



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

**Cadre de développement
des pratiques préhospitalières**
Guide numéro 3
Paramédecine communautaire

Rédaction et collaboration

Membres :

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

Analystes :

Jessica Harrisson
François Gravel
Denis Lamothe
Vanessa Pérugien
Maxime Robitaille-Fortin

Administration :

Sabrina Boughlali
Johanne Chrétien

Contributions :

Marie-Soleil Tremblay

Le ministère de la Santé et des Services sociaux remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent document.

Édition :

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

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section **Publications**

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

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88776-8 (version PDF)

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.

Table des matières

Introduction	1
1. Contexte d’implantation de la paramédecine communautaire	3
1.1 Principes directeurs (Normes Groupe CSA™)	3
1.2 Recommandations des rapports Dicaire et Ouellet relatifs à la paramédecine communautaire	5
2. Gouvernance particulière à ce champ pratique	7
2.1 Déploiement d’activités reliées à la paramédecine communautaire	7
2.2 Encadrement légal et réglementaire	7
2.3 Encadrement clinique et opérationnel	7
2.4 Reddition de comptes	8
3. Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique	9
4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet	11
4.1 Nature des soins et interventions de la paramédecine communautaire	11
4.2 Portée de la paramédecine communautaire	12
4.3 Clientèle cible	13
4.4 Prestataires de service	13
4.5 Parties prenantes associées à ce champ de pratique	13
4.6 Modalités de déploiement	14
4.7 Période de service	14
4.8 Dimension géographique	15
4.9 Ressources requises	15
4.10 Plan de communication	16
Conclusion	17
Annexes	19
Annexe 1 - Suggestion d’indicateurs de performance	21
Annexe 2 - Compétences en paramédecine communautaire	27
Annexe 3 - Éléments du plan de communication	29
Bibliographie	31

Liste des abréviations

ACR : Arrêt cardiorespiratoire

AQA : Amélioration de la qualité de l'acte

ACD : Aides de courte durée

AVQ : Activités de la vie quotidienne

CCS : Centre de communication santé

CH : Centre hospitalier

CHSLD : Centre d'hébergement de soins de longue durée

CLSC : Centre local de services communautaires

CNTSPU : Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

CPAP : *Continuous positive airway pressure*

CSA : Association canadienne de normalisation

CRDI : Centre de recherches pour le développement international

CU 9-1-1 : Centre d'urgence 9-1-1

DGAPUAC : Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique

DSAPA : Direction des soins aux personnes âgées

DEAU : Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

DSI : Direction des soins infirmiers

DSM : Direction des services multidisciplinaires

DSP : Direction de la santé publique

DSPU : Direction des services préhospitaliers d'urgence

MD : Médecin

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

PC : Paramédecine communautaire

PR : Premier répondant

RMU : Répondant médical d'urgence

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RPA : Résidences privées pour aînées

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic (soins primaires)

TAP-SA : Technicien ambulancier paramédic en soins avancés

TAP-SC : Technicien ambulancier paramédic en soins critiques

TAP-COM : Technicien ambulancier paramédic communautaire

Introduction

Les demandes en services préhospitaliers démontrent le besoin de renforcer les dimensions d'information et d'éducation du publique. La paramédecine communautaire (PC) constitue un champ de pratique diversifié permettant aux techniciens ambulanciers paramédicaux d'investir leurs compétences et expériences hors du milieu traditionnel des soins et du transport ambulancier. De façon générale, le technicien ambulancier paramédical communautaire (TAP-COM) effectue son travail dans le domaine de la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies et des traumatismes dans un contexte préhospitalier.

Le développement des pratiques des TAP-COM s'actualise en fonction des besoins de la population. Ce guide présente les principales composantes entourant le développement de cette pratique. Bien qu'il puisse sembler urgent de modifier les processus en place, la multiplicité de projets non évalués et non arrimés peut entraîner une réduction des bénéfices escomptés. La réalisation des projets dans le respect du Cadre de développement des pratiques préhospitalières et du présent guide assure la cohérence et l'efficacité de nos efforts collectifs.

Ce guide constitue avant tout une invitation à réfléchir à diverses opportunités pour la PC et à soumettre des projets permettant d'en évaluer les retombées.

Objectif

Ce document vise à définir le cadre d'implantation de la pratique de la paramédecine communautaire.

Portée

Ce guide s'adresse aux promoteurs désirant offrir un service de PC dans leur région.

Toute initiative en lien avec la PC devra faire l'objet d'un projet spécifique respectant le Cadre de développement des pratiques préhospitalières ainsi que le présent guide.

1. Contexte d’implantation de la paramédecine communautaire

La paramédecine communautaire représente une pratique de soins évolutive qui s’adapte aux besoins biopsychosociaux des patients en offrant un éventail de programmes touchant la promotion de la santé, la prévention et le traitement des maladies et des traumatismes dans un contexte préhospitalier.

Le champ de pratique de la PC évolue dans le monde notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes.^{1,2} La portée et les bénéfices d’un tel programme justifient son inclusion aux services préhospitaliers québécois. Des projets de PC permettront collectivement de développer une offre pertinente et centrée sur les besoins des patients. Bien que cette pratique connaisse une évolution significative dans le domaine préhospitalier, l’état actuel concernant les champs de pratique ne fournit pas des directives claires sur les rôles et les compétences des TAP-COM. À cet égard, différents modèles liés à ces pratiques seront décrits dans ce guide.

1.1 Principes directeurs (Normes Groupe CSA™)³

Le Guide de pratique s’inspire des huit principes directeurs du Cadre d’application pour l’élaboration d’un programme de PC du groupe CSA, ainsi que des cinq axes du Plan stratégique 2019-2023 du MSSS : l’innovation, des actions intersectorielles, la responsabilité populationnelle, le partenariat avec l’usager et la gestion de proximité.

a. Sécurité du patient et du prestataire

La sécurité du patient et des intervenants du préhospitalier demeure la clé de voûte des programmes de paramédecine communautaire. La participation à des systèmes de rapports sur la sécurité des patients et des praticiens s’avère une caractéristique clé d’un programme de PC.

b. Partenariat avec le patient et sa famille

Les soins centrés sur le patient et la famille reconnaissent et intègrent les besoins et la situation personnelle du patient, ses antécédents médicaux, le contexte social et culturel, ainsi que les facteurs associés à l’emplacement et à l’environnement du patient. Les patients, leur famille et leurs soignants font partie intégrante de l’équipe de soins qui collabore avec le professionnel de la santé pour prendre des décisions cliniques.

¹ Bourdon, E. (2012). *La perception du rôle et les attitudes de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédical québécois dans le contexte des interventions non urgentes*. Université de Montréal.

² Nolan, M., T. Hillier et C. D’Angelo (2011). « *Community paramedicine in Canada*. » Emergency medical services chiefs of Canada.

³ Groupe CSA. (2017). *Paramédecine communautaire : cadre d’application pour l’élaboration d’un programme*. Repéré à : <https://www.csagroup.org/fr/article/can-csa-z1003-13-bnq-9700-803-2013-groupe-csa-2/>

c. Besoins et preuves

Chaque programme doit évaluer les besoins de la communauté ciblée et identifier les écarts entre les services et les ressources disponibles. Il définit ensuite son modèle de service avec des repères d'état de santé et des indicateurs⁴ de performances spécifiques au programme. Le modèle de soins doit intégrer et équilibrer les meilleures données de recherche avec l'expertise clinique des techniciens ambulanciers paramédics et les valeurs et besoins du patient et de sa famille.

d. Soins intégrés, pertinents, collaboratifs et continus

Les programmes doivent s'appuyer sur les liens et partenariats communautaires déjà établis et compléter la prestation des autres services. Les programmes devraient offrir des parcours de soins continus pour chaque patient et aider les patients à naviguer dans le système de soins de santé. Cela suppose que tous les partenaires partagent la responsabilité de veiller à l'administration de soins optimaux aux patients, à une responsabilité et à une reddition de comptes partagées en matière de soins aux patients.

e. Résultats basés sur des objectifs et de l'efficience

Les programmes de paramédecine communautaire doivent bénéficier d'une évaluation rigoureuse, continue, et démontrer une amélioration de leurs contributions aux services paramédicaux.

f. Engagement des parties prenantes

La participation des parties prenantes demeure essentielle au succès du programme et devrait se manifester pendant les étapes de planification et de mise en œuvre. Des communications ouvertes et transparentes permettront d'accroître la sensibilisation de la communauté et du public et d'établir des partenariats solides.

g. Complémentarité

La paramédecine communautaire contribue à l'enrichissement d'un système de santé intégré en augmentant l'efficacité et en offrant des soins complémentaires et efficaces. L'évaluation des programmes doit s'effectuer sur la base d'un ensemble de mesures uniformes aboutissant à une complémentarité et à une utilisation optimale des services centrés sur le patient et sa famille.

h. Gouvernance et politiques

Les programmes efficaces et efficaces reposent sur une gouvernance et un leadership solides. Les programmes doivent s'appuyer sur des politiques, des protocoles et des outils d'évaluation et un engagement soutenu de la haute direction. Ces programmes doivent s'aligner sur la mission et la vision, les valeurs, le plan stratégique, le système de gestion et les pratiques organisationnelles de l'organisation. De plus, les

⁴ Un indicateur est une mesure quantitative ou qualitative qui sert à évaluer ou à apprécier les résultats, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux, l'atteinte d'une cible ou d'un objectif. (Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446).

programmes doivent s’harmoniser aux exigences juridiques et réglementaires pertinentes.

1.2 Recommandations des rapports Dicaire et Ouellet relatifs à la paramédecine communautaire

Le système préhospitalier québécois se caractérise par sa réponse unique à toute demande : « un appel, une ambulance, un transport aux urgences ». Les rapports antérieurs évoquent les limites d’un tel modèle et soulignent la nécessité d’une diversification des pratiques préhospitalières.

En 2000, le rapport Dicaire, *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place*⁵, soulignait la nécessité d’aller vers une modulation de la réponse systémique en mentionnant qu’une « actualisation de différents moyens pour répondre aux besoins se fait sentir » (p. 113). Il recommandait notamment « que le concept de modulation de la réponse soit implanté graduellement et intégré de façon harmonieuse dans la chaîne d’intervention préhospitalière, et ce, au niveau de la réponse, tant primaire (demandes de la population) que secondaire (demandes du réseau d’établissements). » [...] « Toute demande de services préhospitaliers d’urgence sera traitée et engendrera une réponse adaptée au niveau de détresse de l’usager, sans se traduire nécessairement par l’envoi de ressources ambulancières (modulation de premier niveau). De même, chaque envoi de ressources ne se traduira pas nécessairement, après une évaluation adéquate, par un transport au centre hospitalier (modulation de second niveau). » (p. 114).

En 2014, le rapport Ouellet, *Services préhospitaliers : urgence d’agir*⁶, précise qu’une « diversification nulle ou presque » de la réponse limite le champ d’action des TAP et les possibilités d’amélioration du système. Il recommandait donc « d’entamer une réflexion nationale sur le plan de carrière dans le but d’optimiser ces ressources. À cette fin, à partir des expériences vécues ailleurs et de projets pilotes bien encadrés, élaborer un plan stratégique afin de valoriser le rôle du TAP : soins avancés, TAP communautaire, agent de formation et de prévention auprès du public, intégration dans les établissements et toute autre fonction bénéfique démontrée pour la société. » (Recommandation n° 93, 2014, p. 114).

⁵ Comité national sur la révision des services préhospitaliers d’urgence et A. Dicaire. Québec (province) (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Rapport. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

⁶ Comité national sur les services préhospitaliers d’urgence (Ouellet), Québec (province), 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*. Rapport. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>

2. Gouvernance particulière à ce champ pratique

2.1 Déploiement d'activités reliées à la paramédecine communautaire

La PC représente un projet de portée provinciale et de déploiement régional impliquant un grand nombre de parties prenantes. L'autorité régionale doit veiller à sa promotion et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs (voir la liste des parties prenantes p. 13).

2.2 Encadrement légal et réglementaire

Le déploiement de la PC s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire notamment :

- la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2),
- le règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et soins préhospitaliers d'urgence.

2.3 Encadrement clinique et opérationnel

L'encadrement clinique et opérationnel de la PC est assuré par :

- les ordres professionnels,
- le soutien clinique désigné,
- les protocoles cliniques et les protocoles de traitement de la demande,
- les mécanismes d'amélioration de la qualité de l'acte⁷.

L'autorité régionale doit appliquer un processus d'amélioration de la qualité de l'acte afin de maintenir un haut standard de soins. Pour assurer un système qui évolue constamment dans le sens d'une sécurité accrue pour les patients, un concept de culture juste⁸ devrait être adopté lors de la mise en place du processus d'amélioration de la qualité.⁹ L'évaluation de cas cliniques devra s'inscrire dans un processus de veille.

En plus de l'amélioration de la qualité clinique, l'autorité régionale analysera les données standardisées extraites des rapports préhospitaliers (Rapport informatique AS803-AS810), des notes et des rapports rédigés par les partenaires qui ont pris en charge le patient afin d'assurer une surveillance des indicateurs de performance et de sécurité. Ces analyses seront transmises au MSSS pour fin de suivi et d'évaluation de programme. L'annexe 1 propose des indicateurs de performance.

⁷ **Amélioration de la qualité de l'acte** : processus permettant de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.

Collège des médecins. (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>.

⁸ **Définition d'une culture juste en matière de sécurité** : Dans une culture juste en matière de sécurité, les dirigeants et tous les membres du personnel s'engagent à prodiguer aux patients les soins les plus sécuritaires possible. Il y a un engagement commun à tirer des leçons des événements indésirables et des accidents évités de justesse afin d'apporter des améliorations. Les intérêts des patients et des professionnels de la santé sont protégés. (Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>)

⁹ Boysen P. G., 2d (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » The Ochsner journal, 13(3), 400-406. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

Les processus des différentes ressources concernées par la PC devront être revus en prenant les nouvelles orientations en compte afin d'en maximiser les impacts.

2.4 Reddition de comptes

Indicateurs de performances : les programmes de PC doivent apporter un bénéfice pour le patient ainsi que pour le système dans son ensemble. La détermination de ces bénéfices nécessite la collecte de données et l'analyse des indicateurs. L'annexe 1 propose une liste d'indicateurs de performance clinique et opérationnelle.

Mécanismes de coordination : l'autorité régionale doit superviser le déploiement et la gestion des projets de PC sur son territoire.

Mécanismes de contrôle : il appartient à l'autorité régionale d'apporter des correctifs en fonction de l'atteinte des résultats. Le MSSS en fera périodiquement le suivi.

3. Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique

Les données doivent être disponibles et partagées pour l'ensemble des autorités régionales qui pilotent un projet de PC afin de contribuer à l'apprentissage et à l'optimisation du système de manière collective. L'analyse de ces données contribuera à la veille sur les performances du projet de PC. Cette veille permettra les ajustements nécessaires à l'optimisation des performances du projet tant sur le plan clinique qu'opérationnel.

4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet

4.1 Nature des soins et interventions de la paramédecine communautaire

De façon générale, les techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires (TAP) et les techniciens ambulanciers paramédics de soins avancés (TAP-SA) peuvent contribuer à la promotion de la santé et à la prévention des maladies en contexte préhospitalier. À cet égard, la pratique des TAP et TAP-SA qui interviennent dans un contexte non urgent et de prévention peut prendre la forme d'une fonction de TAP-COM formellement implantée et reconnue.^{10,11,12,13}

La PC se définit comme une intervention préhospitalière en contexte non urgent. Des équipes répondent à des demandes non urgentes. Par ailleurs, certaines d'entre elles peuvent effectuer, en complémentarité avec les centres locaux de services communautaires (CLSC), des visites planifiées à domicile ou dans un milieu de vie.

Tableau 1 : Tâches confiées au TAP-COM.^{14,15,16,17,18}

Tâches	Milieus
Utilisation d'outils de repérage, de dépistage ou d'évaluation (doivent être concis et rapides d'utilisation). Ex. : sécurité domiciliaire, signalement d'abus, perte d'autonomie	Urbain — Rural et isolé
Éducation/enseignement ciblé sur des problématiques spécifiques. Ex. : gestion des maladies chroniques	Urbain — Rural et isolé

¹⁰ Bigham, B. L., S. M. Kennedy, I. Drennan et L. J. Morrison (2013). « *Expanding paramedic scope of practice in the community: a systematic review of the literature.* » *Prehospital Emerg Care*, 17. doi:10.3109/10903127.2013.792890

¹¹ Guo B., P. Corabian, C. Yan et L. Tjosvold (2017). *Community paramedicine: Program characteristics and evaluation.*

¹² Nolan, M., T. Hillier et C. D'Angelo (2011). « *Community paramedicine in Canada.* » Emergency medical services chiefs of Canada.

¹³ O'Meara, P. (2014). « *Community paramedics: a scoping review of their emergence and potential impact.* » *Int Paramed Pract*, 4. doi:10.12968/ippr.2014.4.1.5

¹⁴ Agarwal & al. (2017). « *Effectiveness of a community paramedic-led health assessment and education initiative in a seniors' residence building: The Community Health Assessment Program through Emergency Medical Services (CHAP-EMS).* » *BMC Emerg Med*, 17(1), 8. doi:10.1186/s12873-017-0119-4

¹⁵ Brown, L. H., M. W. Hubble, D. C. Cone, M. G. Millin, B. Schwartz, P. D. Patterson, M. E. Richards (2009). « *Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis.* » *Prehospital Emergency Care*, 13(4), 516-527. doi:10.1080/10903120903144809

¹⁶ Choi, B. Y., C. Blumberg, et K. Williams (2016). « *Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept.* » *Ann Emerg Med*, 67(3), 361-366. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.06.005

¹⁷ Guo B., P. Corabian, C. Yan et L. Tjosvold (2017). *Community paramedicine: Program characteristics and evaluation.*

¹⁸ Lee, J. S., P. R. Verbeek, M. J. Schull, L. Calder, I. G. Stiell, J. Trickett et G. Naglie (2016). « *Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss (PERIL): Derivation, Reliability and Comparative Effectiveness of a Clinical Prediction Rule.* » *CJEM*, 18(2), 121-132. doi:10.1017/cem.2016.14

Tâches	Milieus
Tâches spécifiques liées aux pratiques des TAP-COM afin de mieux répondre à un besoin de santé non comblé d'un usager/patient	Urbain — Rural et isolé
Appréciation clinique, prise de signes vitaux, examen clinique et visites préventives dans un centre communautaire, dans un centre récréatif, au travail, dans un milieu scolaire ou dans le milieu de vie du patient	Rural — Isolé
Administration de médicaments dans la communauté	Rural — Isolé
Administration de soins dans la communauté	Rural — Isolé
Éducation/enseignement à la population	Rural — Isolé
Autobus (visite planifiée) soins/services — télémédecine	Rural — Isolé

4.2 Portée de la paramédecine communautaire

Objectif principal : offrir la réponse préhospitalière la plus appropriée à l'utilisateur pour répondre à son besoin de santé prioritaire en complémentarité des services de santé déjà offerts.

Objectif secondaire : préserver la disponibilité des ressources préhospitalières pour les situations de détresse vitales et contribuer aux désengorgements des urgences.

Motifs de développement d'un projet de PC incluent :

- assurer des soins et des services préhospitaliers adaptés à la condition des patients;
- agir sur la trajectoire du patient dans le réseau de la santé;
- améliorer l'accès et la disponibilité des soins;
- diminuer le risque de dégradation de l'état de santé physique ou psychologique associé aux difficultés d'accès aux soins et aux services requis;
- diminuer l'utilisation répétitive des services;
- améliorer l'utilisation des ressources (efficacité, efficience);
- diminuer l'engorgement des urgences;
- répondre à l'augmentation du nombre de transports en raison du vieillissement de la population;
- diminuer le nombre de transports non nécessaires vers un établissement receveur;
- augmenter la proximité des services en s'associant avec les organismes communautaires;
- optimiser l'utilisation des ressources paramédicales (exemple : TAP en attente sur un point de service).

Bénéfices attendus d'un projet de PC incluent :

- la réduction de la mortalité et de la morbidité,
- la prestation de soins et de services adaptée aux besoins des patients,
- la réduction du nombre de transports ambulanciers pour les demandes non urgentes,
- la réduction de l'achalandage dans les urgences,
- la réduction du nombre d'hospitalisations,
- la réduction de la demande en lits de soins de longue durée,
- la réduction du nombre de patients vulnérables transportés à l'urgence.

4.3 Clientèle cible

En raison de la grande diversité des services offerts en PC, plusieurs clientèles peuvent en bénéficier.

Il appartient au promoteur de préciser la clientèle ciblée par le projet.

4.4 Prestataires de service

La PC s'exerce par des techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires (TAP), de soins avancés (TAP-SA) et ceux spécialisés en soins communautaires (TAP-COM).

L'annexe 2 présente une liste non exhaustive de critères de compétences propres à la pratique de la PC. Les critères de compétences nécessaires peuvent varier en fonction des particularités du projet.

Type et cheminement de formation

- Le promoteur assurera aux TAP/TAP-SA/TAP-COM la formation et les outils nécessaires à une prestation de soins.
- Les résultats des projets et des formations associées pourront conduire à des activités de formation continue et à l'enrichissement des programmes de formation.

4.5 Parties prenantes associées à ce champ de pratique

Dimensions organisationnelles

- Établissements de santé,
- Direction des services multidisciplinaires (DSM),
- Direction des soins aux personnes âgées (DSAPA),
- Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU),
- Centres de communications santé (CCS),
- Services ambulanciers,
- Ministère de la Sécurité publique (services de police et services d'incendie).

Dimensions cliniques et trajectoires de soins (régionaux et nationaux)

- DSPU régionale,
- Direction des soins infirmiers (DSI),
- Équipe d'accès harmonisé (services de premières lignes en santé physique et mentale offerts à toutes les populations).

Dimensions professionnelles

- Nationales : Collège des MD, OIIQ,
- Régionales : Associations de gestionnaires, associations patronales et syndicales,
- Chaire de recherche (axe vieillissement population).

Lors de la conception du projet, le promoteur devra indiquer l'ensemble des parties prenantes et préciser leurs contributions.

4.6 Modalités de déploiement

La mise en œuvre de la PC doit respecter le Cadre de développement des pratiques préhospitalières. L'élaboration des projets doit viser l'optimisation et l'efficacité des ressources dans un rapport coût-bénéfice favorable pour l'utilisateur et le réseau de la santé.

Comme mentionné dans la section gouvernance, l'autorité régionale doit veiller à l'adhésion et à la collaboration de l'ensemble des acteurs (voir la liste des parties prenantes p. 13).

4.7 Période de service ^{19,20}

Quand	Milieu
Dans des interventions courantes, après l'appréciation du patient et le constat d'un problème de santé mineur et non urgent, ne requérant pas de visite à l'urgence.	Urbain, rural et isolé
Sur un quart de travail dédié	Urbain, rural et isolé
Lorsque les TAP ne répondent pas à un appel urgent (en attente d'une affectation)	Rural et isolé

¹⁹ Goldstein, J., J. McVey et S. Ackroyd-Stolarz (2016). « *The Role of Emergency Medical Services in Geriatrics: Bridging the Gap between Primary and Acute Care.* » CJEM, 18(1), 54-61. DOI :10.1017/cem.2015.73

²⁰ Lee, J. S., P. R. Verbeek, M. J. Schull, L. Calder, I. G. Stiell, J. Trickett et G. Naglie (2016). « *Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss (PERIL): Derivation, Reliability and Comparative Effectiveness of a Clinical Prediction Rule.* » CJEM, 18(2), 121-132. doi:10.1017/cem.2016.14

4.8 Dimension géographique

La paramédecine communautaire peut être déployée dans toute région qui présente un besoin de santé qui n'a pas été répondu par les ressources de la communauté.

4.9 Ressources requises

La PC s'effectue dans un contexte particulièrement étendu. En ce sens, les besoins en ce qui a trait aux ressources humaines, à la technologie, à l'équipement et aux modalités de financement peuvent varier significativement d'un projet à l'autre. Ces éléments devront être clairement définis dans la phase d'élaboration de chaque projet comme il est stipulé dans le Cadre de développement des pratiques préhospitalières.

4.10 Plan de communication

La mise en place de projets de PC doit s'accompagner d'un plan de communications adapté à l'auditoire. En ce sens, les informations transmises aux TAP, aux partenaires et au grand public varieront. L'annexe 3 présente les éléments de communication spécifiques à chaque auditoire.

Conclusion

Par sa diversité, la paramédecine communautaire représente un élargissement du champ et des lieux de pratique des TAP. Cette diversification permet de valoriser toutes les dimensions du système préhospitalier d'urgence. De la prévention au suivi des retours à domicile, en passant par l'éducation du public et le renforcement des programmes d'intervention communautaire, la PC contribue à la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes en détresse.

L'aspect novateur de cette pratique suscite l'intérêt de plusieurs partenaires pour des projets plus diversifiés les uns que les autres. Il convient d'élaborer et d'expérimenter ces nouvelles approches de manière harmonisée et efficiente. La réalisation des projets en conformité avec le Cadre de développement des pratiques et le présent guide favorisent un renforcement de la culture préhospitalière au Québec.

Le Ministère souhaite mobiliser le milieu préhospitalier et les partenaires du réseau de la santé pour que ceux-ci concertent leurs efforts afin d'optimiser les capacités de tous les intervenants de l'écosystème préhospitalier et d'assurer à chaque usager l'accès aux soins et aux services nécessaires à sa condition tout en préservant la disponibilité des ressources d'urgence pour les demandes vitales.

Annexes

Annexe 1 - Suggestion d'indicateurs de performance²¹

Critères implicites

Les études par critères implicites permettent d'avoir un regard d'ensemble sur le dossier d'un épisode de soins. La lecture du dossier selon l'ordre chronologique des événements doit permettre au réviseur d'évaluer la qualité des soins à la lumière des normes de pratique en vigueur au moment et dans le contexte où les soins ont été effectués. Une grille d'évaluation par critères implicites doit être utilisée (voir le modèle de la figure 1).

Les situations suivantes doivent faire l'objet d'une évaluation par critères implicites :

- tout arrêt cardiorespiratoire (ACR) ou décès non attendu suivant la prise en charge préhospitalière;
- tout patient ayant présenté une ou des complications suivant un traitement administré en préhospitalier;
- à la suite d'une plainte d'ordre clinique ou administrative;
- un échantillon d'un minimum de 5 % des interventions effectuées par les TAP-COM (interventions ciblées par thématique ou aléatoires selon les besoins).

L'indicateur de performance clinique peut être mesurable en pourcentage. Cette performance compare l'élément pertinent de l'indicateur par rapport au nombre total de fois où l'indicateur est évalué. Un taux de conformité de 100 % est recherché, et la cible minimale à atteindre est de 95 % notamment pour :

- la qualité de l'information au dossier,
- l'absence de facteurs évitables ayant mené à une complication,
- l'absence de préjudice évitable,
- la présence d'une amélioration ou d'une stabilité dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence de détérioration dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence d'éléments de non-conformité aux directives en vigueur pouvant contribuer à des complications cliniques du patient.

²¹ Secrétariat du Conseil du Trésor. (2003). *Modernisation de la gestion publique, guide sur les indicateurs*. Repéré à: https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf

Figure 1 - Grille d'analyse par critères implicites

Service préhospitalier :	Réviseur :	
Nom du patient :	Prénom du patient :	
Date de naissance :	Âge :	N° RAMQ :
Date d'intervention :		
Dossier CCS :	Code clinique :	
Matricules des TAP/TAP-COM concernés :		
Raison(s) justifiant l'étude de ce dossier :		

Diagnostic(s) hospitalier(s) :		

QUALITÉ DE L'INFORMATION AU DOSSIER		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Très bonne

FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À UNE COMPLICATION OU AU DÉCÈS		
<input checked="" type="checkbox"/> S.O.		
Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Protocole/procédure de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Communication entre les intervenants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PRÉJUDICES DÉCOULANT D'UN ACTE MÉDICAL QUI AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS		<input type="checkbox"/> S.O.
Des souffrances physiques ou morales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une prolongation probable du séjour en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une invalidité à moyen ou à long terme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un décès	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ÉLÉMENTS DE NON-CONFORMITÉ POUVANT CONTRIBUER À DES COMPLICATIONS CLINIQUES POUR LE PATIENT (processus d'amélioration de la qualité de l'acte)		
Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Détérioration à la suite de l'administration d'un traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conformité pour l'équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Respect des protocoles/procédures de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SUIVI DE L'ÉTAT DU PATIENT
<input type="checkbox"/> Amélioration
<input type="checkbox"/> Détérioration
<input type="checkbox"/> Absence de changement

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS

RÉTROACTIONS ET RECOMMANDATIONS

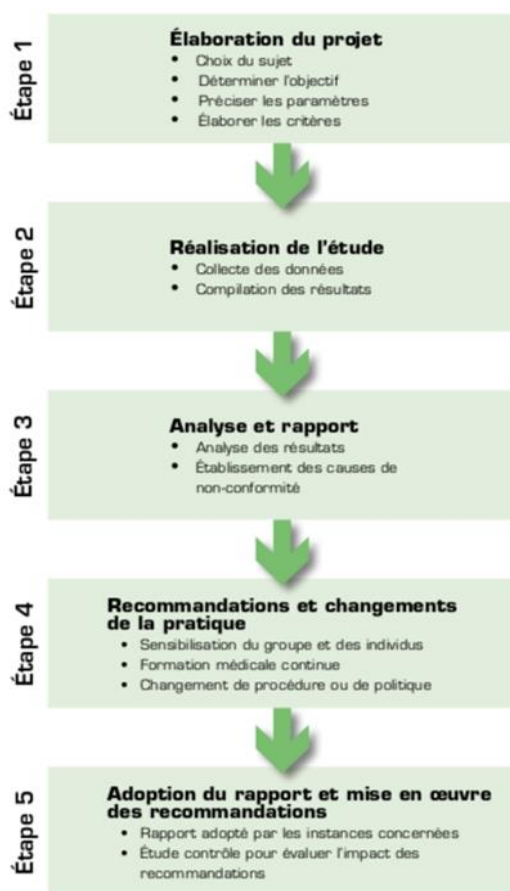
Le dossier requiert une évaluation supplémentaire ou l'évaluation du dossier médical hospitalier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Signature du réviseur :		
Date :		
Rétroaction donnée aux TAP/TAP-COM concernés :	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

Critères explicites

Les études par critères explicites représentent probablement une des meilleures façons de mesurer la qualité des soins. Il s'agit d'une approche qui permet l'évaluation objective des soins. **Il s'agit d'une méthode d'appréciation de la qualité des soins en fonction d'une norme scientifiquement reconnue ou d'un consensus.** Par exemple, l'analyse de l'évolution clinique des patients traités pour un ACR tout au long de la chaîne de survie (Utstein) ou encore la démarche de suivi provinciale sur les patients qui subissent un infarctus aigu du myocarde (IM Québec) sont des exemples concrets déjà en place dans le système.

Selon les besoins et les orientations du MSSS et/ou de l'autorité régionale, des analyses par critères explicites devront être effectuées dans le but d'améliorer de façon notable les soins aux patients pour certaines pratiques spécifiques. Les constats devront être partagés dans le réseau afin de contribuer à l'amélioration globale de la qualité de l'acte sur le plan national. La figure 2 illustre le déroulement d'une étude par critères explicites.

Figure 2. Déroulement d'une étude par critères explicites²²



²² Collège des médecins du Québec. 2013. *L'évaluation de l'acte médical*, p. 19. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>. Consulté le 8 octobre 2020.

Évaluation des données opérationnelles

Sur le plan opérationnel, il convient de collecter des données pour juger de l'efficacité et du rapport coût/service/bénéfice de la paramédecine communautaire dans une région donnée. Notamment les données suivantes doivent être colligées :

Le nombre quotidien

- de demandes satisfaites en paramédecine communautaire;
- d'heures de couverture par unité de soins communautaires.

Le nombre et le pourcentage

- d'appels de nature adulte et pédiatrique (<16 ans),
- d'appels nécessitant un support médical à distance,
- d'appels avec demande de support médical sans réponse téléphonique du médecin,
- d'interventions avec une complication suivant un traitement (autodéclarée ou retrouvée lors du processus de l'AQA).

Le taux en pourcentage

- de conformité en ce qui a trait à la formation continue minimale annuelle pour chaque TAP-COM actif au registre.

Le temps moyen:

- sur les lieux de prise en charge,
- pour arriver sur les lieux de prise en charge,
- pour un appel complet.

Remarque : La liste n'est pas exhaustive et pourrait être modulée en fonction des besoins du MSSS et du développement de la pratique.

Annexe 2 - Compétences en paramédecine communautaire²³

- Appréciation clinique de problématiques non urgentes (contexte communautaire),
- Appréciation clinique de problématiques chroniques (contexte communautaire),
- Gestion des problématiques postopératoires (contexte communautaire),
- Appréciation de problématiques socioculturelles (contexte communautaire),
- Appréciation clinique de problématiques de santé mentale (contexte communautaire),
- Connaissances pointues de l'offre de service de première ligne et de service communautaire de la région,
- Compétence d'adaptation de l'approche en fonction de la culture et de la religion,
- Compétence d'approche adaptée aux situations particulières (toxicomanie, alcoolisme, solitude, santé mentale, patient bariatrique, grossesse, négligence ou abus),
- Faire un inventaire approprié et évaluer la compliance dans l'utilisation des médicaments,
- Connaissance générale sur la gestion d'équipements médicaux à domicile (dialyse, CPAP, sondes urinaires, etc.),
- Connaissance sur la gestion du statut nutritionnel et d'hydratation,
- Connaissance sur les AVQ et ACD,
- Connaissances sur les nouvelles technologies de soins comme la télémédecine,
- Stratégie de promotion de l'indépendance du patient,
- Éléments d'éthique professionnelle liés à la paramédecine communautaire,
- Création et exécution d'un plan de soins,
- Gestion des problématiques de santé chroniques,
- Gestion des problématiques post-hospitalisation,
- Communication verbale professionnelle interdisciplinaire,
- Connaissance générale des milieux de soins adaptés (RPA, CHSLD, CRDI),
- Rédaction et accès aux documents/dossiers propre au milieu communautaire,
- Soins de plaie,
- Technique de prélèvement et gestion des spécimens post-prélèvement,
- Administration sécuritaire de médication (hors protocoles conventionnels),
- Gestion clinique et émotionnelle des situations de fin de vie,
- Évaluation de la croissance (pédiatrie),
- Connaissance générale sur les résultats de laboratoire normaux et anormaux,
- Concept d'enseignement aux patients,
- Connaissance des droits du patient et interprétation de documents légaux.

²³ Critères inspirés par : International board of specialty certification. (2020). *Certified community paramedic candidate handbook*. National commission for certifying agencies. Repéré à : <https://www.ibscertifications.org/roles/community-paramedic>

Annexe 3 - Éléments du plan de communication

Éléments	Clientèle cible*
Les améliorations dans la prestation de soins offerts dans le contexte du projet de PC	Tous
Bénéfices attendus de l'implantation du projet	Tous
Information sur la formation offerte pour participer au projet de PC	Tous
Information sur le rôle général que joue le PC dans la chaîne de réponse préhospitalière	Tous
Information sur l'historique et l'état de la situation dans les autres provinces canadiennes	Tous
Information sur le mode de déploiement opérationnel des PC pour ce projet	Tous
Information sur les situations cliniques qui pourraient bénéficier de la présence de PC	Tous
Information sur l'encadrement clinique particulier des TAP-COM	Tous
Comment reconnaître les PC sur le terrain	Tous
Équipements utilisés par les PC	TAP-partenaires
Information sur le cadre légal de la prestation de soins	TAP-partenaires
Information sur les marqueurs de performances suivis dans le cadre du projet	TAP
Information sur les standards minimaux de formation continue pour demeurer actif au sein du PC	TAP
Notions de travail d'équipe pour l'optimisation d'une intervention avec un PC	TAP
Rôle du TAP pour une demande d'évaluation par un PC	TAP
Information sur les possibilités d'avancement vers un rôle de TAP-COM	TAP
Information sur les répercussions que le projet pilote de PC pourrait avoir sur le quotidien des partenaires	Partenaires

*** Signification des clientèles cibles :**

- « Tous » signifie le public et les partenaires;
- Les partenaires sont la police, les services d'incendie, les infirmières, les médecins, les premiers répondants, les RMU et tous les autres travailleurs concernés par les soins d'urgence.

Bibliographie

Agarwal, G., R. Angeles, M. Pirrie, F. Marzanek, B. McLeod, J. Parascandalo et L. Dolovich (2017). « *Effectiveness of a community paramedic-led health assessment and education initiative in a seniors' residence building: The Community Health Assessment Program through Emergency Medical Services (CHAP-EMS)*. » *BMC Emerg Med*, 17(1), 8. doi:10.1186/s12873-017-0119-4

Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>

Bigham, B. L., S. M. Kennedy, I. Drennan et L. J. Morrison (2013). « *Expanding paramedic scope of practice in the community: a systematic review of the literature*. » *Prehospital Emerg Care*, 17. doi:10.3109/10903127.2013.792890

Bourdon, E. (2012). *La perception du rôle et les attitudes de cynisme et de désengagement chez le technicien ambulancier paramédical québécois dans le contexte des interventions non urgentes*. Université de Montréal.

Boysen, P. G., 2d (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » *The Ochsner journal*, 13(3), 400-406. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

Brown, L. H., M. W. Hubble, D. C. Cone, M. G. Millin, B. Schwartz, P. D. Patterson, M. E. Richards (2009). « *Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis*. » *Prehospital Emergency Care*, 13(4), 516-527. doi:10.1080/10903120903144809

Choi, B. Y., C. Blumberg, et K. Williams (2016). « *Mobile Integrated Health Care and Community Paramedicine: An Emerging Emergency Medical Services Concept*. » *Ann Emerg Med*, 67(3), 361-366. doi:10.1016/j.annemergmed.2015.06.005

Collège des médecins du Québec. (2013). *L'évaluation de l'acte médicale*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>

Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et A. Dicaire. Québec (province) (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Rapport. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (Ouellet), Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne. (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/>

Groupe CSA. (2017). *Paramédecine communautaire : cadre d'application pour l'élaboration d'un programme*. Repéré à : <https://www.csagroup.org/fr/article/can-csa-z1003-13-bnq-9700-803-2013-groupe-csa-2/>

Guo B., P. Corabian, C. Yan et L. Tjosvold (2017). *Community paramedicine: Program characteristics and evaluation*.

Goldstein, J., A. Travers, R. Hubbard, P. Moorhouse, M. K. Andrew et K. Rockwood (2014). « *Assessment of older adults by emergency medical services: methodology and feasibility of a care partner Comprehensive Geriatric Assessment (CP-CGA)*. » *CJEM*, 16(05), 370-383.

International board of specialty certification. (2020). *Certified community paramedic candidate handbook*. National commission for certifying agencies. Repéré à : <https://www.ibscertifications.org/roles/community-paramedic>

Lee, J. S., P. R. Verbeek, M. J. Schull, L. Calder, I. G. Stiell, J. Trickett et G. Naglie (2016). « *Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss (PERIL): Derivation, Reliability and Comparative Effectiveness of a Clinical Prediction Rule*. » *CJEM*, 18(2), 121-132. doi:10.1017/cem.2016.14

Nolan, M., T. Hillier et C. D'Angelo (2011). « *Community paramedicine in Canada*. » Emergency medical services chiefs of Canada.

O'Meara, P. (2014). « *Community paramedics: a scoping review of their emergence and potential impact*. » *Int Paramed Pract*, 4. doi:10.12968/ippr.2014.4.1.5

Secrétariat du Conseil du Trésor. (2003). *Modernisation de la gestion publique, guide sur les indicateurs*. Repéré à : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf

Voyer, P. (2011). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446.



msss.gouv.qc.ca