entreprises.

**Le petit entrepreneur qui a vendu son entreprise peut toujours, sans même devoir fournir une prestation de travail, obtenir un rendement de 4 % à 7 % de son capital en investissant le fruit de sa vente. La grande entreprise qui accepte, parce qu'elle est capable de l'absorber dans ses revenus et dépenses consolidés, de prendre temporairement une perte, élimine du coup la concurrence et, une fois que se créent de grands monopoles, elle devient en position de force pour augmenter les prix et combler largement la perte temporaire qu'elle avait acceptée de subir. C'est ce qui semble bien s'être produit dans le domaine de la construction et le domaine de l'informatique où désormais, quelques entreprises titanesques dominent et se partagent le marché dont les coûts sont devenus exorbitants et sont assumés par la collectivité.**

**- Le processus de l'étatisation :**

La *Constitution canadienne* de 1982 garantit le droit de propriété, la *Charte des droits et libertés de la personne du Québec* garantit le droit de soumettre aux tribunaux compétents la détermination de ses droits et le *Code civil du Québec* ne permet l'expropriation qu'à la condition d'une juste et préalable indemnisation.

Ainsi et à moins de faire modifier la *Constitution canadienne*, la *Charte québécoise* et le *Code civil*, l'étatisation des services ambulanciers exigerait que l'État paye une somme d'environ 800 M \$ aux entreprises à titre d'indemnisation à la juste valeur marchande des entreprises. Ce montant a été évalué par MCE Conseils et soumis informellement à des autorités du MSSS qui reconnaissent que cette évaluation est probante.

On le sait cruellement par les 600 M \$ de coupures annoncées à l'automne 2011, l'État ne dispose pas d'un tel montant. Deux avenues s'ouvriraient donc à l'État pour procéder à l'acquisition des services ambulanciers : soit de couper un 800 M \$ additionnel dans les services publics, ce qui apparaît à toutes fins utiles impossible ; soit d'emprunter les 800 M \$ sur les marchés financiers, en payer le coût de l'intérêt, augmenter le service de la dette au budget et risquer ainsi de voir sa cote de crédit réduite par Moody's et Standard and Poor... Les coûts d'intérêts de cet emprunt tels qu'évalués par MCE Conseils, pourraient même être supérieurs aux coûts des profits actuels.

La différence résiderait notamment dans le fait que, dans un cas, ces intérêts seraient versés aux marchés financiers souvent étrangers et, dans l'autre cas, les profits sont payés à des entrepreneurs de toutes les régions du Québec.

À ces coûts directs de l'étatisation, il faut ajouter les coûts indirects qui sont encore plus importants. En effet, si l'État devient responsable des pertes et profits pour chaque entité ambulancière, les règles de gouvernance, d'imputabilité et de reddition de compte devant le vérificateur général, l'obligeront à exercer une surveillance de la dépense des fonds publics. À cette surveillance devra aussi s'ajouter la responsabilité d'établir une structure de gestion.

C'est exactement pour ces raisons (un coût excessif de l'administration et un coût excessif de la gestion) qu'en 1988-1989 la prise en charge par l'État de services ambulanciers a été limitée aux territoires densément peuplés de Montréal et Laval et, encore, cette prise en charge était limitée, au début, au personnel technicien ambulancier. Ce n'est qu'à la suite de l'insolvabilité de la CTSAM que l'État acceptait finalement que les véhicules, équipements, bâtiments et personnel de soutien soient aussi intégrés à Urgences-Santé.

C'est exactement pour ces mêmes raisons (le coût excessif de l'administration et le coût excessif de la gestion) que M. André Dicaire (sous-ministre à la santé, secrétaire du Conseil du Trésor, président de la RAMQ, secrétaire du Conseil exécutif) refusait d'examiner

l'hypothèse même d'une étatisation des services préhospitaliers. Pourtant, à l'occasion des travaux de la *Commission Dicaire* qui constitue la référence du domaine préhospitalier, les propriétaires avaient déclaré ne pas s'opposer à une étatisation des services, à la condition d'une indemnisation juste et préalable.

**- L'argument économique n'est pas un bon argument :**

Il pourrait donc être facilement démontré que les coûts seraient plus importants si les services ambulanciers étaient étatisés.

Mais si l'objectif poursuivi par les techniciens ambulanciers/paramédics est d'assurer la qualité des services, de s'assurer qu'on la définit, qu'on la mesure et qu'on en tire les conclusions qui s'imposent, on peut l'atteindre, sans augmenter les coûts.



### Chapître 3 : Le parachèvement de la mise en place d'un véritable système

*Un organisme public apte à contrôler la prestation des services préhospitaliers d'urgence, apte à en assurer le perfectionnement et le développement et doté des moyens nécessaires à l'exercice d'un leadership.*

En regard des observations et recommandations du Rapport *Dicaire*, plusieurs lacunes subsistent parmi lesquelles doivent être signalées:

- 1) de grandes disparités dans la gestion des services préhospitaliers peuvent être observées entre les quatorze Agences qui exercent une autorité sur ces services; de même, une disparité peut être observée entre Urgences-Santé et les Agences;
- 2) ces disparités ne peuvent souvent être résolue par le MSSS qui ne détient pas toute l'information requise, qui ne détient pas juridiquement l'autorité nécessaire et qui ne peut, en conséquence, exercer le leadership souhaité;
- 3) **une planification stratégique au niveau national fait défaut; ainsi l'existence de premiers répondants est aléatoire et parfois présente là où ils ne sont pas réellement justifiés, mais absents là où ils seraient essentiels; les CCS connaissent un développement anarchique et qui tarde; il n'y a pas de reddition complète et véritable des performances opérationnelles et professionnelles des services ambulanciers; il y a une collaboration très inégale des centres hospitaliers; il n'y a aucune modulation de la réponse, hors le territoire d'Urgences-Santé;**
- 4) Des iniquités interrégionales sont apparentes et injustifiables; et même les régions plus avancées, comme Urgences-Santé, sont freinées par l'état déficient des autres régions.

Comme le proposait le rapport de Gilles Gauthier et comme l'avait, auparavant, évoqué le Rapport *Dicaire* et comme le réclament, depuis 1983, les ambulanciers, une autorité centrale forte, compétente et structurante s'impose afin de parachever le développement d'un véritable service de soins préhospitaliers d'urgence.

**- Structure d'une société nationale du préhospitalier :**

Dirigée par un conseil d'administration composé d'administrateurs compétents et responsable d'un véritable système préhospitalier d'urgence, la société nationale aurait tous les pouvoirs pour assumer l'ensemble des responsabilités qui sont actuellement inégalement assumées par les Agences, Urgences-santé et la direction des services préhospitaliers d'urgence (S.P.U.) du MSSS.

**Cette société nationale aurait le mandat de développer et de surveiller la prestation des services préhospitaliers d'urgence effectuée par chaque maillon de la chaîne d'intervention, d'une manière uniforme et constante sur tout le territoire du Québec et d'apporter un soutien à tous les intervenants ainsi qu'une expertise dans les champs cliniques, professionnels, technologiques, économiques et administratifs.**

**Le ministre de la Santé et des Services sociaux serait le ministre de tutelle de cette société nationale. Celle-ci devrait faire un rapport annuel en commission parlementaire et procéder à cette occasion à une reddition de compte.**

Sa mise en oeuvre devrait pouvoir se faire à coût nul et possiblement à un coût moindre, en regroupant les ressources de planification, de gestion et de recherche qui sont actuellement allouées pour chacune des Agences régionales, pour Urgences-Santé, ainsi que pour la direction nationale du S.P.U. du MSSS.

***La société aurait notamment le mandat :***

- 1) d'établir les politiques et les orientations stratégiques et veiller à leur mise en oeuvre, à leur application et à leur évaluation;

- 2) d'identifier les objectifs opérationnels et cliniques, établir les standards de qualité et en assurer leur mise en œuvre;
- 3) d'élaborer les protocoles pertinents, les programmes et politiques des services;
- 4) de répartir équitablement les ressources humaines, matérielles et financières entre les intervenants et veiller au contrôle de leur utilisation;
- 5) d'assumer la complémentarité, le développement et la coordination des services;
- 6) d'établir des paramètres en matière de développement et de perfectionnement de la main d'œuvre et de la technologie, en suivre l'application et en faire l'évaluation;
- 7) de contrôler le processus et le suivi budgétaire annuel;
- 8) de s'assurer que les résultats de la recherche et du développement soient intégrés aux services offerts;
- 9) d'assumer l'uniformisation et l'interaction des composantes des services;
- 10) de s'assurer de l'application des lois, règlements, politiques, directives, protocoles et normes de la part de toutes les composantes des services;
- 11) de s'assurer du déploiement d'un réel système d'information et de son utilisation afin de surveiller adéquatement la performance de toutes les composantes des services, sur tout le territoire;
- 12) de constituer une banque de données pour permettre l'évaluation des services, la recherche de l'économie, l'efficacité, l'efficience et la reddition de compte en regard des meilleures pratiques définies;

13) de développer le cadre et conclure les ententes avec tous les intervenants impliqués dans la prestation des services préhospitaliers d'urgence.

## **Chapître 4 : Les services préhospitaliers doivent être constitués en système**

C'est globalement qu'il faut définir, mettre en œuvre, surveiller et évaluer la performance des services préhospitaliers d'urgence. Comme le suggérait déjà la *Commission Dicaire*, il faut s'assurer de la performance depuis le tout début des soins, c'est-à-dire dès l'appel du premier intervenant requérant les secours du système, jusqu'à l'achèvement des services préhospitaliers, c'est-à-dire l'arrivée du patient au Centre hospitalier désigné en étant le plus stable possible.

Or, la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, partiellement respectueuse en cela du *Rapport Dicaire*, a fractionné les responsabilités : au niveau ministériel et au niveau régional. Le disfonctionnement et la disparité observés tant aux niveaux politique et régionaux; les difficultés persistantes des organismes publics à établir et à faire fonctionner un véritable partenariat avec les entreprises privées; les modèles disparate des CCS; la présence aléatoire, souvent insuffisante, mais parfois même injustifiée de premiers répondants; l'absence d'une mesure afin de déterminer la qualité des prestations des services ambulanciers; l'évaluation de la livraison des services rendus et les rapports souvent déficients, parfois même hostiles, entre les services ambulanciers et les Centres hospitaliers; toutes ces carences font que, **encore aujourd'hui, le gouvernement du Québec paye pour des services dont il ne sait s'ils sont rendus ou s'ils sont rendus de la manière attendue**, ce que demandait déjà, il y a plus de dix ans, le vérificateur général.

### **- Une autorité centrale forte :**

Le MSSS ne connaît pas toutes les données essentielles et doute même parfois de certaines données que peuvent lui transmettre certaines Agences.

Le pouvoir discrétionnaire des Agences d'organiser les services, d'émettre des permis, de justifier des développements varie d'une région à l'autre en fonction des ressources

financières disponibles, lorsqu'il ne varie pas également à l'intérieur même de la région, selon les « affinités » entre les intervenants et les responsables des Agences.

En clair, force nous est tenue de constater que la Loi, telle que rédigée, n'a pas su agréger tous les éléments constitutifs d'un véritable système préhospitalier d'urgence.

Sans la réalisation de cette agrégation, la preuve en est maintenant faite, il n'y a pas de véritable définition, ni de véritable mesure de la performance du système.

En l'absence de cette capacité de définir et mesurer la performance, il s'ensuit qu'aucun des maillons de la chaîne ne se sent obligé. Cela ne signifie pas qu'il n'existe pas une volonté d'offrir des services de qualité ou une prestation qui soit de qualité. Mais cette performance est volontaire et parfois coûteuse.

**- Les constats suivants peuvent être faits :**

- 1) Déficience d'une vision globale partagée par tous les acteurs;
- 2) Fractionnement des responsabilisés au MSSS et dans les quatorze (14) Agences régionales et coexistence d'Urgences-Santé;
- 3) Allocations de ressources variables et parfois d'une efficacité discutable;
- 4) Culture de confrontation provoquée par la multiplicité des intervenants;
- 5) Défaut d'agir en véritable partenariat (Agences, services ambulanciers, premiers répondants);
- 6) Les contrats de services avec les entreprises font état d'objectifs sans qu'ils ne soient signifiés, mesurés et contrôlés;
- 7) Les premiers répondants font souvent défaut de rendre compte;
- 8) La mesure des performances peut varier d'un centre de répartition à un autre;
- 9) En l'absence d'un leadership central fort et d'un encadrement adéquat, il est difficile de mobiliser tous les intervenants de la chaîne d'intervention;
- 10) Les investissements sont éparpillés, parfois redondants, parfois peu pertinents et ne s'inscrivent pas dans une vision unique et globale du développement du système préhospitalier d'urgence.

**- Éléments de la structure de la corporation des services préhospitaliers d'urgence (CSPU) :**

- Le Ministre de tutelle serait le Ministre de la santé et des services sociaux;
- La corporation serait créée par une Loi;
- Son Conseil d'administration serait composé de membres nommés par le Ministre et en tenant compte de leurs provenance, connaissances et compétences et devrait refléter tous les aspects d'un système préhospitalier d'urgence;
- Les 9-1-1 seraient liés à cette CSPU par ententes de services (selon le modèle actuel);
- Les premiers répondant seraient liés à cette CSPU par ententes contractuelles conclues avec les Villes, OBNL ou autres entités juridiques;
- Les services ambulanciers seraient liés à cette CSPU par ententes contractuelles conclues par les associations représentatives;
- Le réseau des CCS serait achevé sur tout le territoire du Québec et comprendrait la mise en commun de toutes les ressources humaines, techniques et financières;
- La CSPU établirait des protocoles avec les Centres hospitaliers afin de faciliter les soins et d'en mesurer la qualité (feedback);
- La CSPU doit avoir l'indépendance et la distance nécessaires à l'exercice de son rôle de surveillance de la prestation de services de chaque maillon de la chaîne d'intervention.

**- La Corporation d'Urgences-Santé (CUS) :**

- Les fonctions normatives, administratives et cliniques devraient être intégrées à la CSPU et servir à l'ensemble du système;
- Le traitement de l'appel et la répartition se feraient sur la base d'un CCS, tel qu'ils existent ailleurs au Québec;
- La mise en commun des ressources des CCS devrait être examinée sous l'angle des économies, de l'efficacité et de l'efficience;
- Une distance devrait être créée entre le service ambulancier de Montréal et Laval et la CSPU afin de garantir l'indépendance et le rôle de surveillance de la CSPU.

**- Organigramme :**

