

Guide aux intervenants - Règles et procédures relatives à la mise en œuvre des activités cliniques et opérationnelles

Volet pratique - Programme d'intégration professionnelle en milieu de travail (PIPMT) des techniciens ambulanciers paramédics de soins primaires

Programme national d'intégration clinique (PNIC)

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 : 978-2-550-97464-2 (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

Présentation	1
Rôles et responsabilités	2
Règles relatives à l'évaluation du candidat	5
Tableau 1 - Échelle descriptive	5
Activité 1 - ECOS - Modules cliniques en classe	6
Partie 1a - Description	6
Partie 1b – Seuil de réussite au maintien de compétences	6
Consignes à l'évaluateur	7
Activité 2 - Quart de travail en milieu clinique et opérationnel	8
Partie 2a - Description	8
Partie 2b - Seuil de réussite lors du quart de travail en milieu clinique et opérationnel	8
Consignes à l'évaluateur sur la route	8
Règles relatives à l'interprétation des résultats	10
ANNEXE A : Horaire des ateliers et des examens certificatifs	11
Module de formation	11
Consignes générales aux intervenants concernant les journées de formation	11
But des deux journées	11
Modules à couvrir lors des 2 journées de formation	12
Intervention sur la route	15
ANNEXE B : Erreurs critiques	16
ANNEXE C : Actions imprudentes en conduite	18
ANNEXE D : Règles et procédures relatives à la santé et sécurité au travail	21
Le « STOP »	21
ANNEXE E : Caractéristiques du scénario Classification des niveaux de difficulté	22
Scénario de réanimation	22
Scénario médical	22
Scénario traumatique	23
ANNEXE F : Formulaire d'engagement des évaluateurs	24

Présentation

Le programme d'intégration professionnelle en milieu de travail (PIPMT) s'adresse aux candidats détenteurs d'un diplôme d'études collégiales en *Soins préhospitaliers d'urgence 181.A0*. Ce programme constitue le volet pratique des épreuves certificatives visant l'obtention d'un statut actif au registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers et par conséquent la réussite du programme national d'intégration clinique (PNIC).

Les objectifs d'apprentissage, initialement convenus dans le programme PIPMT, sont inspirés du programme du ministère de l'Enseignement supérieur (MES) en soins préhospitaliers d'urgence. Le PIPMT se divise en deux activités d'intégration professionnelle. Dans un premier temps, il s'agit d'ateliers pratiques spécifiques aux compétences particulières d'intervention dans des contextes variés médicaux, traumatiques et de réanimation cardiorespiratoire, incluant les mesures à prendre dans un contexte de maladie respiratoire sévère infectieuse (MRSI), pour toutes catégories d'âge. Dans un deuxième temps, des quarts de travail en milieu clinique et opérationnel sont proposés afin de couvrir les aspects cliniques lors de situations réelles. Les règles et procédures relatives à la santé et sécurité au travail (SST), la conduite d'une ambulance ainsi que d'autres activités régionales sont facultatives. Ce programme s'inscrit donc dans une procédure d'évaluation certificative des apprentissages, mais contribue également au développement des compétences en milieu de travail des candidats en soins préhospitaliers d'urgence.

Un cahier du candidat accompagne ce dernier durant toute la procédure de certification. La partie 1 doit être remplie par le technicien ambulancier paramédic instructeur (TAPI) lors des ateliers cliniques (Activité 1-ECOS). Les quarts de travail en milieu clinique et opérationnel (Activité 2 – Évaluation sur route) sont documentés dans la deuxième partie du cahier.

La responsabilité du PIPMT relève exclusivement du directeur médical régional (DMR) concernant l'aspect clinique. La signature du responsable est nécessaire à la réussite du PIPMT. Au choix de l'entreprise ambulancière, l'aspect opérationnel soit la conduite et la santé et sécurité au travail (SST), peut être évalué lors du PIPMT. Cependant, la réussite de l'aspect opérationnel n'est pas une condition essentielle à la réussite du PIPMT.

Le PIPMT permet également l'ajout des formations nécessaires aux règles et procédures régionales en vigueur. Ces dernières visent l'enseignement nécessaire des procédures opérationnelles régionales. Les résultats de ces formations sont exclus du PIPMT et par conséquent ne sont pas considérés dans la portion certificative du programme.

Rôles et responsabilités

La mise en œuvre, le soutien et l'efficacité du PIPMT reposent sur une approche uniforme dans toutes les régions administratives du Québec, sans limiter la flexibilité régionale nécessaire à sa mise en œuvre. Ce dernier reconnaît également l'expertise de chacun des partenaires et l'autorité qu'ils exercent à chaque étape du processus d'intégration des nouveaux employés.

Plus spécifiquement dans le PIPMT, les rôles et responsabilités sont :

- 1) Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)
 - 1.1) Direction médicale nationale
 - Mettre à jour le PIPMT en considérant le résultat des consultations auprès des différents intervenants;
 - Planifier les activités d'évaluation et établir les conditions de réussite;
 - Organiser, supporter et valider le déploiement uniforme régional en CISSS\CIUSSS\Urgences-santé et en entreprise;
 - Sanctionner le résultat final de l'examen certificatif.
 - 1.2) Registre national de la main-d'œuvre des techniciens ambulanciers
 - Inscription au registre;
 - Émission d'un statut actif au registre du permis de pratique.
 - 1.3) Programme national d'intégration clinique
 - Gestion du programme
 - Suivi des dossiers des candidats;
 - Consignation des résultats;
 - Émission des lettres de résultats;
 - Partenaire de l'équipe du registre national pour la saisie des résultats au registre national et l'émission des cartes de statut.
 - 1.4) Affaires cliniques préhospitalières
 - Produire et supporter la formation continue incluant le déploiement sécuritaire des diverses techniques de soin incluant la production et la diffusion de protocoles d'intervention clinique et de bulletins cliniques.
- 2) CISSS/CIUSSS/Urgences-santé (Rôles recommandés ou rôles selon l'organisation régionale)
 - 2.1) Direction médicale régionale
 - S'assurer de déployer régionalement le PIPMT en collaboration avec les entreprises ambulancières de son territoire;

- Attester de la réussite des aspects cliniques des ateliers en centres intégrés de santé et services sociaux (CISSS), centres intégrés universitaires de santé et services sociaux (CIUSSS) et Urgences-santé et des évaluations en milieu de travail.

2.2) Coordination régionale (coordonnateur, chargé de l'assurance qualité et de la formation et pilote régional)

- Procéder aux inscriptions locales des nouveaux candidats au PIPMT; Envoyer à l'équipe de gestion du PNIC par courriel à : aclip.spu@msss.gouv.qc.ca, la liste des candidats qui commencent une session du PIPMT ;
- Informer l'équipe de gestion du PNIC des réussites et des échecs des candidats au PIPMT à chacune des étapes du programme par courriel à aclip.spu@msss.gouv.qc.ca ;
- Planifier les ressources matérielles et humaines nécessaires incluant la gestion des locaux pour la portion des ateliers en CISSS/CIUSSS/ Urgences-santé;
- Assurer la communication avec les entreprises pour la portion « Quarts de travail en milieu clinique et opérationnel »;
- Compiler le résultat final du dossier avant de le remettre au DMR;
- Émettre une recommandation au DMR relative à l'interprétation du résultat final.
- À la suite de la confirmation du résultat par le DMR, transmettre la fiche synthèse (ou fichier Excel informatisé) à l'équipe de gestion du PNIC.

2.3) Techniciens ambulanciers paramédics instructeurs (TAPI) également appelés évaluateurs (en CISSS/CIUSSS/Urgences-santé)

- S'engager aux règles relatives au respect de la confidentialité et à la déclaration de toute situation de conflit d'intérêts (annexe F);
- Élaborer et animer des ateliers de type « Maintien de compétences » en tenant compte des orientations prescrites dans le PIPMT;
- Évaluer les compétences cliniques des candidats à l'aide des outils d'évaluation proposés et selon les consignes prescrites par le PIPMT.

3) Entreprises/Urgences-santé

3.1) Direction des opérations

- Procéder à l'embauche des candidats (en collaboration avec la Direction des ressources humaines locale);
- Organiser le déploiement sur la route des nouveaux candidats avec promesse d'embauche sur les consignes prescrites dans le PIPMT;

- Assurer la communication entre le CISSS/CIUSSS/Urgences-santé concernant l'intégration en milieu de travail.

3.2) Évaluateur sur route¹

- Enseigner et évaluer les compétences nécessaires à exercer, de manière sécuritaire, en milieu clinique et opérationnel, notamment :
 - Le port des équipements de protection individuelle en présence des risques infectieux (incluant le « fit test » pour le port du masque N95);
 - Les interventions préhospitalières dans divers contextes selon les normes en vigueur;
 - Le respect des règles de santé et de sécurité au travail (SST), notamment le déplacement des patients (facultatif selon le choix de l'entreprise ambulancière);
 - La conduite d'une ambulance incluant les tâches connexes, soit la vérification, la communication et l'identification du trajet à parcourir (facultatif selon le choix de l'entreprise ambulancière).

L'évaluation doit être réalisée à l'aide des outils proposés et selon les consignes prescrites par le PIPMT.

¹ Instructeurs/formateurs en entreprises/TAP expérimentés désignés par l'entreprise.

Règles relatives à l'évaluation du candidat

Le PIPMT permet un premier contact avec le personnel responsable de la formation en CISSS/CIUSSS/Urgences-santé et les formateurs en entreprise, de même qu'une familiarisation avec le matériel d'intervention utilisé en formation et en situation réelle d'intervention.

L'évaluation se déroule selon le modèle « maintien de compétence » favorisant la démonstration de la compétence du candidat et l'expression de cette dernière par le propos recueilli à la fin de la prestation. La courte rétroaction est animée par l'instructeur après chaque intervention en présence des quatre candidats (selon la structure des ateliers).

Les scénarios sont standardisés en fonction du nombre de protocoles et techniques à utiliser. La classification des niveaux de difficulté se trouve à l'annexe E. L'ordre d'intervention et le rôle de chacun sont attribués par une pige ou un autre processus équivalent.

L'attestation de réussite se fait à l'aide du cahier du participant ou des formulaires électroniques proposés par le MSSS. La notation s'effectue à l'aide d'une échelle descriptive analytique telle qu'illustrée au tableau 1².

Tableau 1 - Échelle descriptive

Cote	Description
A	Très satisfaisant : Intervention préhospitalière complète incluant des soins prodigués en regard des normes et protocoles reconnus.
B	Satisfaisant : Intervention préhospitalière acceptable, mais ne justifie pas complètement les soins prodigués ou omis d'être prodigués en regard des normes et protocoles reconnus.
C	Insatisfaisant : L'intervention préhospitalière est insuffisante et démontre que les soins effectués sont insuffisants et ne répondent pas aux normes et aux protocoles reconnus. L'omission d'une technique ou d'un soin ou la survenue d'une ou plusieurs erreurs critiques occasionne un préjudice significatif aux patients.
∅	Absence du soin ou de la technique à effectuer.

² Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Programme d'évaluation et d'actualisation des compétences des techniciens ambulanciers paramédicaux en soins primaires*, repéré le 19 avril à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003407/?&date=DESC& sujet=prehospitalier&critere=sujet>.

Activité 1 - ECOS - Modules cliniques en classe

Partie 1a - Description

Le PIPMT offre quatre modules cliniques répartis sur 16 heures. L'horaire, incluant le contenu des modules, est disponible en Annexe A.

Les compétences évaluées sont :

- Intervenir en situation de réanimation;
- Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins médicaux;
- Intervenir auprès des personnes nécessitant des soins en situation traumatique.

L'évaluation certificative se déroule tout au long des modules. Le dernier module concerne des particularités régionales, telles que l'application des techniques en lien avec les maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) ou l'utilisation des dispositifs supraglottiques (i-gel®, LMA suprême™, etc.) ou autres formations spécifiques. Ces particularités régionales ne font pas l'objet d'une évaluation certificative du PNIC/PIPMT.

Partie 1b – Seuil de réussite au maintien de compétences

Le seuil de réussite correspond à l'absence d'erreur critique au moment où l'action se déroule, sans biais d'interprétation lié au scénario ou au matériel utilisé.

Consignes à l'évaluateur

Afin de créer un climat propice à l'évaluation des compétences, l'évaluateur doit respecter les règles suivantes :

- Le candidat s'est familiarisé avec le matériel d'intervention pendant les ateliers techniques précédents;
- Le matériel proposé doit être équivalent en qualité et en quantité à celui utilisé en situation réelle d'intervention;
- Des scénarios standardisés sont proposés par le programme et ne doivent en aucun cas être modifiés localement;
- Les scénarios utilisés sont valides et congruents puisqu'ils sont créés conformément aux compétences du programme SPU, tel qu'élaboré par le MES et conformément aux objectifs prévus au programme de formation continue prescrit par la DMN. Congruents, puisque les scénarios sont représentatifs de situations rencontrées en préhospitalier;
- Les scénarios sont standardisés en fonction du nombre de protocoles et techniques à utiliser, l'ordre d'intervention et le rôle de chacun sont attribués par une pige ou un autre processus équivalent;
- L'utilisation d'un mannequin adulte ou pédiatrique est nécessaire pour les scénarios impliquant une altération de l'état de conscience. L'âge du mannequin doit correspondre à l'âge du patient prévu dans le scénario, afin de diminuer les biais d'interprétation. À titre d'exemple, une intubation d'un patient pédiatrique nécessite l'utilisation d'un mannequin pédiatrique pouvant être intubé;
- Tous les éléments reproductibles d'un scénario doivent être effectués : À titre d'exemple, l'utilisation de maquillage pour reproduire, des ecchymoses périorbitaires (*raccoons eyes*), des hématomes sous-cutanés post-auriculaire (*battle sign*). Pour la reproduction de plaies et de saignement, le maquillage ou le carton de couleur rouge de grandeur différente selon l'évolution du scénario;
- La première prise des signes vitaux correspond à une appréciation qualitative le cas échéant. La valeur des signes vitaux est donnée sur une durée d'une minute.

Activité 2 - Quart de travail en milieu clinique et opérationnel

Partie 2a - Description

Le PIPMT offre un processus d'intégration sur route accompagné sous la supervision d'un responsable désigné par l'entreprise ambulancière et le DMR. À partir de la fiche synthèse, ce dernier effectue les observations nécessaires à la confirmation de réussite de l'aspect clinique, qui est évalué selon les éléments de compétence ciblés.

L'aspect opérationnel est au choix de l'entreprise ambulancière. Cette dernière vise à évaluer le respect des règles inhérentes à la santé et sécurité au travail (SST), un comportement sécuritaire relatif à la conduite d'une ambulance et la capacité à effectuer d'autres tâches connexes relatives à l'utilisation d'une ambulance. Aucune évaluation certificative pour cette portion du PIPMT.

L'évaluation certificative se déroule tout au long des interventions en milieu de travail. Un minimum de dix cas doit faire l'objet d'une évaluation certificative dont 80 % des cas sont composés d'une prise en charge à domicile ou au site de l'incident (maximum un refus de transport et un transfert interétablissements). Pour les régions offrant la régulation (coévaluation), les appels peuvent être comptabilisés en utilisant la grille de la compétence concernée. Le cas échéant, le candidat doit être préalablement informé ou formé dans le Module 5 (ateliers régionaux de formation).

Partie 2b - Seuil de réussite lors du quart de travail en milieu clinique et opérationnel

Pour l'aspect clinique : Le seuil de réussite correspond à l'**absence d'erreur critique** exigeant une intervention directe de l'instructeur. Cette situation entraîne la cote « C » à l'élément de compétence correspondant et la note globale ne pourra excéder la note « C ». Seul cet aspect du PIPMT fait l'objet d'une évaluation certificative.

Pour l'aspect SST (au choix de l'entreprise) : Les observations suggérées peuvent correspondre au non-respect des consignes en santé et sécurité au travail et d'un arrêt d'agir « *le STOP* » (Annexe D) afin de garantir la sécurité du patient, du collègue ou du candidat lui-même. Ce manque de respect correspond à une action téméraire observable durant l'intervention. Cette information est transmise au responsable de l'aspect opérationnel dans l'entreprise aux fins de compilation dans le dossier de l'entreprise.

Pour l'aspect conduite (au choix de l'entreprise) : Les observations suggérées peuvent correspondre à une action imprudente pouvant mettre en péril la sécurité du patient, du collègue, de la collectivité ou du candidat lui-même. Ce manque de respect correspond à une action imprudente observable durant l'intervention telle que décrite à l'annexe C. Cette information est transmise au responsable de l'aspect opérationnel dans l'entreprise aux fins de compilation dans le dossier de l'entreprise.

Consignes à l'évaluateur sur la route

- L'évaluateur doit s'assurer que l'essai d'ajustement de protection respiratoire (*Fit test*) a été fait avant le premier quart de travail sur la route;

- La performance du candidat doit être basée sur l'échelle descriptive (Tableau 1);
- Les grilles d'évaluation comprises dans le cahier du candidat doivent être utilisées et notées en fonction de l'échelle descriptive (Tableau 1);
- Les commentaires de l'évaluateur sont obligatoires pour chaque intervention d'un candidat ayant obtenu une cote C – Échec, avec un descriptif du contexte de l'erreur critique et des conséquences présumées de la non-intervention de l'évaluateur.

Règles relatives à l'interprétation des résultats

Règles d'interprétation des résultats s'adressant : aux évaluateurs en CISSS/CIUSSS/ Urgences-santé et sur la route ainsi qu'à la Direction médicale régionale

- L'évaluateur apprécie la performance du candidat au moment où elle se déroule;
- En aucun cas, un échec ne peut être attribué à une préférence de l'évaluateur, mais uniquement en présence d'une erreur critique confirmée.

À titre d'exemple, la technique utilisée pour effectuer l'assistance respiratoire est une préférence à moins que cette technique soit explicitement prescrite dans un protocole clinique. Le cas échéant, il s'agit d'un soin prescrit dont les avantages ont dûment été préalablement enseignés dans le programme de formation continue de la Direction médicale nationale;

- Un échec doit être attribuable à une détérioration de l'état du patient consécutive au geste posé par le candidat. Cette détérioration et sa conséquence doivent s'observer pendant le déroulement de l'intervention.

En milieu clinique, cette règle s'applique lorsqu'un évaluateur doit intervenir afin d'éviter une détérioration de l'état du patient par la commission d'une erreur critique documentée à l'annexe B. Conséquemment, la cote C est attribuée;

- Avant de confirmer l'erreur critique, l'évaluateur doit se poser les questions suivantes :
 - Est-ce que l'évaluateur a agi trop rapidement?
 - Lors des ateliers pratiques, est-ce qu'il a une présence de biais potentiel?
 - Exemples : la scénarisation, le scénario, l'équipement, etc.
 - Est-ce que le propos du candidat justifie l'action posée ou la compréhension de la situation?
 - Est-ce qu'il s'agit d'une situation d'exception?
- L'évaluateur s'assure de documenter à la section « Commentaires » du formulaire les éléments suivants :
 - Le numéro de l'erreur critique commise;
 - Le contexte de survenue;
 - La conséquence pour le patient simulé (en milieu simulé seulement);
 - La conséquence présumée de la non-intervention de l'évaluateur, lorsque requise (en milieu clinique seulement).
- La compilation et l'interprétation des résultats s'effectuent à l'aide de la grille synthèse des résultats incluse dans le cahier du candidat ou à l'aide des formulaires électroniques fournis par le PIPMT.

ANNEXE A : Horaire des ateliers et des examens certificatifs

Module de formation

Consignes générales aux intervenants concernant les journées de formation

- Le ratio enseignant/candidats est de 1:4.
- Le nombre d'heures des modules de formation peut être augmenté, mais ne peut pas être réduit.
- Lorsque la durée totale des journées est augmentée, les sujets sont aux choix et aux besoins des régions.
- Les outils et les critères d'évaluation pour les épreuves certificatives (maintien de compétence) ne peuvent pas être modifiés.
- Les formations provinciales ou régionales ne sont pas comprises dans les deux journées.

But des deux journées

- Préparer les nouveaux candidats à intervenir en milieu réel, en les formant sur les procédures MRSI et en confirmant le seuil minimal aux compétences suivantes : en situation de réanimation, en situations médicales et en situations traumatiques.

Modules à couvrir lors des 2 journées de formation

Module introduction (1 h 30)

Objectif : Décrire la structure du PIPMT et les critères d'évaluation.

Introduction

- Déroulement de la formation, intégration sur la route
 - Contenu et dates;
 - Critères d'évaluation (maintien de compétence, route);
 - Les maintiens de compétence sont évalués selon les protocoles d'intervention clinique pour les techniciens ambulanciers paramédics (PICTAP) *standard*
 - Concept d'erreur critique;
 - Grilles d'évaluation.

Le programme

- L'échéancier, les suivis, l'accompagnement sur la route;
- Les rôles du TAPI, l'employeur, la direction médicale régionale;
- Les attentes des apprenants.

Module réanimation (3 h 00)

Objectif : Faire un protocole de réanimation standard (sans les procédures MRSI).

L'équipement et révision

- Familiarisation avec les trouses;
- Familiarisation avec le moniteur défibrillateur et la capnographie, le cas échéant;
- Technique d'intubation difficile et résolution de problèmes;
- Intubation du patient avec pouls avec ou sans capnographie;
- Techniques de désobstruction pour toutes les catégories d'âge.

Maintien de compétence en réanimation (REA)

- Chaque technicien ambulancier paramédic doit être en rôle de paramédic 1 (P1) et paramédic 2 (P2) au moins une fois.

Module situations médicales (3 h 00)

Objectif : Faire un protocole de situation médicale standard (sans les procédures MRSI).

L'équipement et révision

- Techniques d'administration de médicaments, notamment la voie d'administration intramusculaire;
- Technique d'assistance respiratoire et ventilatoire à l'Oxylator™ et au ballon ventilatoire;
- Technique d'assistance respiratoire avec un dispositif de ventilation à pression positive continue (CPAP);
- Techniques d'électrocardiogramme (ECG) 12 dérivations et interprétation du résultat de l'analyse de l'appareil.

Maintien de compétence médicale (MED)

- Chaque TAP doit être P1 et P2 au moins une fois.

Module en situations traumatiques (3 h 00)

Objectif : Faire un protocole de situation traumatique standard (sans les procédures MRSI).

L'équipement et révision

- Technique de pose d'un collet cervical;
- Technique d'immobilisation à l'aide des différents dispositifs d'immobilisation pour toutes les catégories d'âge (planche incluant la planche dorsale pédiatrique (type PEDI-PAC^{MD}), matelas immobilisateur, et *Kendrick's extrication device* (K.E.D.^{MD}));
- Techniques de mobilisation des patients pour toutes les catégories d'âge et selon la position trouvée, la condition clinique et la localisation du patient;
- Utilisation du protocole TRAUMA. 0 incluant les techniques d'appréciation secondaire et la prise de décision relative à l'immobilisation du patient.

Maintien de compétence (TRAUMA) traumatique

- Chaque TAP doit être P1 et P2 au moins une fois.

Module approche MRSI et autre contenu régional (3 h 00)

Objectif 1 (le cas échéant) : Utiliser un dispositif supraglottique.

I-gel® ou LMA supreme™

- Particularités régionales sur l'utilisation d'un dispositif supraglottique;
- Durée suggérée : 90 minutes (ou selon la formation régionale).

Objectif 2: Utiliser les EPI au bon moment.

Approche MRSI

- Les particularités régionales sur la prévention des infections;
- Les discussions et la précision sur les protocoles MRSI;
- Les 10 premières minutes avec des mises en situation sur la reconnaissance des risques MRSI (REA, MED, autre);
- La communication et le transfert des patients au CH.

Objectif 3 (le cas échéant) : Autre formation régionale pertinente.

Intervention sur la route

Les tests d'ajustement pour le port d'un masque de protection respiratoire de type N95³ (Fit-Test) sont obligatoires pour les candidats avant de commencer les interventions sur route.

IMPORTANT – Exemple de thème pouvant être couvert par l'employeur qui n'est pas inclus dans les journées cliniques :

- La santé et sécurité au travail : Présentation du concept « STOP »;
- Le déplacement des usagers
 - Principes de déplacement sécuritaire du bénéficiaire, toile de glisse, civière chaise à civière, civière à civière (cacolet, planchette, autre),
 - Civières d'évacuation,
 - Dispositif de fixation de brancard motorisé de type « *PowerLOAD* ».
- La conduite
 - Cartographie et particularité du territoire,
 - Code de la sécurité routière.
- Préparation de la première journée sur la route
 - Discussion et consigne,
 - Lieu, date et heure, partenaires, documentation.

³ Peut correspondre à un demi-masque P6000 ou masque N95 à usage unique.

ANNEXE B : Erreurs critiques

La présente liste regroupe les erreurs critiques telles que décidées par les DMR. Il s'agit d'un répertoire exhaustif devant être utilisé aux fins de l'évaluation certificative, dans un contexte d'obtention ou de maintien des privilèges.

1. Administration d'un médicament sans vérifier la présence d'allergies.
2. Administration d'un médicament, lorsque non requis⁴.
3. Absence ou délai injustifié d'une action critique à poser⁵ :
 - a. Dégagement des voies respiratoires en présence d'une obstruction complète physiologique ou par un corps étranger.
 - b. Assistance ventilatoire ou respiratoire en présence d'une détresse respiratoire (selon la définition des PICTAP).
 - c. Réanimation cardiorespiratoire et défibrillation en présence d'un arrêt cardiaque.
 - d. Hémorragie externe contrôlée avec signes de choc.
4. Délai injustifié dans l'administration ou absence d'administration d'un médicament
 - a. « Chronodépendant » : Épinéphrine en présence d'une réaction anaphylactique confirmée.
 - b. Salbutamol pour un asthme sévère ou une détresse respiratoire.
 - c. Nitro en présence d'une dyspnée d'origine cardiaque probable avec hypertension artérielle.
5. Arrêt cardiorespiratoire traumatique avec plus d'une analyse sur les lieux en l'absence de rythme cardiaque défibrillable.
6. Confirmation de l'efficacité ventilatoire post intubation (*End-tidal carbon dioxide* (EtCO₂), vérificateur de position œsophagienne (VPO), etc.)
7. Absence de signes vitaux à l'appréciation clinique (*lorsque spécifiquement observée dans un contexte dont la résultante cause un préjudice patient immédiat*).
8. Maintien de l'axe cérébro-spinal inadéquat (mouvement significatif observable).
9. Pas d'ECG 12 dérivations chez un patient présentant une douleur thoracique d'origine cardiaque probable.
10. Absence de reconnaissance de l'accident vasculaire cérébral (AVC) (critères cliniques reconnus).
11. Polytraumatisé majeur : délai d'intervention injustifié sur la scène en fonction des soins à prodiguer.

⁴ Administration sans justification eu égard au contexte ou au portrait clinique du patient.

⁵ Le délai injustifié est évalué selon les standards du programme d'assurance qualité reconnu pour les praticiens en exercice.

12. Arrêt des manœuvres non justifiable.
13. Pas d'assistance respiratoire/ventilatoire lorsque requise.
14. Assistance respiratoire et/ou ventilatoire non efficace lorsque requise (Efficacité, soulèvement du thorax et fréquence).
15. Technique de réanimation cardiorespiratoire inacceptable.
16. Absence d'intubation du patient.
17. Évacuation inadéquate pouvant porter un préjudice au patient⁶ :
 - a. Faire marcher un patient instable ou potentiellement instable.
 - b. Mauvais choix du centre receveur en fonction de la situation, lorsqu'explicitement prescrit dans les PICTAP.
18. Collier cervical non posé pouvant causer un préjudice au patient.
19. Absence d'électrodes de défibrillation en présence d'une indication d'un infarctus du myocarde confirmé à l'ECG 12 dérivation provoquant un délai supplémentaire significatif de la défibrillation en cas d'arrêt cardiorespiratoire.

⁶ Exemples AVC, STEMI, traumatisme... et autre situation chronodépendante au mauvais endroit (délai supplémentaire, donc préjudice supplémentaire)

ANNEXE C : Actions imprudentes en conduite

Important : Cette section s'adresse aux entreprises qui ont décidé de maintenir l'aspect conduite dans le PIPMT.

Répertoire des actions imprudentes ou gestes téméraires (facultatif)

La présente liste constitue les actions imprudentes. Il s'agit d'un répertoire non exhaustif pouvant être utilisé par les entreprises ambulancières aux fins de l'évaluation spécifique et exclusive en conduite dans un contexte d'obtention du droit de conduire une ambulance. Les actions prises individuellement ne constituent pas nécessairement un échec. Il faut considérer le contexte de la situation et des particularités régionales qui peuvent ajouter ou modifier les critères de type « actions imprudentes » sans préavis.

Action imprudente

- Exemples :
 - Toute vitesse ou action qui peut mettre en péril la vie ou la sécurité des personnes;
 - Ne pas garder une distance sécuritaire entre le véhicule ambulancier et celui qui précède;
 - Ne pas vérifier les rétroviseurs lors d'une marche arrière ou d'un changement de voie;
 - Faire des dépassements risqués ou dangereux.

Tous types d'accidents

- Même si aucun blessé/dommage.

Marche arrière problématique

- Exemples
 - Mauvaise technique;
 - Difficulté à maintenir une ligne droite;
 - N'est pas sécuritaire;
 - Ne considère pas l'utilisation des gyrophares en marche arrière.

Sous-utilisation de la sirène

- Ne s'assure pas d'être vu/entendu.

Utilisation non sécuritaire de la répartition assistée par ordinateur (RAO)

- L'utilisation de la RAO devient une distraction.

Aspects généraux

- Aucun sens de l'orientation;
- Non-respect du *Code de la sécurité routière*.

Angles morts non vérifiés

- Exemples :
 - N'est pas attentif aux personnes qui circulent autour du véhicule, surtout aux intersections en milieu urbain;
 - Ne surveille pas et n'anticipe pas les déplacements des personnes qui circulent près du véhicule;
 - Ne tient pas pour acquis que ses manœuvres sont prévisibles;
 - Ne s'assure pas que les rétroviseurs soient en bon état, dégagés et bien ajustés;
 - N'utilise pas le clignotant aux intersections afin de signaler clairement ses intentions;
 - N'est pas vigilant lorsqu'il effectue un virage à droite à une intersection, et si le véhicule doit empiéter dans la voie adjacente ou sur l'accotement pour effectuer ce virage.

Manque de confiance/d'habiletés/stress

- Exemples :
 - Semble nerveux, est tendu (tête et cou rigides, bras crispés sur le volant, etc.);
 - Refait les mêmes erreurs qu'au début de son apprentissage;
 - Panique, tremble, pleure;
 - Veut abandonner;
 - Rage contre lui-même;
 - Recherche de l'information vers l'avant seulement (utilise peu les rétroviseurs et ne vérifie pas les angles morts);
 - A du mal à garder sa trajectoire en ligne droite et une vitesse constante.

Problème de comportement

- Exemples :
 - S'énerve, critique la circulation, la réglementation, etc.;
 - Ne tient pas compte des conseils de son accompagnateur et devient agressif;
 - Contesté les consignes de son accompagnateur avant d'en analyser les avantages.

Compétences surestimées

- Exemples :
 - Circule à une vitesse trop élevée;

- Commet des infractions (vitesse, ralentissement à un arrêt obligatoire au lieu d'une immobilisation complète, etc.);
- Tient le volant d'une main de façon nonchalante.

Conduite non adaptée

- Exemples :
 - Selon la présence de piétons, cyclistes, travaux, etc.;
 - Selon la météo : précipitations, vent, brouillard, etc.;
 - Conduite non adaptée à l'état du patient ou à la position et à l'activité du personnel à bord du véhicule;
 - Freinage, accélération, changement de voie trop brusque pour la situation;
 - Vitesse non adaptée aux conditions environnementales et atmosphériques.

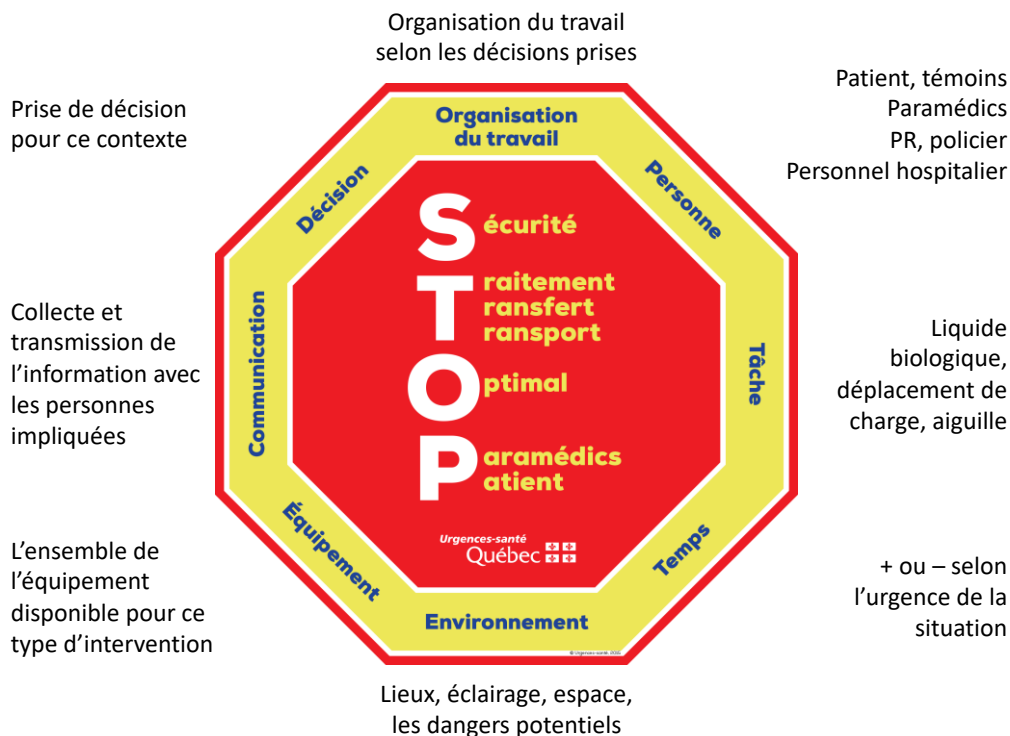
ANNEXE D : Règles et procédures relatives à la santé et sécurité au travail

Le « STOP »

Important : Cette section s'adresse aux entreprises qui ont décidé de maintenir l'aspect SST dans le PIPMT.

Le concept « STOP »

Le concept « STOP » a été créé par Urgences-santé en 2015. L'intention de ce concept est d'influencer positivement la culture en santé et sécurité au travail pour tous. Il s'agit de la représentation d'un processus de décision ou de réflexion. Cet outil peut être utilisé comme outil didactique en formation, dans l'action ou lors de l'analyse d'un accident de travail. Lors d'une intervention, si un travailleur identifie une situation potentiellement à risque de blessure, il doit dire « STOP » et prendre le temps de corriger la situation pour travailler sécuritairement. Nous pouvons présumer que lorsqu'un travailleur est capable d'identifier une situation à risque dans l'action, il devrait être en mesure d'appliquer les corrections nécessaires pour réduire les risques de blessure. Les actions prises individuellement ne constituent pas nécessairement un échec. Il faut considérer le contexte de la situation et les particularités régionales.



ANNEXE E : Caractéristiques du scénario | Classification des niveaux de difficulté

Scénario de réanimation

CARACTÉRISTIQUES DU SCÉNARIO	NIVEAU	CODE
Un protocole ou une technique à appliquer	FACILE	○
Un protocole à appliquer incluant une technique à appliquer et un soin corrigible ⁷ ou un protocole à appliquer avec ou sans technique à appliquer et un soin non corrigible ⁸	INTERMÉDIAIRE	△
Deux protocoles à appliquer incluant une technique à appliquer et plus d'un soin corrigible ou non corrigible	DIFFICILE	□
Plus de deux protocoles à appliquer incluant une ou des techniques à appliquer et plus d'un soin non corrigible	TRÈS DIFFICILE	◇

Scénario médical

CARACTÉRISTIQUES DU SCÉNARIO	NIVEAU	CODE
Un protocole à appliquer incluant une technique à appliquer avec ou sans soin corrigible	FACILE	○
Un protocole à appliquer incluant une technique à appliquer avec un soin corrigible	INTERMÉDIAIRE	△
Un protocole à appliquer avec ou sans technique à appliquer et un soin non corrigible	INTERMÉDIAIRE	△
Plus d'un protocole à appliquer incluant une ou des techniques à appliquer	INTERMÉDIAIRE	△
Un protocole à appliquer incluant plus d'une technique à appliquer et plus d'un soin corrigible	DIFFICILE	□
Un protocole à appliquer incluant une ou des techniques à appliquer et un soin corrigible et un soin non corrigible	DIFFICILE	□
Plus d'un protocole à appliquer incluant une ou des techniques à appliquer et plus d'un soin corrigible et non corrigible	TRÈS DIFFICILE	◇

Attention : l'administration d'oxygène et le choix d'un centre receveur lorsque prescrit selon les PICTAP correspondent à des soins corrigibles.

⁷ Un soin corrigible correspond à une action unique et limitée dans le temps permettant de corriger une condition clinique (ex. : la pose d'une canule oropharyngée).

⁸ Un soin non corrigible correspond à une action à maintenir durant toute l'intervention permettant de corriger une condition clinique (ex. : effectuer une ventilation efficace (fréquence et amplitude)).

Scénario traumatique

CARACTÉRISTIQUES DU SCÉNARIO	NIVEAU	CODE
Un protocole incluant une technique à appliquer	FACILE	○
Un protocole à appliquer incluant une technique à appliquer et un soin corrigible ou deux protocoles à appliquer incluant une ou plus d'une technique à appliquer	INTERMÉDIAIRE	△
Un protocole à appliquer incluant plus d'une technique à appliquer et un ou plus d'un soin corrigible ou non corrigible	DIFFICILE	□
Deux protocoles à appliquer incluant plus d'une technique à appliquer et un soin corrigible	DIFFICILE	□
Plus d'un protocole à appliquer incluant une ou des techniques à appliquer et un ou plus d'un soin non corrigible	TRÈS DIFFICILE	◇

Attention : l'administration d'oxygène et le choix d'un centre receveur lorsque prescrit selon les PICTAP correspondent à des soins corrigibles.

ANNEXE F : Formulaire d'engagement des évaluateurs

**PROGRAMME NATIONAL D'INTÉGRATION CLINIQUE (PNIC)
SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**

Je soussigné(e), _____ agissant pour le Programme d'intégration professionnelle en milieu de travail (PIPMT) dans la (ou les) région(s) de :

01 — Bas-Saint-Laurent	<input type="checkbox"/>	10 — Nord-du-Québec	<input type="checkbox"/>
02 — Saguenay–Lac-Saint-Jean	<input type="checkbox"/>	11 — Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine	<input type="checkbox"/>
03 — Capitale-Nationale	<input type="checkbox"/>	12 — Chaudière-Appalaches	<input type="checkbox"/>
04 — Mauricie–Centre-du-Québec	<input type="checkbox"/>	14 — Lanaudière	<input type="checkbox"/>
05 — Estrie	<input type="checkbox"/>	15 — Laurentides	<input type="checkbox"/>
07 — Outaouais	<input type="checkbox"/>	16 — Montérégie	<input type="checkbox"/>
08 — Abitibi-Témiscamingue	<input type="checkbox"/>	Urgences-santé — Montréal et Laval	<input type="checkbox"/>
09 — Côte-Nord	<input type="checkbox"/>		

Prends l'engagement de :

- Garder confidentielle toute discussion liée à l'élaboration du processus de passation, de révision, du développement du PNIC/PIPMT, ainsi que de son contenu et de sa forme.
- Tenir confidentielle toute information concernant la performance/les résultats des candidats ou des collègues d'enseignement aux évaluations du PNIC/PIPMT.
- Détruire tous les documents (déchiqueter), grilles d'évaluation (déchiqueter/supprimer), etc., relatifs aux travaux du PNIC/PIPMT.
- Déclarer tout conflit d'intérêts réel ou potentiel avec un candidat (ancien stagiaire, connaissance personnelle, etc.) pour tenter de permettre l'organisation de stations d'évaluation avec un autre évaluateur, lorsque possible dans l'organisation régionale.

Signature : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.	Date : Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date.
--	---

