

## ***Demande d'accès à l'information 2022-2023.324***

Prémisse à la réponse

Le calcul de la charge de travail origine de l'analyse de la tarification effectuée par M. Gilles Tremblay à Montréal en 1987. Comme l'analyse s'effectuait sur des territoires à desserte exclusive, la formule qu'il a élaborée visait l'autonomie de la zone en termes de ressources en cohérence avec l' « *Arrêté ministériel concernant la détermination des zones de services d'ambulance et du nombre maximal d'ambulances par région et par zone, des normes de subventions aux services d'ambulance, des normes de transport par ambulance entre établissements et des taux du transport par ambulance, RRQ, c L-0.2, r 2.* » de 1984.

Le 2 octobre 2007, M. Gilles Gauthier déposait son rapport suite aux travaux qui lui avait été demandés par le ministre. Le premier livrable était de :

**Développer un indice composé de priorisation des besoins en ressources ambulancières permettant d'évaluer l'adéquation entre la demande et l'offre de service et qui est applicable aux différents types de territoires.**

Ces travaux ont mené à l'adaptation de la formule de M. Tremblay. Un peu partout en Amérique du Nord, les services préhospitaliers utilisent comme mesure de performance le « *Unit hour of Utilisation (UHU)* ». la méthode de calcul québécoise pousse ce concept un peu plus loin. Pour calculer le UHU, on divise le nombre de transports par le nombre d'heures de service (120 transports pour 10 ambulances qui travaillent 24 heures (240 heures par jour), on a un UHU de 0,5).

La formule du TUC reprend le concept du UHU mais en lui apportant les améliorations suivantes. Nous utilisons :

- la durée réelle moyenne des affectations, par priorité (avec et sans transport) au lieu du nombre de transports;
- le nombre d'heures prévues en occupation clinique en fonction du ou des types d'horaires utilisé dans les zones ambulancières.

Cette façon de faire nous permet de « prévoir » du temps de disponibilité pour répondre à la prochaine demande de service.

On obtient donc un ratio qui nous se définit comme suit :

TUC : 
$$\frac{\text{Heures de service moyennes réelles en occupation clinique}}{\text{Heures de service prévues en occupation clinique}}$$

Le TUC nous permet de connaître l'adéquation entre la demande et l'offre de services.

La chronométrie qui sert à alimenter les bases de données des SPU provient des déclarations de transports (AS-810) qui sont remplis par les techniciens ambulanciers paramédics.

1. Pouvez-vous me fournir la base scientifique du taux d'utilisation clinique (TUC) comme mesure de la performance des paramédics québécois ?

Tel que mentionné ci-haut, nous avons bonifié le UHU.

2. Existe-t-il des informations sur la relation entre cet indicateur et la qualité des soins fournis ?

Aucun document sur ce sujet n'est disponible. Toutefois les analyses produites par les experts du MSSS montrent une corrélation entre un TUC qui dépasse 100% et l'augmentation des délais d'affectation pour certaines affectations notamment les P3, P4 et P7.

3. Existe-t-il des preuves scientifiques que la mesure du TUC est liée à des résultats positifs ou négatifs pour les patients ?

Il n'existe pas de recherches scientifiques sur l'impact du TUC.

4. Je recherche des études scientifiques ou tout document lié à la façon dont le TUC est devenu un critère de performance pour les SPU au Québec.

Comme mentionné dans le texte ci-haut, le TUC nous permet de connaître l'adéquation entre la demande et l'offre de services. Le rapport du « *Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois* » pourrait répondre en partie à la demande.

Le rapport est accessible à partir du lien suivant :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000981/?&date=DESC>

5. J'aimerais aussi savoir comment le TUC est utilisé dans l'allocation des ressources ambulancières à travers le Québec.

Le TUC est calculé sur une base annuelle pour l'ensemble des zones ou regroupement de zones ambulancières. L'analyse du TUC est alors faite par les CISSS / CIUSSS pour chacune de celles-ci. Les CISSS / CIUSSS font par la suite parvenir leurs recommandations d'amélioration du service. Des modifications sont consenties en fonction des autorisations budgétaires reçues du Conseil du Trésor.

6. Enfin, j'aimerais comprendre quels sont les critères exacts utilisés pour décider où/quand une ambulance devrait être disponible ? Est-ce basé sur les ambulances ou les ambulanciers paramédicaux pour 100 000 personnes ? Quel est le critère qui est utilisé?

Comme mentionné précédemment, l'objectif est de s'assurer que l'offre correspond à la demande moyenne. Pour une même population, le profil peut être totalement différent dépendant de sa composition. Il en revient au CISSS / CIUSSS de nous faire part des besoins suite à son analyse annuelle.

En plus des éléments mentionnés dans la prémisse, une analyse plus exhaustive est effectuée en tenant compte notamment des éléments suivants :

- Charge de travail par zone ambulancière qui tient compte de l'ensemble des affectations (avec et sans transport);
- Volume de transport ventilé (lorsque disponible) nuit-jour-soir (n/j/s) et semaine – fin de semaine (s/fs)
- Couverture ambulancière (n/j/s – s/fs)
- Courbes « stabilis » des transports et des quarts de travail
- Volume de transport interétablissements et distance moyenne de ces transports
- Présence d'un CH dans la zone et corridor de services
- Zones environnantes et nombre de véhicules (support potentiel disponible)
- Nombre d'interventions faites dans les zones limitrophes
- Nombre d'interventions faites dans la zone analysée par les services des zones limitrophes.
- Exercice de comparaison des services des zones ayant un volume de transport et des caractéristiques comparables.