

PROTOCOLE OPÉRATIONNEL MINISTÉRIEL PRÉHOSPITALIER SUR L'AFFECTATION DES RESSOURCES AMBULANCIÈRES

Protocole opérationnel d'application du tableau des priorités d'affectation en fonction de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière et de la grille d'affectation *Medical Priority Dispatch System* (MPDS).

Destinataires : Répartitrices et répartiteurs médicaux d'urgence (RMU)
Premiers répondants (PR)
Techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP)

CONTEXTE

Ce protocole concerne l'application du tableau des priorités d'affectation en fonction de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière et de la grille d'affectation *Medical Priority Dispatch System* (MPDS). Il vise particulièrement à définir les rôles et les responsabilités des intervenantes et intervenants ayant un effet direct sur la fluidité de la chaîne d'intervention préhospitalière, de la prise d'appel à l'arrivée du véhicule ambulancier sur les lieux. Le tableau inclut l'établissement des priorités d'affectation selon la nature de la demande, le type d'affectation pour chacune des priorités, le mode de conduite s'y rattachant ainsi que l'objectif de temps réponse clinique (OTRC) ciblé.

L'**affectation prioritaire** se définit comme étant toute affectation pour laquelle l'état clinique du patient justifie une affectation dès l'obtention de la priorité d'appel, et ce, sans délai.

L'**affectation urgente** se définit comme 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.

L'**affectation non urgente** se définit comme 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.

La **conduite urgente** se définit comme une mise en route immédiate en circulant avec les gyrophares et, au besoin, avec les sirènes.

La **conduite non urgente modulable** se définit comme une 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.

La **conduite non urgente** se définit comme une mise en route immédiate en circulant en mode non urgent, sans sirène ni gyrophare. Le **suffixe E** signifie une priorité élevée et doit être priorisée lors de l'affectation concomitante d 2 appels ou plus du même niveau de priorité.

La 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.

La priorité **P5** est une modulation régionale possible avec affectation différée pour rendez-vous prévu ne pouvant être déplacé (ex. : coronarographie, chirurgie, etc.).

Les **transferts interétablissements avec transport aérien** se définissent comme une modulation régionale possible selon l'heure d'arrivée de l'avion.

L'**objectif de temps réponse clinique (OTRC)** se définit comme une 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.

L'**ETA** signifie l'estimation du temps d'arrivée.

L'**ETA le plus rapide modulable** se définit comme l'estimation du temps d'arrivée le plus rapide en tenant compte des particularités opérationnelles (préparation du patient au centre hospitalier, véhicule hors zone, etc.).

Le **dépassement de l'OTRC pour une affectation non urgente** survient lorsque l'OTRC d'une priorité non urgente (P4-P7) est dépassé, une réévaluation de la situation et de la condition clinique de l'utilisateur doit être effectuée à l'aide du protocole, selon les politiques en vigueur, et la priorisation doit être ajustée le cas échéant.

Le **dépassement de l'OTRC pour une affectation urgente** survient 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.

PRINCIPES D'APPLICATION

1. ENCADREMENT LÉGAL

- ***Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., ch. S 6-2), ci-après appelée LSPU :***

- Article 3 : « Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques, définit les modes d'intervention, élabore et approuve les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière. »

- Article 18 : « Le ministre détermine le nombre de centres de communication santé au Québec de même que les régions desservies par ces centres.

« Le ministre détermine également les normes, les spécifications et les critères de qualité que doit satisfaire un centre de communication santé pour être reconnu à ce titre par lui, de même que la date à partir de laquelle ce centre devient opérationnel.

« Pour assurer le maintien de sa reconnaissance par le ministre, un centre de communication santé doit, en tout temps, respecter les conditions prévues au deuxième

alinéa ainsi que les critères de performance déterminés par le ministre. En cas de non-respect de ces conditions ou critères de performance et à la suite d'une demande à cet effet par l'agence responsable en application des dispositions du deuxième alinéa de l'article 19, le ministre doit demander au centre de communication santé d'apporter des correctifs dans un délai qu'il détermine. Si le centre ne donne pas suite à une telle demande, le ministre peut appliquer les autres mesures prévues par la présente loi (2002, c.69, a.18, c. 32, a. 308). »

DOCUMENTS DE SOUTIEN À L'APPLICATION DU PROTOCOLE

- Tableau des priorités d'affectation en fonction de la chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière
- Chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière
- Grille d'affectation MPDS

Entrée en vigueur : mars 2023
Mise à jour : novembre 2023