

PROTOCOLE OPÉRATIONNEL MINISTÉRIEL SUR LE TEMPS INTRAHOSPITALIER DES RESSOURCES AMBULANCIÈRES

Protocole opérationnel sur le temps intrahospitalier des ressources ambulancières

Destinataires : Coordonnatrices et coordonnateurs des services préhospitaliers d'urgence
 Directrices générales et directeurs généraux des centres de communication
 santé
 Urgences-santé
 Entreprises ambulancières
 Directrices et directeurs médicaux régionaux
 Techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux
 Répartitrices et répartiteurs médicaux d'urgence
 Services des urgences

CONTEXTE

La clientèle qui arrive à l'urgence avec les équipes ambulancières est dirigée à l'aire de triage. La priorisation à cette étape répond aux principes usuels appliqués par l'échelle canadienne de triage et de gravité. Toutefois, nonobstant le niveau de priorité accordé, le personnel de l'urgence s'efforce de libérer le plus rapidement possible l'équipe ambulancière afin d'optimiser la disponibilité des ressources préhospitalières sur le territoire, permettant ainsi une meilleure réponse à la clientèle, qu'elle provienne de la communauté ou des autres centres hospitaliers.

Il est donc attendu que les usagères et usagers qui arrivent en ambulance soient triés de façon prioritaire, indépendamment de leur condition clinique, à moins que l'un d'entre eux ne requière l'attention et l'intervention immédiates de l'infirmière responsable du triage ou que celle-ci soit déjà en train de faire une évaluation. En aucun temps, l'évaluation complète et la prise en charge (PEC) d'une personne en ambulance ne doivent surpasser celles d'une usagère ou d'un usager ambulant nécessitant une PEC plus rapide.

Si plusieurs usagères et usagers du réseau des services préhospitaliers d'urgence sont en attente au même moment, leur condition clinique, selon les techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP), dicte leur priorité pour l'évaluation par l'infirmière du triage.

Avec cette évaluation, l'infirmière au triage assume la PEC de la personne (PEC infirmière) et la dirige vers l'aire de traitement ou d'attente appropriée à son besoin de santé.

L'inscription des usagères et usagers ne relève généralement pas des services préhospitaliers d'urgence. Elle devrait être assurée par le centre receveur et ne pas engendrer de délais supplémentaires à la libération des ressources ambulancières. Toutefois, dans certaines conditions, un membre de l'équipe ambulancière pourra assumer cette fonction, particulièrement lors de la PEC de la personne en salle de réanimation.

Dans le cas de l'application d'une procédure régionale de libération rapide d'une personne transportée en ambulance à la salle d'urgence, cette dernière peut être retirée de la civière et installée dans la salle d'attente dès son arrivée, de la manière indiquée et selon les conditions prescrites à la procédure.

Pour bien situer les étapes du déroulement d'une intervention ambulancière, une chronométrie a été établie. Ainsi, chacune des étapes de l'intervention est identifiée par un « H » compris entre H0, qui correspond à l'entrée de l'appel au central des appels d'urgence 911, et H18, qui marque le retour du véhicule ambulancier au point d'attente après l'intervention.

La chronométrie de la chaîne d'intervention préhospitalière prévoit que le temps à l'urgence (lieu de destination) d'une ressource ambulancière se situe entre H11 et H15 et qu'elle se divise en quatre intervalles :

1. Délai d'attente : entre H11 (arrivée au lieu de destination – CH) et H12 (triage débuté);
2. Délai de triage : entre H12 (triage débuté) et H13 (triage terminé);
3. Délai de libération : entre H13 (triage terminé) et H14 (libération de la civière);
4. Délai de remise en état du véhicule et de rédaction : entre H14 (libération de la civière) et H15 (départ du lieu de destination).

Avec l'objectif d'optimiser l'utilisation des ressources préhospitalières, une remise en disponibilité rapide des véhicules ambulanciers est primordiale. L'utilisation du statut ou code radio 10-27 pour marquer le début d'une disponibilité partielle y contribue en permettant au centre de communication santé (CCS) de pouvoir considérer cette ressource afin de répondre à des appels de priorité 0 ou 1, selon le temps écoulé depuis la libération de la civière (voir plus bas *Affectation lors de disponibilité partielle*).

DÉFINITION

10-27 Transfert de la prise en charge de l'usagère ou de l'utilisateur terminé, civière libérée : Une fois la PEC terminée par le centre receveur (libération de la ressource ambulancière) et que les TAP ont récupéré la civière et les équipements essentiels à une nouvelle affectation, ce code radio est utilisé par l'équipe ambulancière pour signifier la disponibilité partielle de l'équipe durant le délai de remise en état du véhicule et la période de rédaction. Ce code doit être utilisé que l'usagère ou l'utilisateur arrive sur pied ou sur civière.

Formulaire de déclaration de transport de l'usagère ou l'utilisateur (« AS-810 ») : Le formulaire qu'un TAP doit remplir pour chaque affectation du CCS et chaque autoaffectation comprend les renseignements applicables au déroulement de l'affectation, notamment l'identification du service ambulancier et de l'usagère ou l'utilisateur, les lieux de prise en charge et de destination, les étapes de chronométrie de l'affectation, la présence de corps policiers dans le contexte de l'affectation ainsi que les coûts facturables aux agents payeurs pour le transport ambulancier selon les lois applicables.

Marge d'affectation : Qu'elle soit virtuelle ou présumée, cette marge comprend tout délai ajouté à l'estimation du temps d'arrivée d'un véhicule ambulancier en fonction de son origine, de son statut ou de son type de quart de travail.

PRINCIPES D'APPLICATION

ENCADREMENT LÉGAL ET AUTRES RÉFÉRENCES

- Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., ch. S 6-2) :
 - 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 7.3 : L'établissement « [coordonne], sur une base régionale, les services préhospitaliers d'urgence et assure leur interaction avec le réseau de la santé et des services sociaux. »
 - Article 44 : « Un service ambulancier s'entend de tout service qui, en accord avec le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence de l'agence et **les protocoles élaborés par le ministre**, fournit des soins préhospitaliers d'urgence visant à prévenir la détérioration de l'état d'une personne et à la transporter au moyen d'une ambulance vers un centre exploité par un établissement receveur ou entre des installations maintenues par un ou des établissements. »
 - Article 60.4 : « L'entreprise ambulancière doit assurer la gestion des ressources humaines et matérielles dans le respect du contrat conclu avec l'agence. »
- Guide de gestion de l'urgence, MSSS, 2023.
- Triage à l'urgence – Lignes directrices, OIIQ, 2^e édition, 2019.

RESPONSABILITÉS DES INTERVENANTES ET INTERVENANTS PRÉHOSPITALIERS

- Techniciennes et techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP)
 - **Transmission d'informations cliniques**
 - Durant le transport vers le centre receveur, en respect des protocoles régionaux, le TAP avise le centre receveur de son arrivée avec une usagère ou un usager (10-10).
 - Dès l'arrivée au centre hospitalier, afin de définir si leur PEC doit être priorisée, le TAP informe la personne au triage de l'état général de l'usagère ou l'usager.
 - Lors de la PEC initiale, le TAP transmet les informations pertinentes sur la condition clinique de la patiente ou du patient au personnel infirmier responsable du triage.

- Que ce soit lors d'un triage formel dans un centre hospitalier ou lors d'un transport dans tout autre centre receveur, le triage et la PEC de l'usagère ou l'utilisateur correspondent à la période d'échange d'informations avec un autre professionnel ou une autre personne responsable du lieu qui reçoit.
- **Maintien des soins**
 - En attendant la PEC complète de l'usagère ou de l'utilisateur par le centre receveur, le TAP assure le maintien des soins à la personne, comme prescrit dans les protocoles cliniques. Son ou sa partenaire doit, si la condition clinique de l'usagère ou de l'utilisateur le permet, démarrer la remise en état de l'équipement et du véhicule ambulancier et/ou commencer la rédaction des formulaires préhospitaliers dès que possible.
- **Rapport au CCS (10-27)**
 - Une fois la PEC de l'usagère ou de l'utilisateur terminée par le centre receveur et la récupération de la civière et des équipements essentiels à une nouvelle affectation, le TAP se rapporte 10-27 au CCS pour l'informer que l'équipe est partiellement disponible durant la remise en service du véhicule et de ses équipements. L'équipe remplit également les formulaires.
 - Dans le cas d'un transport de plus d'une personne, le TAP se rapporte 10-27 une fois tous les usagers et usagères pris en charge par le centre hospitalier et que l'équipe ambulancière a récupéré la ou les civières et les équipements essentiels à une nouvelle affectation.
- **Affectation lors de disponibilité partielle**
 - Le CCS peut, au besoin, en tenant compte de sa marge d'affectation prévue, affecter une ressource ambulancière durant la période incluse entre le 10-27 et la remise en disponibilité complète (10-5) :
 - une affectation de P0 est possible durant les 15 premières minutes suivant le 10-27;
 - pour les minutes suivantes, jusqu'à la remise en disponibilité complète, les affectations de P0 et 1 pourront être affectées à la ressource ambulancière.
 - Si la disponibilité partielle s'avère irréalisable en raison d'une contamination excessive, telle que la présence abondante de sang ou de liquide biologique, et que cette situation ne lui permet pas d'être affectée à un autre appel durant la remise en état des équipements, l'équipe doit se rapporter 10-27 afin de mentionner qu'elle a récupéré son matériel, mais ajoute le code 10-06 (non disponible). Elle précise alors qu'elle commence la période de nettoyage et désinfection. Elle se rapporte 10-25 (disponibilité partielle) une fois la situation corrigée.
 - Durant la période de remise en état des équipements, lorsqu'affectée par le CCS, l'équipe ambulancière doit intervenir et se mettre en direction le plus rapidement possible. Le cas échéant, elle doit préciser au CCS que la remise en état du véhicule n'est pas encore terminée au moment de l'affectation et demande ainsi de commencer les démarches d'une demande d'ambulance supplémentaire (10-40) pour effectuer le transport de l'usagère ou de l'utilisateur.

- Si l'état de l'usagère ou de l'utilisateur le permet, une fois les soins requis et administrés, les pièces d'équipement souillées pourront être nettoyées sur place. Par la suite, le transport vers le centre receveur sera effectué. Le TAP informe alors le CCS de la situation afin de cesser les démarches de 10-40 en cours.
- Dans le cas contraire, il faudra confirmer au CCS la demande d'ambulance supplémentaire (10-40) pour assurer le transport de l'usagère ou de l'utilisateur.

○ Rédaction

- L'équipe s'assure de remplir tous les formulaires préhospitaliers.
- Le TAP doit remplir l'ensemble des éléments de l'AS-810, incluant tous les éléments de chronométrie :

D- CHRONOMÉTRIE DU TRANSPORT (Dates et heures)									
Date de l'appel (ou date réactivation si différé)	Réponse au CCS (ou réactivation)	Affectation (confirmation)	Départ vers lieu prise en charge	Arrivée sur lieu prise en charge	Arrivée auprès de l'utilisateur	Départ du lieu prise en charge	Arrivée au lieu de destination	Triage débuté	Triage terminé
Libération de la civière	Fin de remise état véhicule	Départ du lieu de destination	Arrivée dans la région origine	Arrivée dans la zone origine	Retour point attente/service	Interruption	<input type="checkbox"/> Annulation sans réaffectation <input type="checkbox"/> Annulation pour réaffectation	<input type="checkbox"/> Nouvelle affectation si vers pt d'attente/ de service	T

- Pour identifier le type de modèle horaire, inscrire dans la case « N^o de quart » :
 - **H** pour un horaire à l'heure;
 - **F** pour un horaire de faction.
- Pour les horaires Coreflex, inscrire **H** ou **F** selon le moment où l'équipe a été affectée à l'appel :



H- IDENTIFICATION ET SIGNATURES DES TECH. AMBULANCIÈRES/AMBULANCIERS/ PARAMÉDICS		
Nom – prénom du TAP 2 (conducteur)	Matricule TAP	Signature
Nom – prénom du TAP 1	Matricule TAP	Signature
N° de quart	Espace réservé tech. ambulanciers/ambulancières/paramédic ou entraîneur	

Ministère de la Santé et des Services sociaux AS-810 DT9087 (rév. 2013-03)

○ Remise en disponibilité

- Dès que le véhicule avec ses équipements est remis en état opérationnel et que la rédaction des documents est terminée, l'équipe se remet en disponibilité complète et quitte le lieu de destination (H15) sans prolonger inutilement les délais. Pour la remise en disponibilité, elle peut utiliser le code radio 10-5 ou utiliser le bouton « retour vers zone », selon ce qui est prévu au niveau régional.
- Les services ambulanciers sont :
 - responsables de s'assurer de la conformité des formulaires AS-810;
 - responsables d'appliquer le présent protocole vis-à-vis de leur personnel TAP.
- Les centres de communication santé :
 - affectent les ressources ambulancières conformément aux protocoles opérationnels en vigueur;
 - sont responsables d'appliquer le présent protocole vis-à-vis de leurs répartitrices et répartiteurs médicaux d'urgence.

REMARQUES

CIBLES DE PERFORMANCE

La responsabilité des délais intrahospitaliers est partagée entre le service d'urgence et le service ambulancier :

- **Service d'urgence** : entre l'arrivée de l'usagère ou de l'utilisateur au centre hospitalier (H11) et la libération de la civière (H14), délai périodique moyen inférieur ou égal à **20 minutes**.
- **Service ambulancier** : entre la libération de la civière (H14) et le départ du centre hospitalier (H15), délai mensuel moyen inférieur ou égal à **25 minutes**.
- Il est important de préciser que ces cibles représentent des délais maximaux et qu'il est nécessaire de les minimiser autant que possible pour chaque transport afin de réduire globalement le temps intrahospitalier.
- Les régions, sous la responsabilité des centres intégrés et des centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux, ont la latitude, en fonction de leur réalité régionale, de fixer des cibles plus ambitieuses, mais elles ne peuvent être supérieures aux délais mentionnés.

Entrée en vigueur : 15 novembre 2023