



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

**Cadre clinique de développement  
de la pratique préhospitalière provinciale  
2022-2026**

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](http://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, 2022

ISBN : 978-2-550-93513-1 (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.

© Gouvernement du Québec, 2022

**Rédaction et collaboration**

**Sous la direction :**

**D<sup>re</sup> Lucie Opatrny, sous-ministre adjointe et directrice médicale nationale**

**Rédaction :**

**Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU)**

**D<sup>re</sup> Elyse Berger Pelletier**

**D<sup>r</sup> Louis-Philippe Pelletier**

**D<sup>r</sup> Simon Delisle**

**D<sup>r</sup> François Bégin**

**D<sup>re</sup> Anne-Marie Larkin**

**M. Paul Levesque**

**M. Steve Legault**

**M. Pierre-Rodrigue Lanteigne**

**Administration :**

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

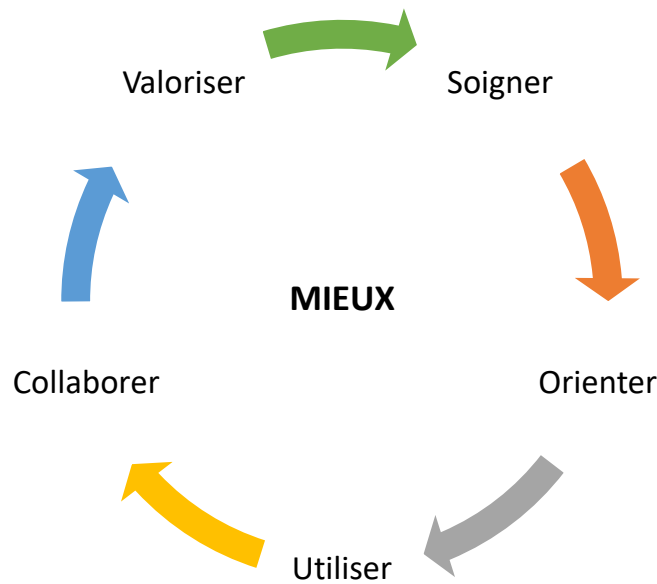
## Table des matières

<i>Cercle Vertueux : Faire mieux</i> .....	1
Raison d'être du cadre .....	3
Mise en contexte .....	4
Politique préhospitalière .....	6
Secteurs d'activité clinique prioritaires des prochaines années .....	7
1- Paramédecine de régulation .....	8
Constat .....	8
Recommandation du rapport Ouellet .....	8
Composantes de la paramédecine de régulation des demandes préhospitalières .....	9
Objectif de la paramédecine de régulation .....	9
Implantation et intégration du service au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) .....	10
Implantation du service .....	10
Heures d'ouverture .....	10
Professionnel de la santé autorisé à effectuer la régulation des demandes préhospitalières .....	11
2- Soutien médical à distance .....	12
Constat .....	12
Implantation du service .....	12
Professionnels de la santé .....	13
3- Paramédecine communautaire .....	14
Constat .....	14
Implantation du service .....	14
Considérations légales .....	15
4- L'amélioration de la réponse rapide .....	16
Constat .....	16
Recommandations et objectifs .....	16
Conclusion .....	17
Annexe 1 .....	18
Annexe 2 .....	20
Annexe 3 .....	21
Annexe 4 .....	22

## Liste des abréviations

9-1-1 : centres d'urgence 9-1-1  
ACR : arrêt cardiorespiratoire  
AQ : amélioration de la qualité  
CCS : centre de communication santé  
CISSS : centre intégré de santé et de services sociaux  
CIUSSS : centre intégré universitaire de santé et de services sociaux  
CHSLD : centre d'hébergement de soins de longue durée  
CLSC : centre local de services communautaires  
CMQ : Collège des médecins du Québec  
CNTSPU : Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence  
DMN : Direction médicale nationale  
DSP : Direction des services professionnels  
FABO : formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation  
GAP : Guichet d'accès à la première ligne  
GMF : groupe de médecine de famille  
GMF-R : groupe de médecine de famille – réseau  
GMF-U : groupe de médecine de famille – universitaire  
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  
RSSS : réseau de la santé et des services sociaux  
SAD : soutien à domicile  
SPU : services préhospitaliers d'urgence  
TAP : technicien ambulancier paramédic  
TAP-COM : technicien ambulancier paramédic communautaire  
URGENCES-SANTÉ : Corporation d'urgences-santé

*Cercle Vertueux : Faire mieux*



La formule traditionnelle voulant qu'une demande de service en provenance de la population se traduise systématiquement par l'envoi d'une ressource ambulancière puis d'un transport vers la salle d'urgence du centre hospitalier, ne répond plus, pour une partie des appels, aux besoins de la clientèle d'aujourd'hui. Les conséquences directes du manque de soutien à l'orientation des patients du préhospitalier participe à l'encombrement des urgences, à une utilisation sous-optimale des équipes disponibles et même pour certains patients à des conséquences iatrogènes.

Le secteur préhospitalier veut changer de dynamique et mettre en œuvre une boucle de rétroaction positive dans l'intérêt des patients, des TAP, des répartiteurs médicaux d'urgences et des professionnels du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS). Une boucle de rétroaction positive est un système logique où les conséquences bénéfiques d'un processus deviennent à leur tour des causes de ce même processus. Ce processus se nomme le cercle vertueux.

Vertueux pour les patients en détresse en favorisant l'intervention en amont des répartiteurs médicaux d'urgences, des premiers intervenants, des premiers répondants et des TAP, sur les appels chronodépendants.

Pour ce faire, des moniteurs défibrillateurs devront être disponibles pour les premiers intervenants à travers un registre national.

Pour ce faire, les TAP doivent être disponibles. Les services préhospitaliers, par la mise en place du triage secondaire et d'un arrimage avec la première ligne, vont

mettre en place un processus d'affectation des ressources ambulancières mieux adaptées aux besoins des bénéficiaires afin d'affecter moins d'ambulances sur des appels de basse priorité.

Pour ce faire, les intervenants du système préhospitalier ainsi que les intervenants de l'urgence doivent fonctionner et avoir accès en temps réel aux mêmes données pertinentes dans un concept de continuité des soins à travers une utilisation pertinente des données médicales des patients (électrocardiogramme, antécédents, médicaments, etc.) sur les appels chronodépendants afin de cibler prioritairement les situations où la vie et la sécurité sont véritablement menacées.

Vertueux pour les salles d'urgence, en s'assurant que les patients qui arrivent en ambulance ont vraiment besoin du plateau technique de ces dernières.

Pour ce faire, l'expertise des TAP sera valorisée pour qu'ils puissent tous faire de la co-évaluation afin de trouver avec le professionnel de la régulation la bonne destination de soins pour leurs patients, réduisant le risque de réutilisation des services préhospitaliers et hospitaliers.

Vertueux pour les TAP, en favorisant une compréhension de leur réalité par les professionnels du RSSS.

Pour ce faire, les salles d'urgence prioriseront les équipes ambulancières pour qu'elles puissent être le plus rapidement possible de retour sur la route pour les appels chronodépendants.

Pour ce faire, les hôpitaux de base du système préhospitalier offriront aux TAP du support à distance lors des appels plus difficiles, mais aussi pour élargir l'application de plusieurs protocoles, notamment pour donner certains médicaments aux patients.

Avec la mise en application de ce cercle vertueux, les patients seront mieux accompagnés au travers de leur épisode de soins, les appels vitaux auront une meilleure réponse systémique et enfin, les TAP pourront jouer pleinement le rôle comme intervenants de santé, sans être limités à une fonction de transport. Pour réussir pleinement la mise en place de ce cercle vertueux, une bienveillance commune doit s'instaurer entre l'ensemble des acteurs et elle passe par la reconnaissance des expertises et des expériences propres à chacun des acteurs. Finalement, ce cercle doit reposer sur une culture qui valorise les données afin de permettre la prise de décision basée sur des éléments concrets et mesurables.

## Raison d'être du cadre

Le 14 juin 2022, le Conseil des ministres a adopté la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence<sup>1</sup> (ci-après nommée « Politique préhospitalière »). Cette dernière constitue l'aboutissement d'un travail collaboratif du système préhospitalier et fixe la ligne directrice du développement du système préhospitalier et parahospitalier pour les prochaines années. Pour mettre en œuvre cette politique préhospitalière, il est nécessaire de déployer un Cadre clinique de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières (ci-après nommé « Cadre clinique ») qui balisera les projets régionaux. Ce cadre clinique est élaboré par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et orientera les différents plans de mise en œuvre qui permettront la mise en place de ses priorités. Celui-ci tient compte des différentes recommandations émises par la Direction médicale nationale (DMN) des services préhospitaliers d'urgence (SPU) en cohérence avec les rôles et responsabilités de niveau national qui incombent à cette direction et au ministre, en vertu de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (LSPU). Le présent Cadre clinique constitue les grandes orientations cliniques en matière d'organisation des SPU en vertu de l'article 3 de la LSPU.

Le Cadre clinique se veut un document de référence ayant pour objectif l'instauration au plan clinique de la Politique préhospitalière par les acteurs du système préhospitalier, la Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé) et les CISSS/CIUSSS, tout en s'assurant que les actions posées sont en adéquation avec les cibles énoncées, soit :

- Cible 1 : améliorer le service à la population par l'évolution du système préhospitalier d'urgence en y intégrant un volet parahospitalier;
- Cible 2 : développer l'offre de service du système préhospitalier d'urgence et s'assurer de son intégration au sein du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS);
- Cible 3 : mieux utiliser les ressources disponibles dans le système préhospitalier d'urgence afin d'en contrôler les coûts.

Le Cadre clinique vise l'ensemble des TAP de soins primaires (TAP) et a pour objectif de déterminer les orientations ainsi que les objectifs cliniques du système préhospitalier sur lesquels les acteurs doivent travailler en priorité pour les années 2022 à 2026. En ce qui concerne les transferts interétablissements, ceux-ci feront l'objet d'un guide plus spécifique et ne seront donc pas abordés en détail dans le document. Ce présent cadre doit se lire en complémentarité avec le Cadre normatif de développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales. Enfin, ce cadre rappelle que tous les projets préhospitaliers doivent s'appuyer sur des preuves scientifiques qui démontrent les bienfaits pour les soins aux patients.

---

<sup>1</sup> Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence* (Publication no 22-929-02W). <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410/?&date=DESC>



## Mise en contexte

La LSPU « vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des SPU une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse.

À cette fin, elle encadre l'organisation des SPU et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers<sup>2</sup>. »

En 2002, la loi a été rédigée pour encadrer des services préhospitaliers répondant à des appels de citoyens ayant des problèmes de santé urgents : infarctus, accident de voiture, etc.

Le Cadre clinique utilise le terme « pathologies chronodépendantes<sup>3</sup> » pour décrire ces problèmes de santé urgents, soit :

- **pathologie**, terme qui signifie « trouble, maladie »;
- **chrono-**, préfixe qui signifie « temps » (ex. : chronomètre);
- **dépendant**, terme qui signifie « qui dépend de quelqu'un ou de quelque chose ».

Le système préhospitalier d'urgence a été développé pour diminuer la mortalité et la morbidité résultant de pathologies chronodépendantes telles que les arrêts cardiorespiratoires, où chaque minute sans retour de la circulation sanguine diminue les chances de survie du patient ou encore, diminue sa qualité de vie<sup>4</sup>.

Cet objectif est encore celui du système préhospitalier de demain, mais alors que beaucoup d'énergie et d'investissements ont été consacrés au secteur ambulancier, les premiers maillons de la chaîne de survie doivent maintenant être priorisés et adaptés à notre réalité<sup>5</sup>. La réalisation de cet objectif passe par un changement de culture où chaque individu est en partie responsable de sa destinée et des chances de survie de son prochain. La formation de premiers intervenants et le déploiement de services de premiers répondants (PR) partout sur le territoire québécois sont des éléments importants en ce qui concerne la diminution de la mortalité et de la morbidité.

---

<sup>2</sup> Éditeur officiel du Québec. (2022, 6 avril). *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, c. 69, a. 1.

<https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2#:~:text=2002%2C%20c.,69.&text=1.,%C3%A9gard%20des%20personnes%20en%20d%C3%A9tresse>

<sup>3</sup> Les définitions des termes « pathologie », « chrono » et « dépendant » sont toutes tirées du dictionnaire *Le Petit Robert de la langue française*, 2021.

<sup>4</sup> Berdowski J., Blom T. M., Bradai, A., Tan, H. L., Tijssen, J. G. P. et Koste, R. W. (2011). Impact of Onsite or Dispatched Automated External Defibrillator Use on Survival After Out-of-Hospital Cardiac Arrest. *Circulation*, 124(20), 2225-2232. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.015545>

<sup>5</sup> Yan, S., Gan, Y., Jiang, N., Wang, R., Chen, Y., Luo, Z., Zong, Q., Chen, S. et Lv, C. (2020). The global survival rate among adult out-of-hospital cardiac arrest patients who received cardiopulmonary resuscitation: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*, 24(61). <https://doi.org/10.1186/s13054-020-2773-2>

Les dernières années ont permis de constater que le service préhospitalier est devenu, au fil du temps, une porte d'entrée vers les services de santé et de services sociaux. La notion de détresse, qui est subjective par définition, amène les citoyens à demander des soins « en urgence ».

Le vieillissement de la population contribue à une transformation importante dans la consommation de soins préhospitaliers d'urgence. Les différentes incapacités physiques et cognitives que présentent de plus en plus de patients en raison de ce phénomène font en sorte que les services ambulanciers, sont non seulement utilisés pour leur expertise en réanimation et en soins aigus, mais également comme un service de transport<sup>6</sup>.

Afin de s'adapter à cette réalité, plusieurs autorités ont modifié leur offre de services préhospitaliers. En Nouvelle-Écosse, par exemple, le terme « *emergency medical services* » a été remplacé par « *emergency health services* », créant ainsi une nouvelle gamme de services<sup>7</sup>. Bien qu'il importe de maintenir les notions « d'urgence » et « d'agir rapidement » du système préhospitalier actuel, il est toutefois nécessaire de modifier la vision du système préhospitalier afin que celle-ci corresponde davantage à la réalité québécoise. Pour que ce changement de paradigme s'opère, le système préhospitalier doit s'intégrer davantage au réseau de la santé et des services sociaux. Cette intégration au réseau permettra de créer un continuum de soins flexible et adapté aux différents besoins des patients. Les sections qui suivent permettront de situer les différentes priorités cliniques, ainsi que les rôles et responsabilités qui incombent aux intervenants du système préhospitalier.

---

<sup>6</sup> Cette analyse est appuyée par les données publiées sur le tableau de bord ministériel de performance du réseau de la santé et des services sociaux (section Préhospitalier d'urgence).

<sup>7</sup> Nova Scotia. (2021). *Emergency Health Services*. <https://novascotia.ca/dhw/ehs>

## Politique préhospitalière

La Politique préhospitalière prévoit de faire évoluer le système préhospitalier en y intégrant un volet parahospitalier pour bonifier les services à la population ainsi qu'un volet réservé aux transferts interétablissements. Elle définit le volet parahospitalier d'urgence comme un panier de services permettant de desservir la population dans sa communauté et d'orienter les demandes de soins vers les ressources appropriées.

L'intégration du volet parahospitalier nécessite la mise en place de lignes directrices qui permettront de le baliser. En ce sens, un système préhospitalier d'urgence qui intègre un volet parahospitalier doit :

- soutenir la population en détresse;
- éviter l'utilisation des ressources hospitalières, lorsqu'elles sont cliniquement non requises :
  - en amont, c'est-à-dire en permettant une évaluation urgente du besoin et de la détresse en dirigeant le demandeur vers la bonne ressource, en utilisant le moyen approprié;
  - en aval, c'est-à-dire en permettant un retour à domicile et dans la communauté plus rapidement;
  - en bonifiant l'utilisation du TAP lors d'un transport interétablissements médicalisé;
  - en démocratisant l'accès aux transports alternatifs;
- diminuer la mortalité et la morbidité des pathologies chronodépendantes.

Conséquemment, il importe de :

- poursuivre la formation des intervenants afin de diminuer la mortalité et la morbidité des pathologies chronodépendantes;
- organiser et déployer un système de transfert interétablissements qui répond aux conditions cliniques de l'utilisateur;
- former les intervenants pour dépister, mesurer et soutenir les populations vulnérables et les grands utilisateurs de soins aigus de santé au sein de la communauté.

## Secteurs d'activité clinique prioritaires des prochaines années

Bien qu'il puisse sembler urgent de mettre en place des projets novateurs, il faut souligner que la multiplicité de projets, combinée à la rareté des ressources, incite à la prudence.

Le MSSS, en cohérence avec la Politique préhospitalière, cible quatre secteurs d'activités prioritaires pour le développement des activités cliniques des milieux préhospitalier et parahospitalier par les régions et la Urgences-santé au cours des prochaines années (2022-2026), soit :

1. la paramédecine de régulation des demandes non urgentes en provenance de la population :
  - triage secondaire;
  - coévaluation;
2. le soutien médical à distance;
3. la paramédecine communautaire;
4. l'amélioration de la réponse rapide.

## 1- Paramédecine de régulation

### Constat

Depuis plusieurs années, le RSSS constate que les appels logés au 9-1-1, les protocoles de traitements des demandes, les règles opérationnelles et les trajectoires de soins contribuent de façon significative à l'encombrement des urgences. Si le flux constant d'appels n'est pas représentatif du besoin d'accès au réseau, et qu'il n'est pas principalement lié à des appels de détresse mettant la vie de l'utilisateur en danger, il est nécessaire de se questionner. Les demandes préhospitalières créent une tension sur le réseau, qui doit répondre 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, à l'ensemble des différentes demandes populationnelles. Cette tension se manifeste, entre autres, par une croissance accrue de la charge de travail des professionnels de la santé. En outre, elle représente un enjeu lorsqu'il est question d'assurer la disponibilité des ressources pour les personnes qui requièrent réellement des soins chronodépendants. Ce contexte nous invite donc à revoir le continuum des demandes adressées aux SPU.

L'utilisation sous-optimale des SPU est un problème important, que ce soit par rapport aux usagers, aux prestataires de services préhospitaliers ou aux salles d'urgence. De nombreux usagers qui composent le 9-1-1 pourraient utiliser d'autres méthodes de transport ou de services médicaux de proximité.

La paramédecine de régulation est un service complémentaire à l'offre actuelle. Pour être efficace et sécuritaire, ce service de régulation doit être soutenu par un processus d'assurance de la qualité fiable et rigoureux. L'implantation provinciale de la paramédecine de régulation pourrait ainsi freiner le flux constant des demandes de SPU ainsi que celui des transports aux urgences, tout en permettant à l'utilisateur d'avoir accès aux soins de santé dont il a besoin.

Les SPU peuvent jouer un rôle dans l'atténuation de la demande de services hospitaliers en redirigeant les usagers ne nécessitant pas de soins hospitaliers vers des moyens et services mieux adaptés à leurs problèmes de santé, optimisant ainsi les parcours de soins. L'instauration d'entités offrant un ou plusieurs services de paramédecine de régulation des demandes préhospitalières contribuera à améliorer la pertinence des transports vers les salles d'urgence en filtrant de façon plus précise les patients nécessitant un tel plateau technique.

### Recommandation du rapport Ouellet

En 2014, le rapport Ouellet, *Services préhospitaliers : Urgence d'agir*<sup>8</sup>, proposait « de mettre en place des mesures et des contrôles appropriés, pour que les règles d'affectation des ressources soient uniformes dans tous les [centres de communication santé] CCS et appliquées en tout temps » (recommandation 22, p. 38). Il suggérait également « d'élaborer des mesures pour que l'utilisateur demandeur d'une ambulance puisse être dirigé vers un autre

---

<sup>8</sup> Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence. (2014). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir*. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Rapport. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>

endroit qu'une salle d'urgence ou véhiculé par un transport alternatif, selon des critères dûment approuvés par le corps médical » (recommandation 54, p. 75).

Composantes de la paramédecine de régulation des demandes préhospitalières

**Le triage secondaire** s'effectue à distance, par l'intervenant désigné et implique une évaluation complémentaire réalisée par un professionnel du RSSS afin d'objectiver le besoin de service du patient. Ce service n'implique pas directement le TAP puisqu'il se situe en amont de l'affectation de celui-ci. Cette action est entreprise une fois que le CCS a déterminé, en procédant au triage initial, que la situation est non urgente et que le délai de prise en charge n'aura pas d'effet délétère sur l'état de santé du patient. Le triage secondaire a pour objectif une évaluation plus pointue du patient, ce qui permet de le réorienter vers une ressource en mesure de répondre aux besoins que nécessite sa condition. Une offre intégrée d'extrait de soins est primordiale pour la mise en place du triage secondaire.

**La coévaluation** est réalisée lorsqu'il y a un TAP sur les lieux de l'affectation et que la situation implique une évaluation complémentaire par le clinicien désigné pour le triage secondaire afin d'objectiver le besoin de service du patient ou de décider du meilleur corridor de service. Cette étape est conditionnelle à l'implantation préalable du triage secondaire.

Lors de cette étape, le TAP apprécie la condition clinique du patient afin de déterminer sa stabilité. En fonction du protocole d'intervention clinique spécifique à la coévaluation, le TAP communique avec le clinicien désigné qui doit être un professionnel du RSSS afin de pouvoir procéder à une coévaluation.

Pour s'assurer que la coévaluation ait un impact significatif sur le RSSS, son déploiement opérationnel doit être fait à partir des ressources ambulancières déjà déployées. Ce type de déploiement permet à l'ensemble des TAP d'entreprendre un protocole de coévaluation lors d'une intervention préhospitalière. Par conséquent, le déploiement d'équipes spécifiques de coévaluation n'est pas le modèle retenu.

Objectif de la paramédecine de régulation

La réorientation est effectuée par le professionnel de la santé et peut être la résultante du triage secondaire ou de la coévaluation (voir Annexe 2). Elle implique la sélection du bon moyen de transport pour le patient ainsi que du bon milieu de soins. Plus précisément, à la suite de l'évaluation du professionnel, il est possible de :

- rehausser le niveau de priorité initiale;
- maintenir le niveau de priorité émis par le répondant médical d'urgence (RMU) ainsi que le transport par ambulance vers une salle d'urgence;
- maintenir le transport vers une salle d'urgence par un transport alternatif autre

- que l'ambulance;
- diriger le patient vers un service autre que l'urgence via un transport alternatif autre que l'ambulance;
- prodiguer des conseils cliniques et clore l'épisode de soins comme prévu aux protocoles de coévaluation;
- donner toute autre instruction au patient selon l'évaluation du professionnel de la santé.

### Implantation et intégration du service au réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)

La paramédecine de régulation constitue une voie à privilégier pour assurer à chaque demandeur l'accès aux soins appropriés et requis par sa condition. Le recours aux ressources du système préhospitalier d'urgence pour des demandes non urgentes réduit la capacité du réseau préhospitalier à prendre en charge les appels urgents et critiques.

#### *Implantation du service*

L'implantation provinciale de la paramédecine de régulation préhospitalière (triage secondaire et coévaluation) passe par une intégration administrative avec le Guichet d'accès à la première ligne (GAP) (voir Annexes 2 et 3). Ceci permettra aux patients du milieu préhospitalier de bénéficier d'une porte d'entrée unique au réseau de la santé. Ils pourront de ce fait, tirer profit des trajectoires de soins développées par les GAP, ce qui a le potentiel de diminuer la proportion de patients transportés à l'urgence par ambulance et de permettre aux ressources préhospitalières d'être plus disponibles pour les appels chronodépendants. De plus, l'arrimage des deux services (GAP et paramédecine de régulation) permet une meilleure intégration du système préhospitalier au sein du réseau de la santé, en plus de favoriser l'optimisation des ressources infirmières déjà disponibles dans les GAP pour faire du triage et de la réorientation préhospitalière.

#### *Heures d'ouverture*

Le MSSS souhaite mobiliser le milieu préhospitalier ainsi que les partenaires du réseau de la santé afin qu'ils concertent leurs efforts pour assurer aux usagers un accès aux soins et aux services nécessaires à leur condition tout en préservant la disponibilité des ressources d'urgence pour les demandes vitales. Dans cette optique, les données de volumétrie montrent que la pertinence de la régulation des appels se situe entre 8 h et 18 h (voir Annexe 1). Par conséquent, même si le système préhospitalier fonctionne en continu, il est nécessaire que les CISSS/CIUSSS se concentrent en priorité sur cette plage horaire. Si certains CISSS/CIUSSS sont désireux d'accroître leurs heures d'ouverture et en ont la capacité, ils devront préalablement effectuer une demande officielle au MSSS. L'acceptation de cette demande est conditionnelle aux fonds octroyés par le Conseil du trésor pour les services de régulation.

*Professionnel de la santé autorisé à effectuer la régulation des demandes préhospitalières*

Le triage secondaire ainsi que la coévaluation doivent s'appuyer sur une évaluation professionnelle de qualité. Les processus d'évaluation téléphonique et de télé-évaluation doivent être balisés par un système de suivi et d'assurance de la qualité. Le professionnel exerçant une évaluation téléphonique dans un contexte de régulation doit être un employé du RSSS, en plus d'être membre d'un ordre professionnel. Les TAP ne peuvent pas effectuer d'évaluation; ils peuvent toutefois apprécier la condition clinique d'un patient et transmettre un rapport verbal aux professionnels. Les rôles du TAP en coévaluation sont principalement d'apprécier la condition clinique du patient, d'identifier les patients éligibles au processus de coévaluation via le protocole de coévaluation et de communiquer, au besoin, avec les professionnels du GAP. Les TAP auront aussi à collaborer avec les professionnels de la santé afin de déterminer le bon processus de réorientation.



## 2- Soutien médical à distance

### Constat

L'hôpital de base occupe une place importante dans plusieurs états d'Amérique du Nord<sup>9, 10</sup>. Le développement de la télémédecine et des capacités informatiques permet à des professionnels de la santé de soutenir à distance l'intervention des TAP sur le terrain.

Au Québec, le flux constant des demandes préhospitalières associées à différents facteurs tels que le vieillissement de la population et la multimorbidité rend la prise en charge paramédicale de plus en plus complexe. Dès lors, le MSSS souhaite mettre en place une structure offrant un soutien clinique aux TAP pour les interventions à haute priorité en utilisant les technologies afin d'apporter une expertise spécialisée pour soigner les patients.

### Implantation du service

Stratégiquement implantés à même certaines urgences, les hôpitaux de base au Québec répondront aux besoins des TAP et des soignants du milieu préhospitalier 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Par leur structure, ces hôpitaux agiront également à titre d'agent d'orientation en facilitant l'accès aux soins de santé spécialisés et en favorisant l'utilisation de la télémédecine. Les services de soutien clinique offerts par les hôpitaux de base devraient minimalement permettre :

- un soutien téléphonique ou par média électronique afin d'orienter le TAP dans l'application de certains protocoles d'intervention clinique qui nécessitent un soutien médical<sup>11</sup>;
- un appui décisionnel quant à l'orientation préhospitalière de certains patients (IAMEST, AVC, trauma ou autres);
- un appui direct aux intervenants d'urgence lors de situations d'exception (ex. : sinistre);
- un processus permettant le constat de décès à distance.

Pour le moment, au Québec, deux services d'urgence possèdent les caractéristiques d'un hôpital de base, soit l'urgence de l'Hôpital du Sacré-Cœur-de-Montréal et l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Lévis. Le MSSS concentrera ses efforts des prochaines années au développement du soutien médical à distance au sein de ces organisations.

---

<sup>9</sup> Harris, J. (2005). *Base Hospital Advanced Life Support Program for Durham Region*. Lakeridge Health.

<https://www.lakeridgehealth.on.ca/en/ourservices/resources/4.0%20Certification%20Policies.pdf>

<sup>10</sup> MOHLTC. (2018). *Emergency Health Services: Ontario Ambulance Program Quality Assurance*.

[https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/emergency\\_health/oap\\_quality\\_assurance.aspx](https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/emergency_health/oap_quality_assurance.aspx)

<sup>11</sup> Modulation des protocoles exigeant l'administration d'une médication contrôlée, pathologies chronodépendantes nécessitant un soutien pour les soins avancés ou critiques.

## Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

Afin de favoriser une couverture sur l'ensemble du territoire québécois, l'implantation des hôpitaux de base devra se faire en collaboration avec les établissements en fonction des capacités et des intérêts des différentes régions à mettre en œuvre un tel service. Le MSSS prévoit implanter un nombre limité d'hôpitaux de base au Québec. Ceux-ci se verront dotés de mandats suprarégionaux afin de desservir d'autres régions. L'implantation d'un hôpital de base doit obligatoirement se faire en collaboration avec la direction des services professionnels (DSP) et le conseil des médecins, dentistes et pharmaciens (CMDP). Ces éléments sont des considérants importants, puisqu'ils assurent un service intégré et pluriprofessionnel de la qualité des services et des interventions. Les conseils donnés dans le cadre d'un hôpital de base impliquent la responsabilité du professionnel de la santé et sont soumis aux processus d'évaluation de la pratique.

### Professionnels de la santé

Les médecins œuvrant dans les hôpitaux de base doivent avoir une pratique active de la médecine d'urgence en plus d'une bonne connaissance des SPU québécois. Les services de soutien clinique offerts par le professionnel de la santé ne constituent pas une pratique exclusive; celui-ci l'intègre à sa pratique courante pendant son quart de travail à l'urgence.

### 3- Paramédecine communautaire

#### Constat

La paramédecine communautaire (PC) existe à plusieurs endroits dans le monde, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes. Les résultats présentés démontrent la portée et les bénéfices d'un tel programme. Ce type de service 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 physique et mentale, la prévention des traumatismes ainsi que le suivi et le traitement des maladies chroniques. Elle permet également de dépister, de mesurer et de soutenir dans leur communauté, les populations vulnérables et grandes utilisatrices de soins aigus de santé dans un contexte « urgent », selon le besoin de l'utilisateur. Il importe de mentionner que les demandes de services en PC ne proviennent pas nécessairement d'un appel logé au 9-1-1. Ces services sont offerts en complémentarité avec le soutien à domicile et les différents services de première ligne.

La volonté de mettre en place la PC émane de différents constats et analyses :

- le TAP d'aujourd'hui possède davantage d'outils et de compétences améliorant ainsi l'accompagnement des patients;
- la pertinence de soigner les patients directement dans leur milieu de vie;
- l'augmentation de la proportion des usagers de 65 ans et plus qui utilisent les services préhospitaliers;
- la volonté de mieux utiliser les ressources disponibles dans des milieux moins achalandés ayant une faible présence d'intervenants de la santé ou présentant des besoins précis pouvant être pris en charge par la PC;
- la PC peut être développée dans différents champs d'expertise, comme le suivi post-hospitalisation ou l'évaluation à domicile pour éviter des transports vers l'urgence.

#### Implantation du service

Le développement et l'implantation de la PC passent par certaines modifications législatives. De plus, les actions cliniques effectuées par le TAP doivent être définies en partenariat avec le Collège des médecins du Québec (CMQ) et l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ). Le MSSS dresse cependant une liste préliminaire et non exhaustive des actes qui pourraient être posés par les TAP :

- vérification des signes vitaux et de la tension artérielle;
- suivi, observance au traitement/à la prise de médication;
- appréciation des activités de la vie domestique;
- appréciation des activités de la vie quotidienne;
- appréciation des besoins matériels ou autres;
- appréciation de l'état psychologique;
- appréciation du domicile et des risques de chute (ex. : programme PIED);
- appréciation du soutien social;
- appréciation de la nutrition et du suivi de diète;

- soutien à la prise en charge de sa santé par l'individu;
- traitement d'inhalothérapie de base (ex. : salbutamol);
- collaboration avec les intervenants des CISSS/CIUSSS.

À l'heure actuelle, et sans être exclusif, le MSSS favorise un passage de la PC par le mécanisme d'affectation normal d'une ressource ambulancière. La manière d'affecter la ressource ambulancière, qu'elle soit dans le plan de déploiement ou en sus, serait semblable à une affectation de basse priorité.

Les mécanismes de déploiement dynamique des véhicules ambulanciers devront donc être ajustés afin de permettre une couverture populationnelle adéquate. Considérant les particularités régionales québécoises, le MSSS conçoit qu'il faut prévoir une modulation entre les zones urbaines avec une forte volumétrie d'appels et les zones plus rurales. Dans plusieurs régions, la vision opérationnelle s'additionne à la couverture ambulancière actuelle; cette approche est adéquate pour les zones avec de forts volumes d'appels. Cependant, le MSSS affiche une volonté ferme, particulièrement en zone rurale, d'implanter la PC à même les ressources déjà déployées sur le territoire.

Afin de respecter l'expertise des différents acteurs de proximité (soutien à domicile [SAD] et autres), il importe de situer la PC par rapport aux soins de proximité. Précisons qu'une intervention de PC doit s'inscrire dans une situation ponctuelle de soins aux patients. L'intervention d'un technicien ambulancier paramédic communautaire (TAP-COM) se fait en collaboration avec les autres intervenants, et dans le respect des différents champs de pratiques. L'optimisation des soins aux patients passe par le développement de canaux de communication entre les différents intervenants.

#### Considérations légales

Le cadre légal actuel ne permet pas le déploiement de la PC. Le MSSS évaluera les différentes possibilités dans le cadre de projets pilotes et/ou de modifications législatives.

Par conséquent, le MSSS fera des appels de candidatures dans les régions qui souhaitent déployer un projet pilote de PC. Les demandes de projets devront respecter les différentes modalités du Cadre normatif sur le développement des pratiques préhospitalières et parahospitalières régionales.

#### 4- L'amélioration de la réponse rapide

##### Constat

Face à une situation de détresse, chaque minute compte. Au Québec, environ 9 000 personnes sont victimes d'un arrêt cardiaque en dehors de l'hôpital chaque année; l'intervention rapide des premiers secours peut doubler les chances de survie d'une personne qui en est victime.

Bien que l'intervention rapide d'une équipe ambulancière sur les lieux d'une intervention chronodépendante est toujours souhaitée, celle des intervenants de proximité (témoins, premiers intervenants et premiers répondants) peut avoir des retombés positives pour le patient. Il est donc primordial que les régions investissent dans le développement de leurs compétences. Plus le nombre de premiers intervenants et de premiers répondants sera grand, plus l'impact sur la population le sera. Il faut donc que leur nombre augmente significativement au cours des prochaines années.

Pour accroître la mobilisation citoyenne et renforcer la confiance des premiers intervenants par rapport à leurs compétences et habiletés, il est nécessaire de mobiliser le public, de le préparer et de l'outiller, et ce, tant dans son rôle d'usager des services que dans son rôle de proche aidant ou de premier intervenant.

##### Recommandations et objectifs

Le MSSS recommande donc que l'ensemble des acteurs régionaux se concertent et travaillent ensemble pour mettre en place des actions qui permettraient :

- de former davantage de premiers intervenants;
- de déployer davantage de défibrillateurs externes automatisés (DEA) accessibles à la population;
- d'avoir davantage de services de premiers répondants (PR).

En parallèle, le MSSS entreprendra des démarches notamment pour :

- demander la collaboration du ministère de la Sécurité publique (MSP) et du ministère des Affaires municipales et de l'Habitation (MAMH) pour le déploiement des PR de manière systématique afin d'avoir une meilleure réponse systémique;
- sensibiliser les regroupements d'acteurs municipaux, notamment la Fédération québécoise des municipalités (FQM) et l'Union des municipalités du Québec (UMQ) à l'importance de déployer des services de PR partout sur le territoire québécois;
- mettre en œuvre une stratégie globale de déploiement des DEA avec la mise en place d'un registre national des DEA sur le territoire québécois, et en partenariat avec la Fondation Jacques-de Champlain;
- entreprendre des campagnes de communication grand public sur l'importance des interventions des PR.

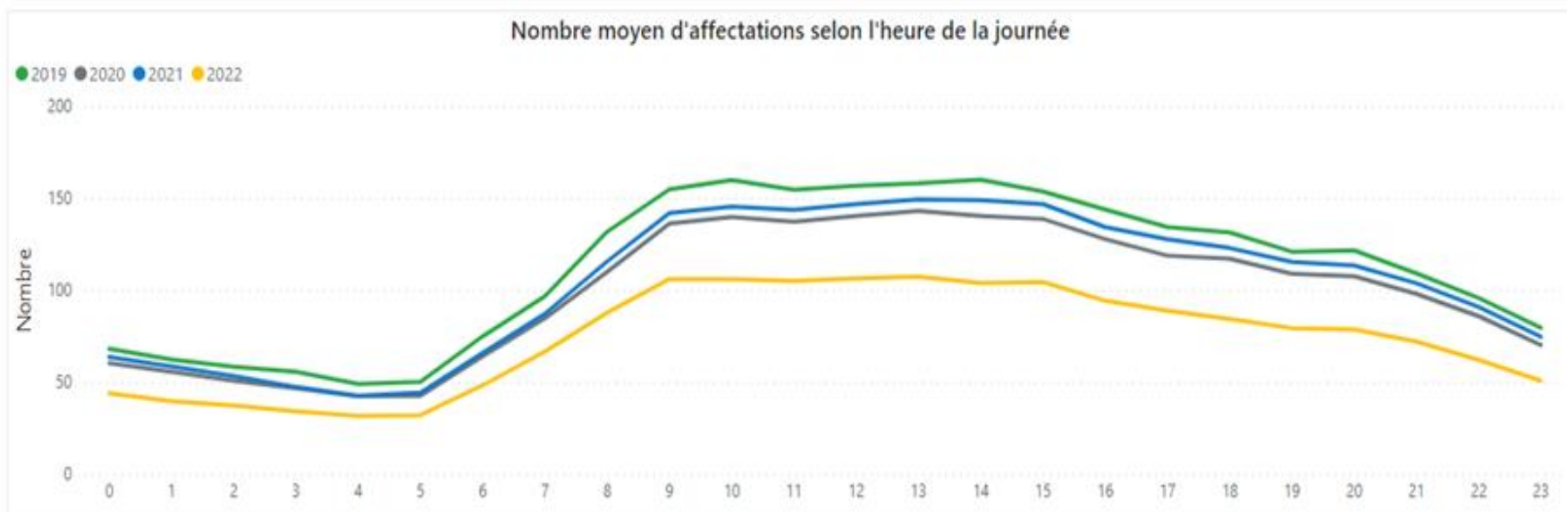
## Conclusion

Le dépôt du Plan santé et de la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence a permis de tracer les grandes orientations de l'écosystème préhospitalier en matière de santé et de services sociaux. En présentant les priorités cliniques 2022-2026, le MSSS permet aux différents acteurs du milieu de travailler de façon concertée et efficace afin de converger vers un seul et même objectif : un système préhospitalier plus efficient, qui offre une réponse adaptée aux différents besoins de sa population. Les priorités cliniques présentées dans ce cadre permettront de mieux cibler la portée clinique des différents projets prioritaires et ainsi faciliter la mise en place des différents plans de mise en œuvre.

## Annexe 1

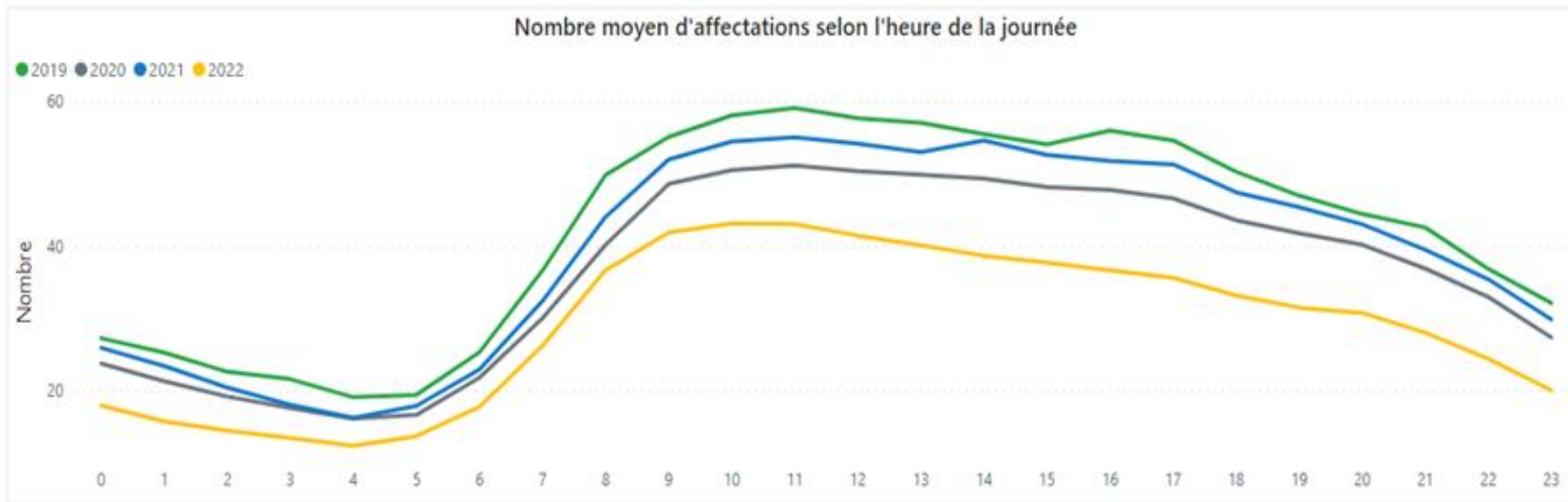
### Courbes d'affectations

#### Toutes priorités confondues



Source : SISPUQ - Système d'information services préhospitaliers d'urgence du Québec

Pour les priorités 4 et 7

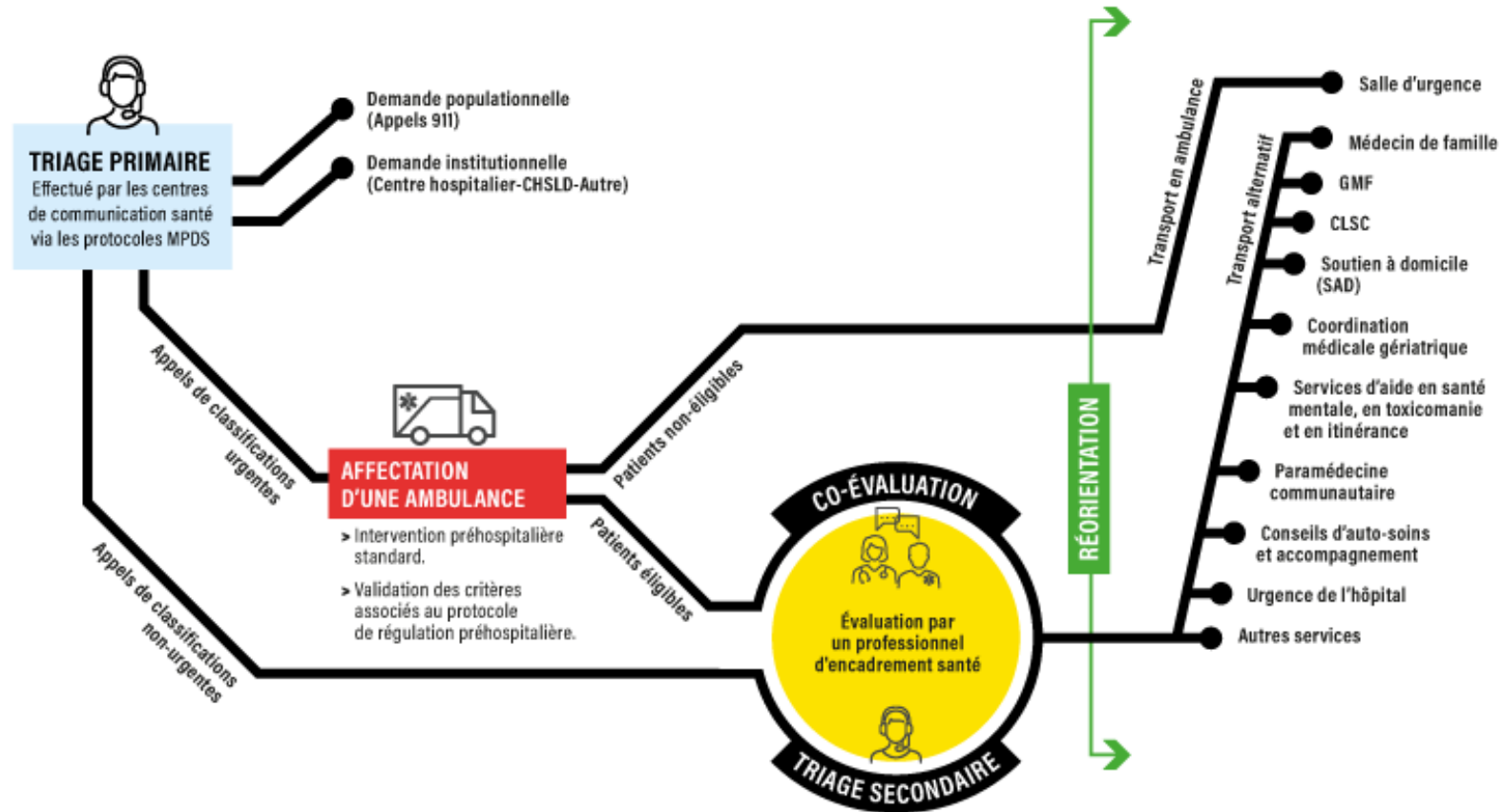


Source : SISPUQ - Système d'information services préhospitaliers d'urgence du Québec



Annexe 2

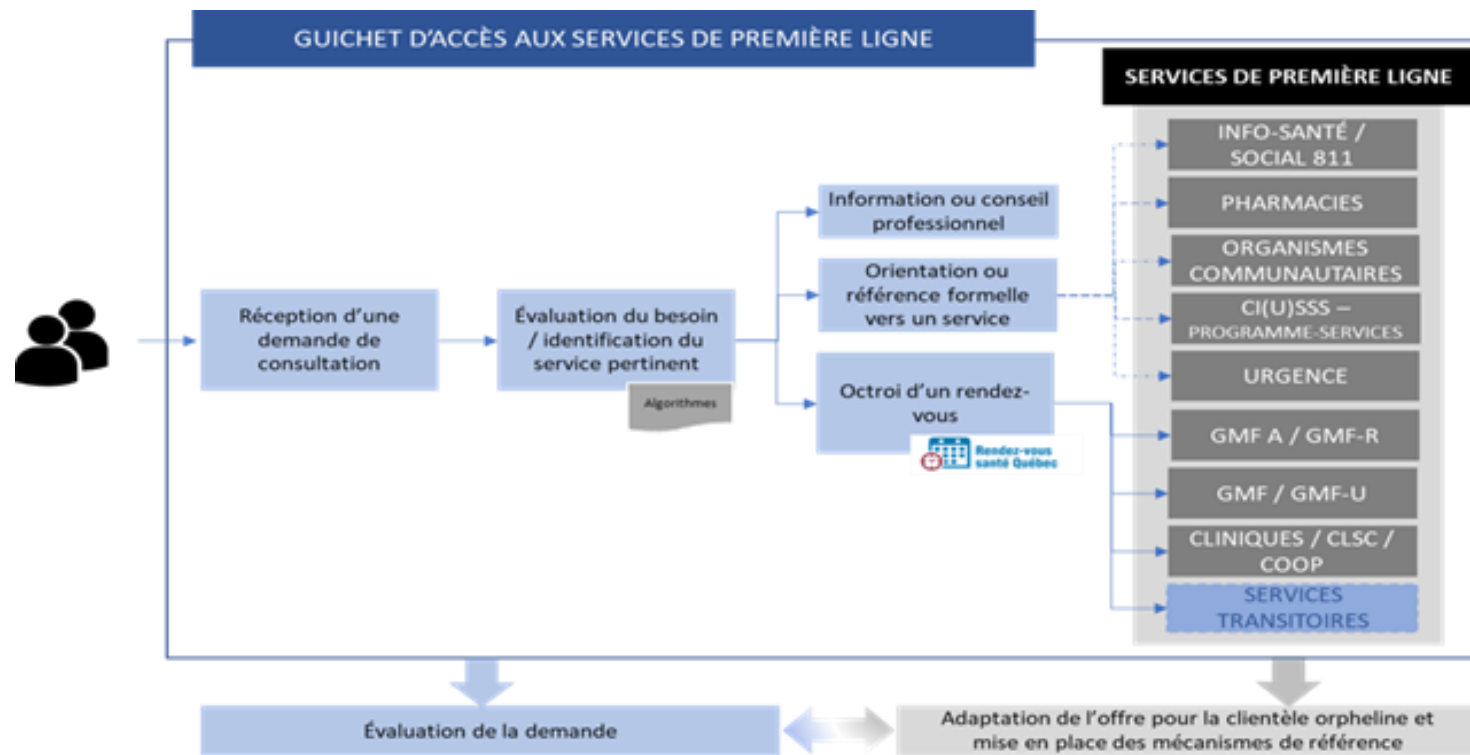
Schéma de la paramédecine de régulation intégrée au GAP



21-9231-000

Annexe 3

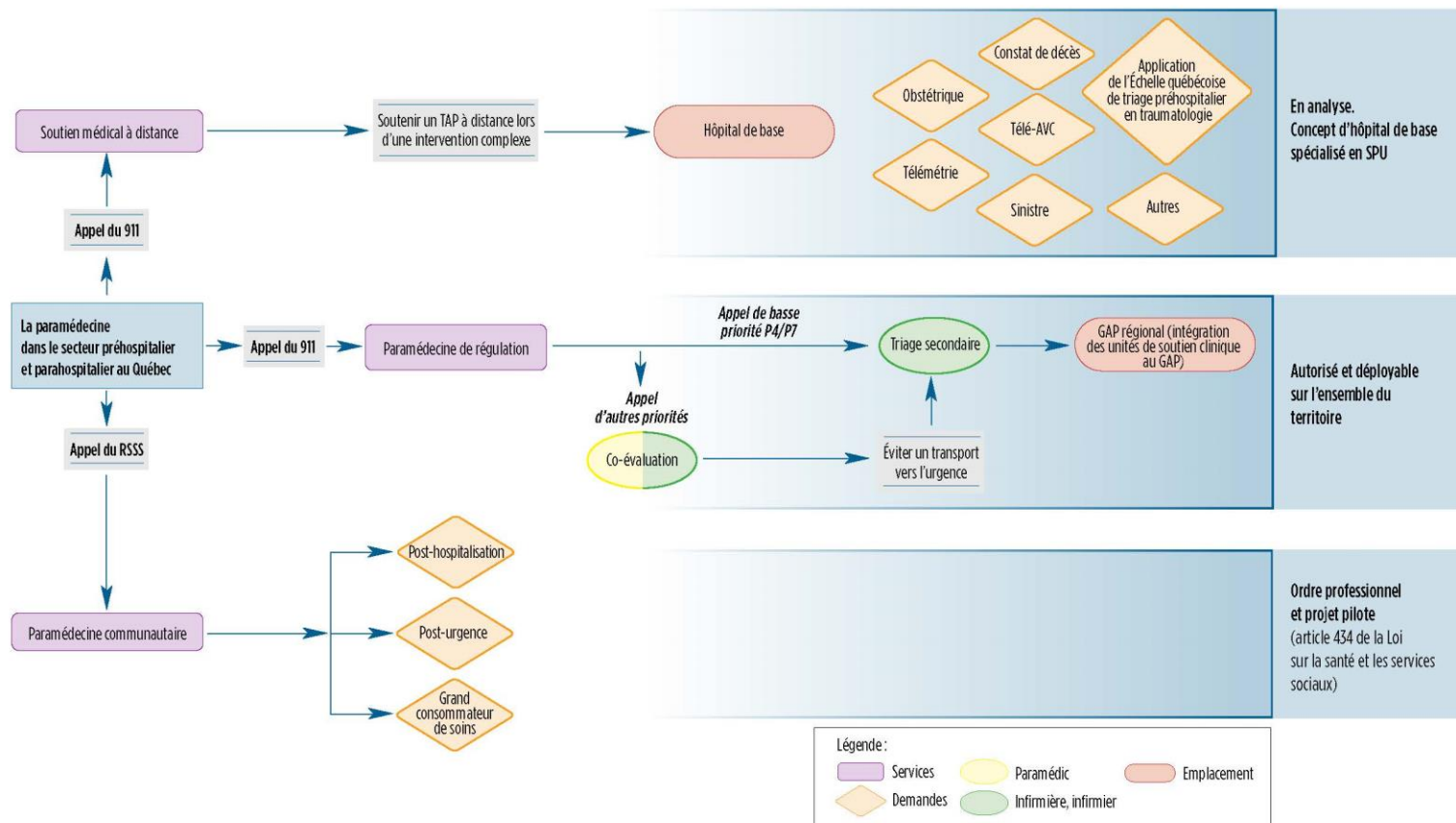
Schéma du Guichet d'accès à la première ligne



Annexe 4

Cadre de pratique des services préhospitaliers d'urgence

LA PARAMÉDECINE DANS LE SECTEUR PRÉHOSPITALIER ET PARAHOSPITALIER AU QUÉBEC





22-929-15W