

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

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 est utilisé sans aucune discrimination et dans le seul but d'alléger le texte

Dépôt légal – 2024

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-96600-5 (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, 2024

Table des matières

Liste des sigles et acronymes	i
Définitions	1
Raison d'être du cadre normatif	2
Mise en contexte	2
Rôle et responsabilité des acteurs du préhospitalier	4
• Ministère.....	4
• CISSS/CIUSSS/Urgences-santé.....	4
• CCS et entreprises ambulancières	4
La collaboration des partenaires dans l'élaboration et l'application des protocoles opérationnels.....	4
Schéma d'application de l'élaboration des protocoles opérationnels des CCS.....	5
Approbation des protocoles opérationnels régionaux et/ou demande de modification	5
Section1 : Orientations relatives à l'élaboration des protocoles d'affectation	7
Préambule concernant l'objectif de temps réponse clinique.....	7
Tableau des orientations ministérielles pour l'élaboration des protocoles opérationnels pour l'affectation des ressources ambulancières	8
Règles relatives aux marges d'affectation	13
Section 2 : Gabarit de protocole	13
Annexe.....	14

Liste des sigles et acronymes

CCS	centre de communication santé
CH	centre hospitalier
CISSS	centre intégré de santé et des services sociaux
CIUSSS	centre intégré universitaire de santé et des services sociaux
DMN	direction médicale nationale
ETA	estimation du temps d'arrivée
LSPU	Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
MDSA	moniteur-défibrillateur semi-automatique
MSSS	ministère de la Santé et des Services sociaux
OTRC	objectif de temps réponse clinique
PICPSP	protocoles d'intervention clinique des paramédics en soins primaires
PR	premier répondant
RA	ressource ambulancière
RAO	répartition assistée par ordinateur
SPU	services préhospitaliers d'urgence
TAP	technicien ambulancier-paramédic
Urgences-santé	Corporation d'urgences-santé
VA	véhicule ambulancier

Définitions

Affectation Prioritaire¹ : Toute affectation pour laquelle l'état clinique du patient justifie une affectation dès l'obtention de la priorité d'appel, et ce, sans délai.

Affectation Urgente¹ : Toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son objectif de temps réponse clinique (OTRC). L'affectation peut être différée dans la mesure où elle respecte l'OTRC.

Affectation Non urgente¹ : Toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son OTRC. Si l'OTRC est expiré, il faut effectuer une réévaluation. Si d'autres mesures alternatives sont disponibles (modulation selon l'évaluation de l'unité de soutien clinique), il faut les appliquer.

Estimation du temps d'arrivée (ETA) le plus rapide modulable : Estimation du temps d'arrivée le plus rapide en tenant compte des particularités opérationnelles (préparation du patient au centre hospitalier, véhicule hors zone, etc.)

Objectif de temps réponse clinique (OTRC) : Assignation flexible selon un objectif chronométrique maximal d'arrivée auprès d'un patient (fenêtre d'opportunité) afin d'utiliser la ressource disponible la plus efficiente pour répondre à une demande.

Marge d'affectation : Qu'elle soit virtuelle ou présumée, il s'agit de tout délai ajouté à l'estimation du temps d'arrivée (ETA) d'un véhicule ambulancier en fonction de son origine, de son statut ou de son type de quart de travail. Cette marge permet d'anticiper les retards, assurant ainsi une heure d'arrivée plus fiable.

Marge d'affectation virtuelle : Délai ajouté au temps de déplacement estimé d'un véhicule pour optimiser la gestion des ressources ambulancières (véhicule hors zone, interzone, intrarégional, etc.)

Marge d'affectation présumée : Délai ajouté au temps de déplacement estimé encouru par un véhicule ambulancier lorsque les conditions présumées de la ressource occasionnent un retard à l'arrivée sur les lieux par rapport au temps estimé d'arrivée calculé par la répartition assistée par ordinateur (RAO), notamment dans les situations où les TAP ne sont pas à l'intérieur du véhicule (présence en caserne, présence en centre hospitalier (CH), repas, quart de faction, période de vérification des équipements, etc.).

Le nombre de minutes ajoutées au délai d'intervention d'une ressource ambulancière (RA) spécifique peuvent être tributaires

- du statut d'une RA;
- du secteur attribué à la RA (zones d'opération/pénalité hors secteur);
- du type d'horaire (faction);
- du délai de disponibilité de l'équipe (en mouvement dans le véhicule ambulancier (VA) vs en dehors du véhicule).

¹ Tableau des priorités d'affectation en fonction de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

Ressource ambulancière (RA) : Désigne les ressources humaines, matérielles et technologiques requises pour réaliser le plan d'organisation des services et le plan de déploiement.

Restriction d'affectation : Condition établie durant laquelle la RA ne peut pas être utilisée systématiquement sur toutes les affectations.

Statut d'affectation : État définissant la capacité d'affectation d'une ressource ambulancière pour répondre à un appel. La ressource ambulancière peut être disponible, non disponible ou disponible partiellement.

- **Disponibilité complète :** Situation durant laquelle la RA peut être utilisée pour l'ensemble des affectations;
- **Disponibilité partielle :** Situation durant laquelle la RA peut être utilisée uniquement sur certaines affectations;
- **Non disponible :** Situation durant laquelle la RA ne peut être utilisée sur aucune affectation.

Raison d'être du cadre normatif

Le système préhospitalier québécois compte 10 centres de communication santé (CCS), dont celui administré par la Corporation d'urgences-santé (Urgences-santé). Chacune de ces institutions a, au fil du temps, élaboré ses propres protocoles opérationnels relativement au déploiement des ressources ambulancières au Québec sans que ces derniers ne soient officiellement approuvés par le ministère.

Ces différences régionales occasionnent des disparités au niveau des règles d'affectations, ce qui peut se traduire par une iniquité dans l'attribution des ressources ambulancières. Ce constat peut, dans certaines situations, atteindre la fluidité et l'efficacité de l'ensemble des opérations préhospitalières dans les régions et ainsi affecter la qualité du service offert à la population.

Afin de se conformer aux rôles et responsabilités des différents acteurs prévus par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (LSPU), tout en favorisant l'harmonisation des protocoles opérationnels relatifs au déploiement des ressources ambulancières, sans pour autant empêcher la mise en place de certaines particularités régionales, le présent cadre normatif vise à structurer la démarche de production des protocoles opérationnels de l'ensemble des centres de communication santé incluant Urgences-santé.

Mise en contexte

En conformité à la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a la responsabilité d'établir les grandes orientations et les objectifs en matière d'organisation des services incluant ceux dont le mandat d'exécution a été confié aux centres de communication santé (CCS).

Ce cadre normatif est un outil établi par le Ministère précisant les règles et les principes directeurs permettant aux partenaires du secteur préhospitalier de mettre en application les orientations ministérielles.

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

En collaboration avec les centres intégrés de santé et des services sociaux, les centres intégrés universitaires de santé et des services, la Corporation d'urgences-santé (CISSS/CIUSSS/Urgences-santé) et les CCS, le cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières présente une approche structurée et cohérente pour baliser les activités d'évaluation de la demande de service et de répartition des ressources ambulancières. L'objectif est de fournir à la population une prestation de service équitable dans l'ensemble des régions desservies par un CCS.

Plus particulièrement, le cadre normatif favorise :

- l'équité des services : il présente des règles et des principes directeurs en lien avec les orientations ministérielles visant à prévenir les écarts relatifs à l'utilisation des ressources ambulancières d'une région à l'autre;
- la cohérence : ce cadre établit des règles communes afin d'améliorer l'efficacité, l'interopérabilité et la communication entre les parties prenantes;
- la promotion de l'innovation : en définissant des règles claires et transparentes, et en favorisant la collaboration, le cadre normatif encourage l'innovation en fournissant un terrain propice pour le développement de nouvelles pratiques et méthodes.

En vertu de l'article 22 de la LSPU et dans le respect des orientations nationales et régionales, un Centre de communication santé doit, dans le cadre de l'exercice de ses fonctions, respecter les protocoles approuvés par le ministre.

Régionalement, ce sont les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé qui ont la responsabilité de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence dont celle-ci doit notamment prévoir, le cas échéant, l'accessibilité à un centre de communication santé pour l'ensemble de la population qui reçoit ces services. Pour ce faire, les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé doivent s'assurer que les centres de communication santé répondent aux orientations et objectifs émis par le ministre (art. 7.1).

Ce cadre normatif se veut donc un document de référence pour les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé et les CCS visant à structurer les protocoles opérationnels qui seront appliqués par les CCS à partir d'informations normalisées transmises par le ministre par l'entremise des CISSS/CIUSSS/Urgences-santé.

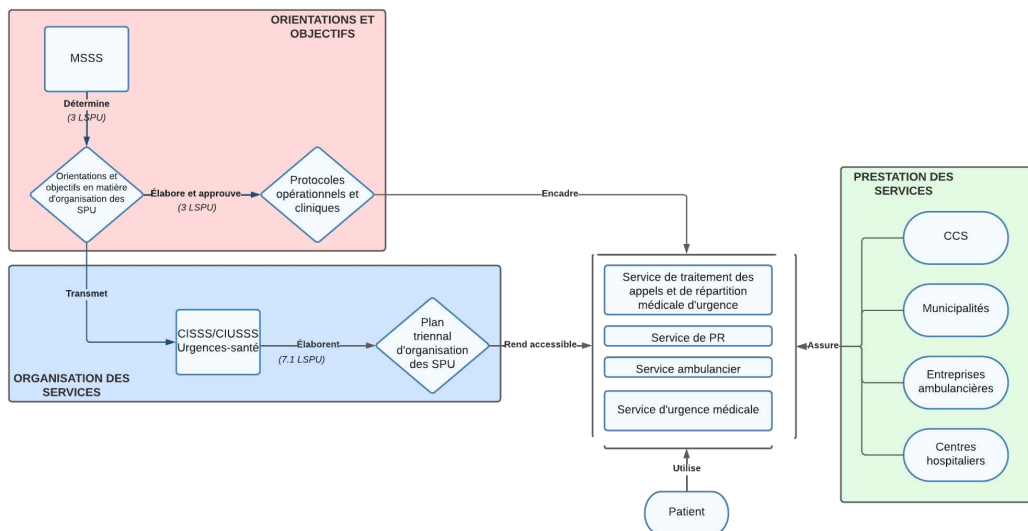
Ce cadre est rédigé dans le contexte de la politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, et plus précisément en lien avec l'objectif visant à uniformiser les délais de prise en charge des demandes nécessitant une intervention rapide dans le but de réduire le taux de mortalité et de morbidité des citoyens en détresse.²

En tenant compte des besoins exprimés par les représentants des citoyens et des usagers lors des consultations et dans le respect de la LSPU, le déploiement de ce cadre normatif des procédures opérationnelles favorisera l'harmonisation de l'affectation des ressources dans la province tout en considérant les particularités régionales et les différentes conventions collectives régissant les acteurs impliqués.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Politique gouvernementale sur les services préhospitalier d'urgence (2022)*, repéré le 21 décembre 2023

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

Rôles et responsabilités des acteurs du préhospitalier



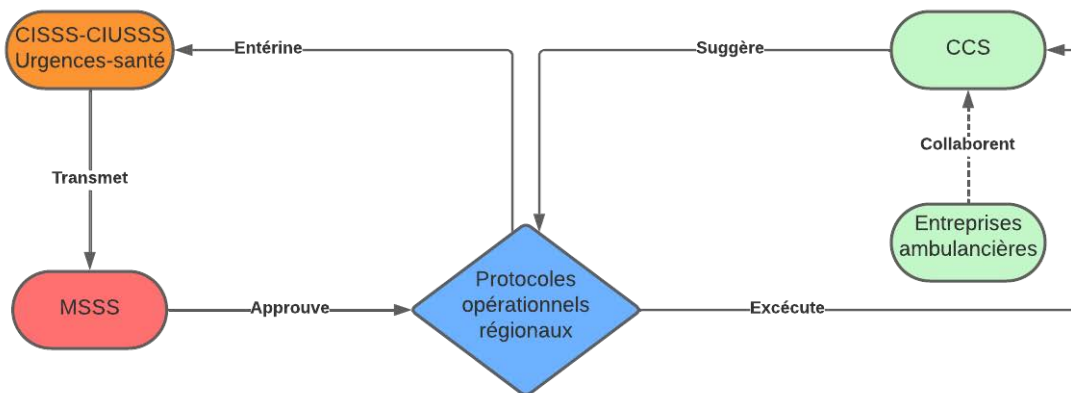
- **Ministère :**
 - Approuve les protocoles opérationnels;
 - Confie aux CISSS/CIUSSS/Urgences-santé, la responsabilité de lui proposer les protocoles opérationnels applicables à leurs CCS.
- **CISSS/CIUSSS/Urgences-santé :**
 - Collabore avec les parties prenantes dans l'élaboration des protocoles opérationnels;
 - Entérine les protocoles opérationnels des CCS;
 - Soumet au Ministre pour approbation les protocoles opérationnels des CCS.
- **CCS et entreprises ambulancières :**
 - Collabore avec le CISSS/CIUSSS/Urgences-santé pour élaborer les protocoles opérationnels en apportant l'expertise régionale.

Note : le présent document est applicable à la Corporation d'urgences-santé. Lorsque le document parle de Centres intégrés cela fait référence aux fonctions dévolues à une agence par la LSPU à la Corporation d'urgences-santé

La collaboration des partenaires dans l'élaboration et l'application des protocoles opérationnels

Afin de pouvoir bénéficier de l'expertise de chacune des parties prenantes de la gestion des services ambulanciers dans l'élaboration des protocoles opérationnels des CCS, il est recommandé de mettre en place des mécanismes régionaux favorisant la collaboration des acteurs impliqués.

Schéma d'application de l'élaboration des protocoles opérationnels des CCS



Objectifs du cadre

- Soutenir les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé et les CCS dans le processus d'élaboration des protocoles opérationnels des CCS;
- Assurer une réponse préhospitalière universelle et optimale sur l'ensemble du territoire;
- Améliorer l'efficacité et l'efficience de la réponse préhospitalière par l'harmonisation des procédures opérationnelles;
- S'assurer de l'arrimage entre les procédures opérationnelles et la mise à jour du tableau des priorités d'affectation en fonction de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière.

Approbation des protocoles opérationnels régionaux et/ou demande de modification

En conformité avec l'article 3 de la LSPU, les protocoles opérationnels des CCS doivent être approuvés par le ministère. Advenant que des modifications soient apportées à ceux-ci par la suite, les centres de communication santé et les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé peuvent soumettre leurs modifications de la façon suivante :

1. En septembre de chaque année, les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé peuvent solliciter une demande de modification des protocoles opérationnels auprès des CCS. À l'inverse, les CCS peuvent également soumettre une demande de modification à leur CISSS/CIUSSS/Urgences-santé.
2. Les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé ont jusqu'au 15 décembre de chaque année pour évaluer, appuyer ou non la demande de modification et transmettre au Ministre pour approbation.
3. Les demandes doivent être envoyées au comité d'évaluation du ministère à l'adresse suivante : operations.spu@msss.gouv.qc.ca, accompagnées d'une lettre justificative. La réponse sera communiquée le 15 mars suivant ou avant cette date et les protocoles modifiés pourront être appliqués à la date qui s'approche le

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à
l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

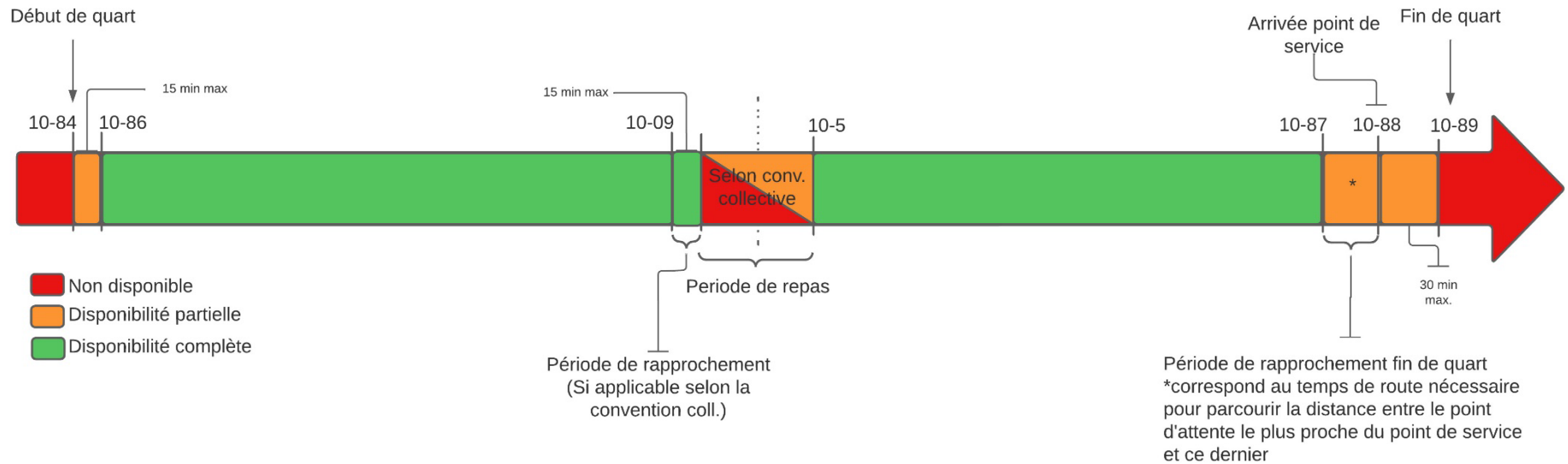
plus du début de l'année financière suivante.

*Advenant des demandes de modifications majeures et justifiées avec des considérations cliniques au cours de l'année, il sera toujours possible d'adresser des demandes pour analyse rapide avec cette spécification ainsi qu'une lettre justificative de la part du CISSS/CIUSSS/Urgences-santé.

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

Section1 : Orientations relatives à l'élaboration des protocoles d'affectation

Schéma type d'un quart de travail - service ambulancier
hors affectation



Préambule concernant l'objectif de temps réponse clinique

Les orientations ministérielles des protocoles opérationnels sont basées sur un objectif de temps de réponse clinique établi par le comité clinique provincial. Un protocole vise donc à garantir une réponse préhospitalière efficace et efficiente pour la population en définissant les étapes claires et cohérentes à suivre lors du déploiement d'une ressource ambulancière, et ce, tout au long de son affectation.

Cette synchronisation étroite, qui contribue à minimiser les délais d'intervention, fait partie des responsabilités des CCS, et ce, dans le but de respecter les normes de temps clinique définies. En assurant une coordination fluide entre les équipes ambulancières et en tenant pour compte de l'OTRC, les protocoles opérationnels favorisent une gestion efficace et efficiente des urgences médicales.

Tableau des orientations ministérielles pour l'élaboration des protocoles opérationnels pour l'affectation des ressources ambulancières

Protocoles d'affectation	Code radio	Principe directeur	Règle	Statut d'affectation	Restriction selon le statut d'affectation	Marge d'affectation
Procédure d'affectation d'un véhicule hors zone/hors région		Favoriser un retour plus rapide de la ressource ambulancière (RA) dans sa zone.	Évaluer l'affectation d'une RA hors zone (ou hors région) sur les affectations prioritaires lorsque le retour de la ressource dans sa zone nécessite un déplacement de 30 min ou plus; Prioriser le déploiement dynamique interzone lorsqu'applicable	<ul style="list-style-type: none"> Hors zone ≤ 30 min : Disponibilité partielle Hors zone > 30 min : Disponibilité partielle Hors région : Disponibilité partielle 	<ul style="list-style-type: none"> Affectation prioritaire seulement Affectation prioritaire seulement Affectation prioritaire seulement 	<ul style="list-style-type: none"> P0 : non P1 : non P0 : non P1 : oui P0 : non P1 : oui
Demande inter CCS de ressource ambulancière		<ul style="list-style-type: none"> Être en mesure d'affecter une RA sur des affectations prioritaires lors de découverte de zone. Éviter les retours à vide lors de transferts interétablissements. 	Viser les demandes inter CCS uniquement, soit les P0 et P1. Contacter le CCS du CH de destination afin de vérifier si une prise en charge est possible vers le secteur d'origine.			
Procédure de début de quart	10-84	La ressource est considérée en dispo partielle.	<ul style="list-style-type: none"> Considérer les délais de mise en route du véhicule avant de procéder à l'affectation. La procédure de début de quart ne peut excéder 15 minutes. 	Disponibilité partielle	Affectation prioritaire seulement	Oui
Procédures de fin de quart	10-87 10-88 10-89	La RA est réputée disponible jusqu'à la fin de son quart de travail, soit jusqu'à l'annonce du 10-89.	<ul style="list-style-type: none"> 10-87 : Prendre les dispositions adéquates pour qu'au moment du 10-87, la RA soit positionnée sur le point d'attente le plus proche du point de service afin de limiter au maximum le temps de rapprochement dans la mesure du possible. 10-88 : La période de nettoyage et de réapprovisionnement de fin de quart ou la période entre le retour au point de service et la fin de quart ne doit pas excéder 30 minutes. 10-89 : La fin de disponibilité aux appels ne peut être annoncée qu'une fois arrivé au point de service. 	<ul style="list-style-type: none"> Disponibilité partielle Disponibilité partielle Non disponible 	<ul style="list-style-type: none"> Affectation prioritaire seulement Affectation prioritaire seulement Aucune affectation possible 	<ul style="list-style-type: none"> Non Oui S/O

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

Protocoles d'affectation	Code radio	Principe directeur	Règle	Statut d'affectation	Restriction selon le statut d'affectation	Marge d'affectation
Procédure de fin de quart tardive	10-89	<ul style="list-style-type: none"> Permettre aux CCS d'affecter une RA après l'heure de fin de quart. Considérer que la RA en fin de quart doit retourner au point de service dans des délais raisonnables. 	La RA est réputée disponible pour les P0, en plus des situations imprévues (10-08).	Disponibilité partielle	Affectation P0 seulement	Non
Procédure période de repas	10-09	Lorsque la période de repas est incluse dans les heures rémunérées, la RA doit être considérée comme étant disponible.	Considérer les délais de mise en route du véhicule avant de procéder à l'affectation.	<ul style="list-style-type: none"> Période de rapprochement³ : Disponibilité complète Période de repas : Disponibilité partielle 	<ul style="list-style-type: none"> Période de rapprochement³ : S/O Période de repas : Affectation prioritaire seulement 	<ul style="list-style-type: none"> Période de rapprochement³ : Non Période de repas : Oui
Déploiement dynamique		Considérer les heures de fin de quart dans le déploiement des RA sur le territoire.	Privilégier le point d'attente le plus proche du point de service pour la RA à la veille de terminer.			
Déploiement dynamique interzone		Permettre de déployer de façon dynamique des RA d'un même CCS sur l'ensemble du territoire desservi.	Déployer dynamiquement l'ensemble des ressources disponibles selon les besoins sans se limiter aux zones ambulancières.			
Réaffectation d'une RA vers une affectation prioritaire		S'assurer de maximiser l'ETA de la RA sur les affectations prioritaires.	<ul style="list-style-type: none"> Affecter la RA selon la recommandation de la RAO. Valider la présence d'une RA en affectation non urgente qui pourrait être réaffectée si le RMU estime que son ETA est plus rapide que la ressource recommandée. 			
Non-disponibilité	10-06	La RA est non disponible, peu importe la nature de l'urgence. Elle ne peut en aucun cas être affectée. Cela signifie que le service est non livré durant cette période.	Aucune affectation possible	Non disponible	Aucune affectation possible/bris de service	S/O

³ Selon les conventions collectives

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

<i>Protocoles d'affectation</i>	<i>Code radio</i>	<i>Principe directeur</i>	<i>Règle</i>	<i>Statut d'affectation</i>	<i>Restriction selon le statut d'affectation</i>	<i>Marge d'affectation</i>
Disponibilité partielle	10-25	Pouvoir différencier les statuts où la RA est disponible partiellement pour des raisons qui ont une incidence sur l'utilisation du véhicule ou de ses équipements.	Affectation prioritaire si la raison de la disponibilité partielle le permet.	Disponibilité partielle	Affectation prioritaire seulement.	Oui
Autres protections administratives	10-23	Pouvoir différencier les statuts où la RA est disponible partiellement pour des raisons qui n'ont pas d'incidence sur l'utilisation du véhicule ou de ses équipements.	RA réputée disponible pour tout type d'affectation.	Disponibilité complète	S/O	Oui
Ressource en rédaction	10-27	Pouvoir affecter rapidement une RA au CH ou sur les lieux pendant la remise en conformité du véhicule et la rédaction de formulaires en débutant par la ressource qui est 10-27 depuis le plus longtemps dans l'établissement ⁴ .	Affectations prioritaires seulement	Disponibilité partielle	<ul style="list-style-type: none"> • Affectation P0 seulement durant les 15 premières minutes suivant le 10-27. • Affectation prioritaire seulement passé les 15 premières minutes suivant le 10-27. 	<ul style="list-style-type: none"> • Oui • Oui
Demande d'ajout de ressource ambulancière		Voir procédure avec les CISSS/CIUSSS/Urgences-santé.				
Procédure pour situation à grand déploiement (événement planifié)		Déterminer l'utilisation d'une ressource lors d'un événement planifié.	Ajout de ressource coordonnée par le CCS selon la procédure entérinée par le CISSS, la RA est réputée disponible pour tout type d'affectation.	Disponibilité complète	S/O	Oui
Procédure condition climatique difficile/route fermée ou partiellement fermée		Mettre en place des mesures en collaboration avec les partenaires (ministère du transport du Québec, CISSS/CIUSSS/Urgences-santé, entreprises) visant à assurer le maintien d'un service efficient et sécuritaire lors de conditions routières difficiles.	Valider les impacts de fermeture de route sur les délais d'intervention et la sécurité des intervenants.			
Procédure durée intra-CH (triage débuté/terminé, civière libérée)		Avoir la chronométrie intra-CH permettant d'optimiser la répartition des RA	Séquencer <u>la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière</u> entre H11 et H15.			

⁴ Référence 23-DSPU-PO Temps intra-CH

Cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et la répartition des ressources ambulancières

Protocoles d'affectation	Code radio	Principe directeur	Règle	Statut d'affectation	Restriction selon le statut d'affectation	Marge d'affectation
Procédure d'affectation d'horaire de faction		Optimiser l'utilisation des horaires de faction en tenant compte des règles de la commission des normes de l'équité, de la santé et de la sécurité au travail (CNESST).	<ul style="list-style-type: none"> • Véhicule en retour vers le point de service : dans des paramètres similaires, évaluer la possibilité d'affecter un véhicule à l'heure. • Véhicule au point de service : tenir compte du temps d'utilisation de la RA lors de l'affectation pour des priorités urgentes et non urgentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilité complète • Disponibilité complète 		<ul style="list-style-type: none"> • Non • Oui
Sécurité des TAP	10-07	Assurer la sécurité des intervenants en encadrant les situations d'urgence potentielles afin de faciliter l'envoi des ressources appropriées.	<p>À l'activation du bouton d'urgence et/ou appel à l'aide des TAP :</p> <p>Après la séquence d'écoute, le CCS doit prendre les dispositions nécessaires pour identifier le radio en alarme, localiser le véhicule et transmettre les informations au corps policier du secteur concerné, lorsque requis.</p> <p>La situation d'urgence se termine lorsque les TAP confirment qu'ils sont tous les deux hors de danger ou lors d'un retour du service de police arrivé sur les lieux.</p>			
Procédure délais de confirmation TAP		S'assurer de mettre en place une séquence de rappel lorsqu'une équipe ne répond pas à une affectation.				

Règles relatives aux marges d'affectation

Les marges d'affectation doivent être utilisées uniquement lorsque les conditions présumées de la ressource occasionnent un retard à l'arrivée (marges présumées) sur les lieux par rapport au temps estimé d'arrivée calculé par la RAO ou pour optimiser la gestion des ressources ambulancières tout en respectant l'OTRC (marges virtuelles).

Le calcul de la marge d'affectation doit reposer sur des données chronométriques probantes. Ainsi, lorsqu'une marge d'affectation présumée est utilisée, le délai rajouté au temps estimé d'arrivée de la RA doit correspondre à la réalité présumée du délai occasionné par la situation. Par exemple, si la durée moyenne de mise en route d'une RA en quart de faction est de 6 minutes, c'est cette donnée qui sera utilisée pour calculer la marge d'affectation. L'utilisation d'une marge d'affectation virtuelle dans l'organisation des services ne doit, premièrement, n'être utilisée que dans le respect de l'OTRC et, deuxièmement, ne doit pas être restrictive au point de rendre une ressource indisponible.

Optimisation de la gestion des Ressources Ambulancières : marge d'affectation virtuelle

En règle générale, on ne peut pas appliquer de marge d'affectation virtuelle pour modifier l'ETA d'une RA pour des affectations prioritaires. L'objectif est de pouvoir affecter la RA présumée la plus rapide sur ce type d'affectation. Cependant, une modularité à l'OTRC est possible lorsque le CCS affecte une RA sur une priorité P2E et lorsqu'une RA hors zone ou hors région est affectée sur une priorité P1. Concernant la P1, la modularité peut être évaluée par le CCS par l'instauration d'une marge d'affectation virtuelle. Comme pour les autres marges d'affectation, cette dernière devra être calculée de façon à être socialement et cliniquement acceptable. La modularité pour les affectations prioritaires est envisageable que pour ces deux situations.

Section 2 : Gabarit de protocole

Nom du CCS	Nom du protocole (ex. : Procédure d'affectation horaire de faction)
MAJ : (date)	Catégorie : Répartition de la ressource ambulancière

Principe	Procédure
<p>Ex. : Optimiser l'utilisation des horaires de faction en tenant compte des règles de CNESST</p>	<p>Inscrire les étapes de la procédure</p>

Annexe

TABLEAU DES PRIORITES D'AFFECTATION EN FONCTION DE LA CHRONOMETRIE DE LA CHAINE D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE

Priorité	Nature de la demande	Affectation	Mode de conduite du véhicule ambulancier	Objectif de temps réponse clinique (OTRC)
P0	Haut risque d'arrêt cardio-respiratoire	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide
P1	Risque de mortalité	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide modulable*
P2E	Transfert : Patient instable (selon les diagnostics ciblés)	Prioritaire	Conduite urgente	Appliquer l'ETA le plus rapide modulable
P2	Transfert : Patient instable (Risque élevé de morbidité ou de mortalité immédiate)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P3	Risque de détérioration clinique (Risque de morbidité)	Urgente	Conduite non urgente modulable	< 30 minutes
P4	Risque de détérioration clinique au cours des heures suivantes	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P5	Transfert : Patient stable pour transfert rapide (faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme)	Non urgente	Conduite non urgente	< 60 minutes
P6	Transfert : Patient stable avec rendez-vous et patient en soins palliatifs	Non urgent	Conduite non urgente	Selon heure du rendez-vous
P7	Situation clinique stable (peu ou pas de risque de détérioration immédiate)	Non urgente	Conduite non urgente	< 3 heures
P8	Transfert : Patient stable pour transfert / retour non urgent	Non urgent	Conduite non urgente	Modulable selon les besoins

* **P1 MODULABLE** : APPLICABLE SEULEMENT POUR LES VEHICULES HORS ZONE ET HORS REGION (VOIR CADRE NORMATIF SUR L'ELABORATION DES PROTOCOLES OPERATIONNELS)

COULEURS : APPELS POPULATIONNELS (SELON LE NIVEAU D'URGENCE)

GRIS : TRANSFERTS INTERETABLISSEMENTS

Définitions :

- **Affectation prioritaire** : toute affectation pour laquelle l'état clinique du patient justifie une affectation dès l'obtention de la priorité d'appel, et ce, sans délai.
 - **Affectation urgente** : toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son OTRC. L'affectation peut être différée dans la mesure où elle respecte l'OTRC.
 - **Affectation non urgente** : toute affectation tenant compte de la modulation d'une affectation et de son OTRC. Si l'OTRC est expiré, il faut effectuer une réévaluation. Si d'autres mesures alternatives sont disponibles (modulation selon l'évaluation de l'unité de soutien clinique [USC]), il faut les appliquer.
-
- **Conduite urgente** : mise en route immédiate en circulant avec gyrophares et au besoin, avec les sirènes.
 - **Conduite non urgente modulable** : mise en route immédiate en circulant en mode non urgent et un passage en mode de conduite urgent en présence d'un obstacle à la circulation significatif (arrêt de la circulation, entrave routière importante, etc.) et si ce dernier fait en sorte que l'objectif d'arrivée sur les lieux dépasse l'OTRC. Le mode de conduite urgent sera utilisé le temps de franchir l'obstacle. La distance à parcourir ne doit pas être considérée comme un obstacle.
 - **Conduite non urgente** : mise en route immédiate en circulant en mode non urgent sans sirène ni gyrophare.
-
- **Suffixe E** : signifie une priorité élevée et doit être priorisée lors de l'affectation concomitante de 2 appels ou plus du même niveau de priorité.
 - **P2E** : inclut seulement les diagnostics suivants : STEMI (infarctus du myocarde), AVC aigu (thrombectomie), trauma majeur, urgence vasculaire (anévrisme de l'aorte abdominale et dissection aortique). L'application de P2E peut être modulable selon les besoins régionaux.
 - **P5** : modulation régionale possible avec affectation différée pour rendez-vous prévu ne pouvant être déplacé (ex. : coronarographie, chirurgie, etc.).
 - **Transferts interétablissements avec transport aérien** : modulation régionale possible selon l'heure d'arrivée de l'avion.
-
- **Objectif de temps réponse clinique (OTRC)** : assignation flexible selon un objectif chronométrique maximal d'arrivée auprès d'un patient (fenêtre d'opportunité) afin d'utiliser la ressource disponible la plus efficiente pour répondre à une demande.
 - **ETA** : estimation du temps d'arrivée.
 - **ETA le plus rapide modulable** : estimation du temps d'arrivée le plus rapide en tenant compte des particularités opérationnelles (préparation du patient au centre hospitalier, véhicule hors zone, etc.)
 - **Dépassement de l'OTRC pour une affectation non urgente** : lorsque l'OTRC d'une priorité non urgente (P4-P7) est dépassé, une réévaluation de la situation et de la condition clinique de l'usager doit être effectuée à l'aide du protocole, selon les politiques en vigueur et la priorisation doit être ajustée le cas échéant.
 - **Dépassement de l'OTRC pour une affectation urgente** : lorsqu'il est prévisible que l'OTRC d'une priorité urgente (P2-P3) sera dépassé, une ressource ambulancière devrait être assignée immédiatement, sans temporisation, en conservant le mode de conduite non urgente modulable.
-

