

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Paramédecine communautaire

Phase 1 : mise en place

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 : 978-2-550-97041-5 (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

Paramédecine communautaire | phase 1 : mise en place

Rédaction et collaboration

Sous la direction de :

Dr Stéphane Bergeron, sous ministre adjoint de la Direction générale des affaires universitaires, médicales, infirmières et pharmaceutiques

Rédaction

Pierre-Rodrigue Lanteigne

Collaboration :

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

- D^r Alexandre Messier
- D^r Simon Delisle
- M. Paul Levesque
- M. Dominic Chaput
- M. Steve Legault
- M^{me} Jessica Harrisson

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

1. Introduction	1
2. Paramédecine communautaire.....	1
2.1 Définition de la paramédecine communautaire	1
3. Principes directeurs, orientations et objectifs	2
3.1 Principes directeurs.....	2
3.2 Orientations	3
3.3 Objectifs	4
3.4 Portée de la paramédecine communautaire	5
4. Gouvernance.....	6
5. Rôles et responsabilités des acteurs.....	6
5.1 Encadrement légal	6
5.2 Encadrement clinique et opérationnel	6
5.3 Formation.....	7
6. Reddition de compte.....	7
6.1 Indicateurs de suivi et de performance	7
6.2 Mécanismes de coordination	7
6.3 Mécanismes de contrôle	7
7. Conclusion.....	7
8. Annexe 1 : Mécanique financière.....	8
9. Annexe 2 : Échéancier de la phase 1	9
10. Annexe 3 : Mécanisme opérationnel des centres de communications santé	10
11. Annexe 4 : Modèle de déploiement.....	11
Références	12

1. Introduction

Depuis plusieurs années, des rapports gouvernementaux québécois font état d'une augmentation des besoins populationnels en contexte de soins non urgent. En raison des enjeux d'accès, une partie de la population consomme des soins de première ligne en utilisant le système préhospitalier et les salles d'urgence comme porte d'entrée du système de santé. Cette réalité entraîne la nécessité de renforcer certaines dimensions de la prise en charge préhospitalière (MSSS, 2022) en contexte non urgent.

Le présent document vise à guider la mise en œuvre de la phase 1 de la paramédecine communautaire en fournissant une description de la paramédecine communautaire, des principes directeurs, des orientations et les objectifs. De plus, des mesures structurantes concernant la gouvernance, les rôles et responsabilités des acteurs, la reddition de compte et les échéanciers sont proposés.

2. Paramédecine communautaire

2.1 Définition de la paramédecine communautaire

Depuis plus d'une vingtaine d'années, la paramédecine communautaire a vu le jour notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes. Dans les endroits cités ci-dessus, les zones rurales sont souvent confrontées à des défis spécifiques en matière d'accès aux soins de santé en raison de leur éloignement des centres médicaux et des ressources limitées. En conséquence, la paramédecine communautaire permet l'utilisation efficiente des ressources médicales disponibles. Elle contribue également à combler les disparités en matière de soins de santé entre les régions rurales et les régions urbaines en fournissant des services médicaux ainsi que des services de santé préventive aux communautés rurales. Bien qu'il existe des différences dans les champs de pratiques développés à travers le monde lors de premières phases d'implantation des pratiques, il est courant que les techniciens ambulanciers paramédicaux communautaires (TAP-COM) orientent le patient vers un service autre qu'un département d'urgence, effectuent des suivis chez des patients souffrant de maladies chroniques ou détectent une problématique qui pourrait avoir une incidence sur la détérioration de la santé physique ou psychologique des populations (Shannon et al., 2022; Bigham et al., 2013).

Dans ce contexte, la paramédecine communautaire constitue un champ de pratique diversifié permettant aux techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) d'investir leurs compétences et expériences hors du milieu traditionnel des soins et du transport ambulancier. De façon générale, le 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 (MSSS, 2021). La phase 1 de ce projet vise à la mise en place d'une structure à l'intérieur de laquelle le système préhospitalier québécois pourra intégrer l'approche communautaire. Une étude scientifique récente énonce la définition ci-dessous :

« Les paramédics communautaires donnent des soins diversifiés centrés sur le patient et qui répondent aux besoins des communautés. Leur pratique peut inclure les soins de santé primaires, la promotion de la santé, la gestion des maladies et l'évaluation de santé physique, psychologique

et des besoins des patients. Ils doivent être intégrés à des équipes de soins interdisciplinaires visant à améliorer la santé des patients par l'éducation et la navigation du système de santé. » (Shannon et al., 2023)

Cette définition est complémentaire à la définition donnée par la Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence¹ au parahospitalier d'urgence : « paniers de services permettant de desservir la population dans sa communauté et d'orienter les demandes de soins vers les services appropriés. »

3. Principes directeurs, orientations et objectifs

3.1 Principes directeurs

Le présent document s'inspire des huit principes directeurs du Cadre d'application pour l'élaboration d'un programme de paramédecine communautaire du conseil canadien des normes.²

i. 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.

ii. 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 indicateurs de performances spécifiques au programme. Le modèle de soins doit intégrer et équilibrer les meilleures données de recherche avec l'expertise clinique des TAP ainsi que les valeurs et besoins du patient et de sa famille.

iii. Résultats basés sur des objectifs et l'efficacité

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

iv. 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.

¹ Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410/?&date=DESC>

² Canadian standards association (CSA) (2017). *Paramédecine communautaire : cadre d'application pour l'élaboration d'un programme*, Mise à jour 2018, (CAN/CSA-Z1630-17), 33 p.

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 partagés en matière de soins aux patients.

v. 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.

vi. 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.

vii. Gouvernance et politiques

Les programmes efficaces et efficients reposent sur une gouvernance et un leadership solide. Les programmes doivent s'appuyer sur des politiques, des protocoles et des outils d'évaluation, mais aussi sur 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 programmes doivent s'harmoniser aux exigences juridiques et réglementaires pertinentes.

viii. 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 efficients. L'évaluation des programmes doit s'effectuer sur la base d'un ensemble de mesures aboutissant à une complémentarité et à une utilisation optimale des services centrés sur le patient et sa famille.

3.2 Orientations

Cette phase doit impérativement être mise en place en respect du cadre législatif et clinique actuellement en vigueur dans le système préhospitalier au Québec^{3, 4}. La présentation et le dépôt des différents projets doivent également répondre aux exigences du bureau de projet⁵. Sur le plan financier, il est nécessaire de spécifier qu'il n'y a actuellement aucun financement officiel pour les services de paramédecine communautaire (Annexe 1). Des crédits ponctuels pourraient cependant être autorisés pour le financement de la formation et d'un chargé de projet. Il importe donc aux régions désireuses de mettre en place ce service, de pouvoir financer celui-ci à même les crédits disponibles dans leur établissement. Comme mentionné dans la lettre du 16 juin (23-AU-00911), « À l'heure actuelle, et sans être exclusif, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)

3. Légis Québec, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (2002), mise à jour 27 août 2023, Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2?&cible=#:~:text=L.,%C3%A9gard%20des%20personnes%20en%20d%C3%A9tresse>.

4. Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2022). Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale, Québec, Gouvernement du Québec, 22 p. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530>

5. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/services-prehospitaliers-urgence/informations-etudiants-intervenants-parties-prenantes-services-prehospitaliers-urgence/bureau-projets-regionaux-prehospitalier>

favorise un passage de la paramédecine communautaire par les mécanismes d'affectation québécois d'une ressource ambulancière. La procédure d'affectation de ladite ressource, qu'elle soit dans le plan de déploiement ou en sus, doit être semblable à une affectation de basse priorité ». Pour mieux accompagner les centres de communication santé (CCS) dans cette transition, le MSSS ajoutera une priorité 9 qui sera attribuée pour les affectations en paramédecine communautaire. Pour la phase 1 du projet de paramédecine communautaire, la priorité 9 sera scindée en deux catégories, soit la priorité 91 et la priorité 92.

- La priorité 91 représente une affectation dans un contexte de paramédecine communautaire demandée par un centre de régulation. La priorité 91 devrait avoir préséance sur la priorité 92.
- La priorité 92 représente une affectation dans un contexte de paramédecine communautaire demandée par un établissement du RSSS.

Lorsque la paramédecine communautaire est effectuée à même les ressources courantes, les mécanismes d'affectation sont identiques à ceux utilisés pour une priorité 8. Il est à noter que le paramédic doit terminer sa prise en charge en paramédecine communautaire en contactant le CCS pour lui mentionner la raison de la fin d'affectation, soit qu'il s'agit d'un 10-03 – Paramédecine communautaire.

Afin de mieux baliser ces éléments, les mécanismes d'affectations seront présentés aux annexes 3 et 4 du présent document.

3.3 Objectifs

La phase 1 vise la création et la mise en place de projets pilotes de paramédecine communautaire dans les régions du Québec. Pour ce faire, les régions participantes doivent déposer un avis d'intention de projet 2023, et ce, en concordance avec la correspondance du MSSS envoyée le 16 juin 2023 aux présidents-directeurs généraux des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux. Lors de ce dépôt, l'équipe du MSSS fera une évaluation et approuvera ou non les projets. Les projets qui en auront reçu l'autorisation pourront poursuivre leurs travaux. Pour ceux n'ayant pas reçu d'autorisation, l'équipe du MSSS pourra accompagner les centres intégrés afin d'effectuer un deuxième dépôt qui respectera les différentes orientations.

Cette phase 1 permettra de mieux cibler les besoins et modifications nécessaires sur les plans clinique, législatif, opérationnel, technologiques et financiers. Pour bien documenter la phase 1, vous devrez avoir recours à des méthodes de collectes de données inscrites dans le processus du *Bureau de projets régionaux du préhospitalier (BPRP) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)*. Les constats qui seront ressortis de ces travaux permettront de nourrir la réflexion concernant les nouveaux actes et trajectoires à élaborer dans les phases subséquentes de la paramédecine communautaire. À cet égard, l'analyse de ces besoins permettra la poursuite des projets en phase 2, par l'entremise d'une démarche qui sera effectuée par le MSSS en vertu de la législation en place depuis décembre 2023.

3.4 Portée de la paramédecine communautaire

Offrir la réponse préhospitalière la plus appropriée à l'utilisateur pour répondre à son besoin de santé prioritaire, et ce, en complémentarité des services de santé déjà offerts afin de contribuer à son mieux-être. La paramédecine communautaire doit être exercée dans le respect du champ de pratique des TAP. En ce sens, le travail des intervenants du préhospitalier est complémentaire à l'offre de services offerts à l'utilisateur. Cette offre de services sera offerte dans un contexte préhospitalier et n'a pas pour objectif de remplacer un service déjà offert ou de se substituer à celui-ci. Dans cette première phase, le MSSS vise la mise en place de projets à fort impact qui, sans être exhaustive, cible la prise en charge des clientèles vulnérables.

- Maladies chroniques;
- Santé mentale, itinérances et toxicomanie;
- Prévention des chutes;
- Réadmission à l'urgence;
- Autres en fonction des priorités et des besoins régionaux.

Voici quelques exemples de motifs pouvant justifier la mise en place d'un projet de paramédecine communautaire ainsi que les bénéfices attendus :

- Agir sur la trajectoire du patient dans le réseau de la santé;
- Améliorer l'utilisation des ressources (efficacité, efficience);
- Améliorer l'accès et la disponibilité des soins;
- Améliorer la fluidité préhospitalière et hospitalière;
- Améliorer l'accessibilité et la prise en charge des patients en attente de niveaux de soins intermédiaires;
- Améliorer la proximité des services en s'associant avec les organismes communautaires;
- 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;
- Diminuer l'engorgement des urgences;
- Diminuer le nombre de transports non nécessaires vers un établissement receveur;

- Optimiser l'utilisation des ressources paramédicales (ex. : TAP en attente sur un point de service);
- Répondre à l'augmentation du nombre de transports en raison du vieillissement de la population.

Bénéfices attendus

- 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;
- Une hausse de la satisfaction des usagers;
- Une meilleure compréhension des services préhospitaliers d'urgences;
- Une meilleure intégration des services préhospitaliers d'urgence (SPU) dans le continuum de soins de l'utilisateur;
- Améliorer la transition entre le milieu hospitalier et le retour dans le milieu de vie du patient;
- Une meilleure utilisation des ressources de 1^{re} et 2^e lignes lors d'une demande aux SPU.

4. Gouvernance

Les centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) ainsi qu'Urgences-santé représentent l'autorité régionale. Ceux-ci doivent veiller à la promotion et à la mobilisation de l'ensemble des acteurs œuvrant sur leur territoire, et ce, afin de favoriser l'arrimage et la continuité entre les services en place et la paramédecine communautaire. Les acteurs clés du préhospitalier seront impliqués dans tout le processus de mise en œuvre du continuum de la paramédecine communautaire. L'implication des entreprises ambulancières, des centres de communications santé et des centres de régulation régionale (Guichet d'accès à la première ligne ou autres) est notamment prévue.

5. Rôles et responsabilités des acteurs

Les CISSS et CIUSSS et Urgences-santé doivent notamment s'assurer que les éléments ci-bas sont respectés :

5.1 Encadrement légal

Le déploiement de la phase 1 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.

5.2 Encadrement clinique et opérationnel

L'encadrement clinique et opérationnel de la phase 1 des projets pilotes de paramédecine communautaire est assuré par :

- Les directeurs médicaux régionaux en respect des orientations de la direction médicale nationale (DMN);
- 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'acte.

5.3 Formation

L'autorité régionale, par l'entremise de son directeur médical régional des services préhospitaliers et en respect des orientations cliniques de la DMN, applique un processus d'amélioration de la qualité de l'acte afin de maintenir un haut standard de soins.

En plus des éléments ci-haut mentionnés, les CISSS et CIUSSS doivent veiller au respect des orientations ministérielles à l'égard de la paramédecine communautaire, tout en assurant une mobilisation ainsi qu'une implication de tous les acteurs clés du préhospitalier et des collaborateurs du système de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique, le cas échéant.

6. Reddition de compte

6.1 Indicateurs de suivi et de performance

En collaboration avec le bureau de projet, et considérant que les projets de paramédecine communautaire 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.

6.2 Mécanismes de coordination

En collaboration avec les acteurs du MSSS impliqués : l'autorité régionale doit superviser le déploiement et la gestion des projets de PC sur son territoire.

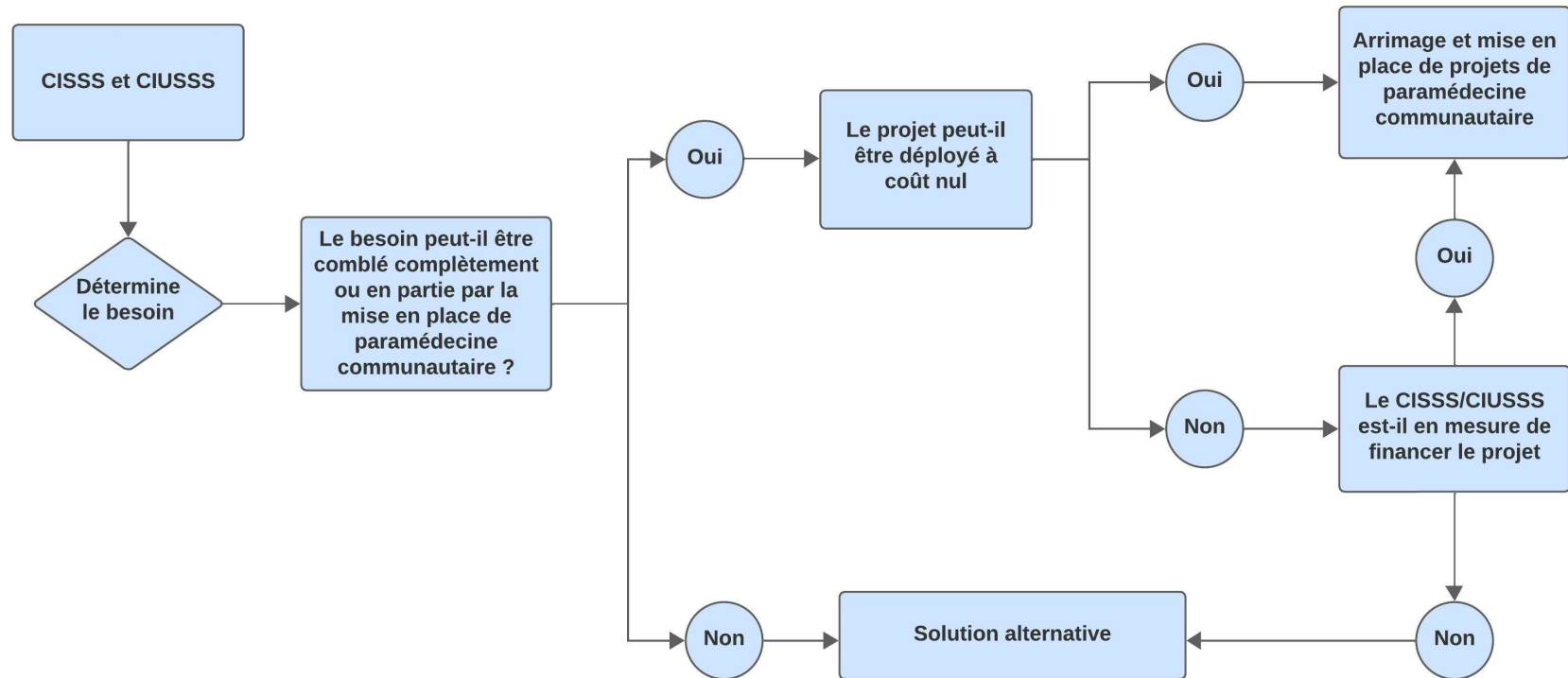
6.3 Mécanismes de contrôle

Il appartient à l'autorité régionale d'apporter des correctifs au projet, et ce, en fonction de l'atteinte des résultats. Le MSSS, par l'entremise du bureau de projet, fera des suivis périodiques.

7. Conclusion

En terminant, l'expérience des programmes de paramédecine communautaire des autres provinces et pays nous montre qu'une collaboration forte entre tous les acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et de la sécurité publique impliqués dans les programmes, permet l'émergence d'une multitude de trajectoires et de soins concernant le référencement ou la réorientation, la détection et la prévention des maladies, l'enseignement au patient et les soins en contexte non urgent. La diversité des soins et des services offerts peut être bénéfique pour les populations de chaque territoire du Québec, seulement si le besoin et la pertinence de la trajectoire ou du soin sont démontrés. Dans ce contexte, la mise en œuvre de la phase 1 de la paramédecine communautaire offre une occasion de bonifier l'offre de services de santé adaptés aux besoins spécifiques et aux réalités de toutes les régions, et ce, grâce à l'implication, en premier plan, des acteurs du système préhospitalier. Finalement, les constats tirés de cette phase permettront à la fois d'améliorer des structures et processus existants et de guider les démarches législatives et d'encadrements de la pratique préhospitalière clinique et opérationnelle de demain.

8. Annexe 1 : Mécanisme financière



© MSSS, 2024

9. Annexe 2 : Échéancier de la phase 1

Étape(s)	Livrables	Implantation prévue
1	Présentation des orientations nationales aux directeurs médicaux régionaux, aux coordonnateurs et aux directeurs des centres de communication santé	Novembre – Décembre 2023
2	Travaux de développement des projets <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des chartes de projets et des manuels d'organisation de projets; - Accompagnement des régions par l'équipe ministérielle; - Identification et analyse des besoins; - Implantation des projets pilotes. 	Janvier – Juin 2024
3	Présentation de l'état de situation des projets	Novembre – Décembre 2024
4	Recommandation du MSSS et préparation de la phase 2	Avril – Juin 2025

10. Annexe 3 : Mécanisme opérationnel des centres de communications santé

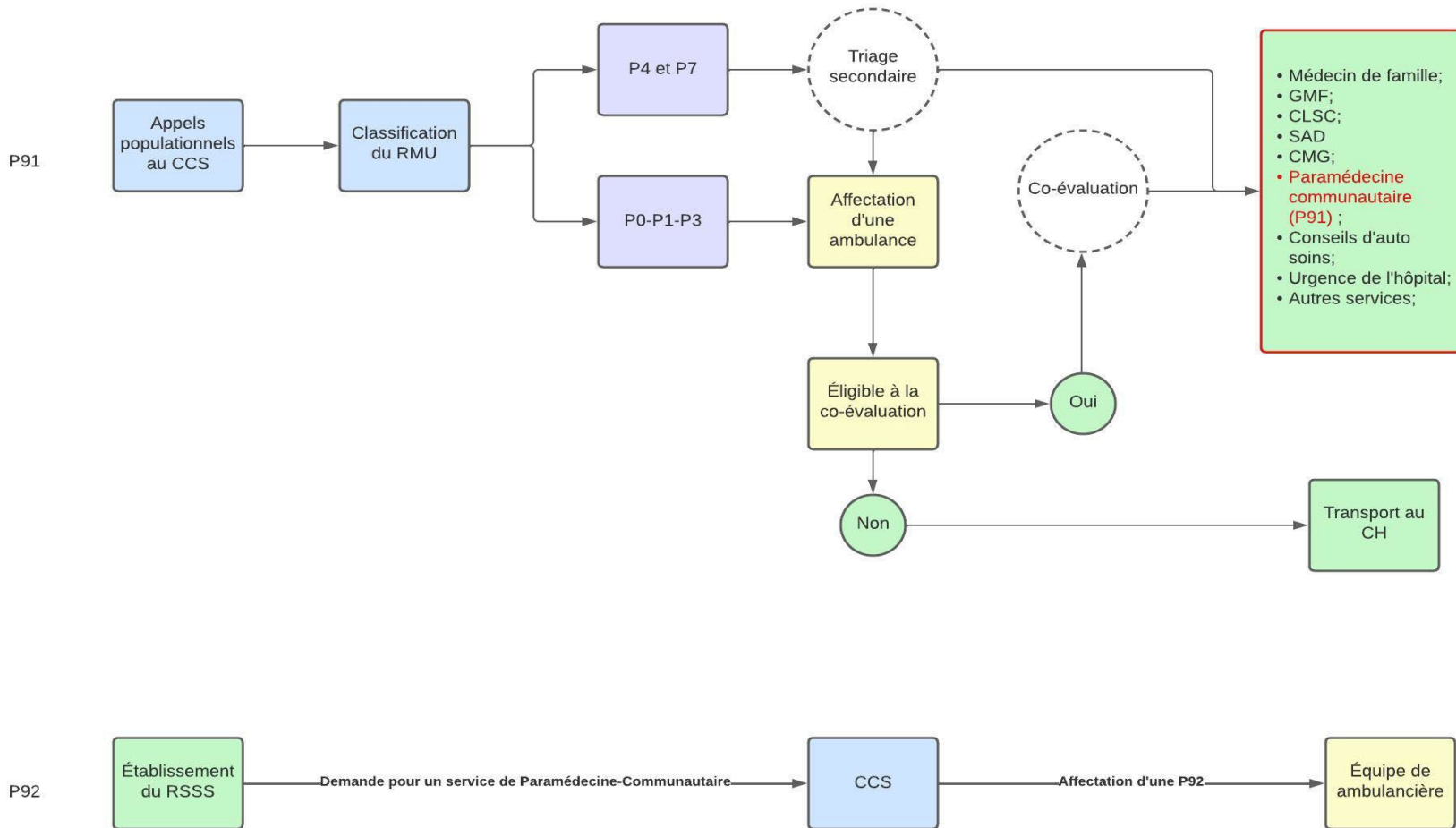
RA : Ressource ambulancière

PR : Premier répondant

Cette présentation se veut complémentaire au cadre normatif sur l'élaboration des protocoles opérationnels relatifs à l'affectation et à la répartition des ressources ambulancières. Elle reprend les principes de présentation et les définitions.

Protocole d'affectation	Code radio	Principes directeurs	Règle	Statut d'affectation	Restriction selon le statut d'affectation	Marge d'affectation
Procédure d'affectation en paramédecine communautaire		Être en mesure d'affecter la ressource en paramédecine communautaire sur des appels prioritaires	Considérer la nature de la ressource (ressource ambulancière régulière ou véhicule dédié) avant de procéder à l'affectation	RA dédiée : Disponibilité partielle	RA dédiée : P0 seulement à titre de PR	Oui
			Considérer une marge d'affectation réelle pour ce protocole d'affectation	RA régulière : Disponibilité partielle	RA régulière : Affectation prioritaire seulement	Oui

11. Annexe 4 : Modèle de déploiement



Références

Documents

Bigham, B. L., Kennedy, S. M., Drennan, I., & Morrison, L. J. (2013). Expanding paramedic scope of practice in the community: a systematic review of the literature. *Prehospital emergency care, 17*(3),361–372. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/10903127.2013.792890>

Canadian standards association (CSA) (2017). Paramédecine communautaire : cadre d'application pour l'élaboration d'un programme, Mise à jour 2018, (CAN/CSA-Z1630-17), 33 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2022). Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale, Québec, Gouvernement du Québec, 22 p. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003530>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2022). Une transformation au bénéfice de tous. Politique gouvernementale sur le système préhospitalier d'urgence, Québec, Gouvernement du Québec, 28 p. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003410>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021). Cadre de développement des pratiques préhospitalières, ressource en ligne, Collections de BAnQ, 32 p. Repéré à : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/4294630?docref=b0-2UYF-ovJDs99wMvozHg&docsearchtext=guide%20param%C3%A9decine%20communautaire>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2015). Programme national de santé publique 2015-2025, Québec, Gouvernement du Québec, 85 p. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

Shannon B, Baldry S, O'Meara P, et al. (2023). The definition of a community paramedic: An international consensus. *Paramedicine. 2023*;20(1):4-22. doi:[10.1177/27536386221148993](https://doi.org/10.1177/27536386221148993)

Shannon, B., Eaton, G., Lanos, C., Leyenaar, M., Nolan, M., Bowles, K.-A., Williams, B., O'Meara, P., Wingrove, G., Heffern, J. D., & Batt, A. (2022). The development of community paramedicine; a restricted review. *Health & social care in the community, 30*(6), e3547-e3561. <https://doi.org/10.1111/hsc.13>

Lois

Légis Québec, Loi sur les services de santé et les services sociaux (1991), mise à jour 27 août 2023, Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/s-4.2>

Légis Québec, Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (2002), mise à jour 27 août 2023, Repéré à : <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/S-6.2?&cible=#:~:text=1.,%C3%A9gard%20des%20personnes%20en%20d%C3%A9tresse.>

