

# LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

---

Adoptée par le Conseil  
d'Administration de  
l'Association des  
Médecins D'Urgence  
du Québec

Le 23 avril 2001

---

## POSITION DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC SUR LE RAPPORT DU COMITÉ NATIONAL SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

### INTRODUCTION

À travers ses activités, l'AMUQ cherche à favoriser le développement d'une Médecine d'urgence de qualité de nature à contribuer à l'amélioration de la Santé de la population au Québec. Notre positionnement face au rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, rendu public en décembre dernier, va dans cette direction.

Les Services Préhospitaliers d'Urgence sont un rouage important du système de santé. En cela, et puisque les soins préhospitaliers précèdent immédiatement l'épisode de soins qui aura cours dans nos urgences, il s'agit d'un aspect du système qui concerne éminemment et directement l'Association des Médecins d'Urgence du Québec, et ce depuis sa fondation. La situation des Services Préhospitaliers d'Urgence est donc à mettre en parallèle avec celle des urgences, les deux sphères d'activité étant interdépendantes et fondamentalement et intrinsèquement liées.

Le rapport du Comité national est mobilisateur et il va clairement dans la bonne direction, mais il pourrait aller plus loin sur certains aspects importants du système préhospitalier dans un contexte d'urgence justement. Nous désirons préciser ces aspects par cette prise de position qui résume plusieurs éléments déjà présentés dans *Médecine d'urgence* et apporter un éclairage rationnel, fondé sur les preuves et sur la somme de l'expérience mondiale en préhospitalier.

À la suite d'une analyse approfondie du rapport du Comité national, l'Association des médecins d'urgence du Québec a identifié un certain nombre de points où les positions auraient avantage à être bonifiées. Ces points plus faibles, qui pourraient nuire à l'atteinte des résultats visés par cette réforme, sont identifiés dans les paragraphes qui suivent, de même que certaines pistes de solution.

---

## CONSTATS DE L'ASSOCIATION SUR LE RAPPORT ET RECOMMANDATIONS

### Direction médicale

La direction médicale représente l'un des fondements du système. Il s'agit d'une fonction stratégique dans la mesure où elle établit les normes de soins, assure le développement et l'application des protocoles, évalue la compétence du personnel, détermine l'accessibilité à la formation continue, maintient les liens entre la communauté médicale et les autres instances. Ces mandats sont au cœur du quotidien de la sphère des Services Préhospitaliers d'Urgence et constituent des éléments fondamentaux pour la mise en place d'un système préhospitalier qui fonctionne de façon optimale. Pourtant, le rapport du Comité national sur les Services Préhospitaliers d'Urgence met, à notre avis, peu d'emphasis sur la direction médicale. De plus, cette fonction stratégique est présentée comme étant soumise à l'autorité du directeur administratif. Pour s'assurer de tenir compte pleinement de l'importance de la qualité des soins en préhospitalier, il y aurait avantage à assurer à la direction médicale une plus grande autonomie dans les décisions touchant tous les aspects cliniques.

Le Comité national recommande également que l'assistance médicale directe soit effectuée par des techniciens ambulanciers dans les centres de communications régionaux puis par des médecins en poste dans deux centres de communications urbains. Ces intervenants ne relèveraient pas des urgences du territoire et ne seraient pas intégrés aux processus cliniques<sup>1</sup>. Un modèle où le soutien médical direct serait intégré aux hôpitaux, selon le modèle de l'hôpital de base, nous apparaît plus propice à assurer la continuité et la qualité des soins prodigués.

### Concernant la direction médicale, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande que :

- les rôles et les responsabilités de la direction médicale, en tant que fonction stratégique du réseau préhospitalier, soient clairement définis afin de favoriser le fonctionnement optimal du système;
- que la position du MSSS sur la direction médicale s'inspire de principes semblables à ceux définis dans le document « La direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence »<sup>2</sup>.

### Organisation du système

Le Comité national sur les services préhospitaliers choisit de ne pas intégrer fermement les hôpitaux de base dans le

---

système défini alors que c'est le modèle le plus reconnu à l'échelle internationale. Il recommande de continuer à déléguer aux Régies régionales l'opérationnalisation des services préhospitaliers d'urgence même si leur mandat exclut dans les faits la « gestion » d'éléments cliniques<sup>3</sup>. Cette position, à notre avis, ne favorise pas pleinement l'intégration des Services Préhospitaliers d'Urgence aux urgences, au réseau hospitalier et au système de santé.

Il nous semble que des hôpitaux de base devraient être identifiés rapidement sur le territoire québécois, de manière à créer des liens plus étroits entre les intervenants du secteur préhospitalier d'urgence et le personnel, dont les médecins, qui œuvrent à l'urgence. Cependant, selon le rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence, les hôpitaux sont fragilisés et ne peuvent remplir la fonction d'hôpitaux de base; sur quelles évidences se fondent les travaux du comité pour parvenir à une telle conclusion?

Une utilisation adéquate des nouvelles technologies de communication (transmission de données sans fil, etc.), qui pourraient être mieux intégrés dans les modèles présentés par le Comité national, pourrait accroître de manière significative l'efficacité de tels hôpitaux de base. L'utilisation de ces technologies permettrait, entre autres, aux techniciens ambulanciers de faire appel par « téléphone » aux médecins d'urgence qu'ils côtoient quotidiennement dans le respect des protocoles cliniques établis et de la confidentialité. Les techniciens ambulanciers et les services préhospitaliers seraient ainsi mieux encadrés et vraiment intégrés au réseau de la santé.

Le modèle d'hôpital de base permettrait une gestion plus aisée des informations confidentielles concernant l'état de santé des patients transportés par les services préhospitaliers d'urgence. Actuellement, les dossiers confidentiels des patients transportés sont conservés par les Régies régionales dont le système d'archivage et de conservation n'obéissent pas aux mêmes standards de confidentialité que ceux développés dans les centres hospitaliers quant à la protection des données confidentielles et personnelles.

Le rapport du comité national sur les services préhospitaliers d'urgence maintient la notion de zone ambulancière sur le territoire québécois<sup>4</sup>. L'application de cette notion nous semble pourtant propice à nuire aux services à la population et aux soins apportés aux patients. Concrètement, elle peut conduire des techniciens ambulanciers qui passent à

proximité d'une personne aux prises avec un problème de santé à la laisser sur le « bord de la rue » parce que ce n'est pas leur zone. Selon le rapport du Comité national, la zone peut être transcendée lors d'une urgence vitale, mais ces urgences vitales devraient être définies. On semble peu se soucier également des conséquences sur les zones découvertes lors d'un appel, puisque aucune couverture n'est prévue si ce n'est le service assuré par les premiers répondants. Ainsi, même si les premiers répondants peuvent être présents en attendant l'ambulance de « la » zone, ils ne sont pas une panacée et ne peuvent pas transporter les patients lorsque leur cas le nécessite ni assurer l'administration des soins requis dans toutes les situations<sup>5</sup>.

Également, le Comité national sur les services préhospitaliers propose de maintenir le caractère quasi immuable de l'attribution de ces zones à une entreprise donnée. Actuellement, les Régies régionales, qui délivrent les permis aux entreprises ambulancières, sont soumises à un lourd processus pour retirer ce privilège une fois qu'il a été accordé<sup>6</sup>, même dans la situation où la qualité des services laisse à désirer. À ce processus s'ajoute l'obligation de compenser les entreprises privées lorsqu'elles encourent des pertes financières à la suite du retrait de leur permis<sup>7</sup>. Ceci nous paraît loin d'être idéal; l'octroi et le retrait des permis devraient reposer sur des principes inspirés du libre-marché, de la demande, de l'offre et de l'évaluation des services de même que sur la concurrence entre les entreprises ambulancières. Afin d'assurer une qualité optimale et l'efficacité du système, il doit être possible de le réorganiser en fonction des besoins.

### **Concernant l'organisation du système, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande que :**

- le modèle d'hôpital de base énoncé dans le document « Réponse aux questions du Comité national de révision des Services Préhospitaliers d'Urgence »<sup>8</sup> soit adopté dans le but d'intégrer l'opération desdits Services au réseau de la santé et des services sociaux;
- la notion de zone ambulancière soit abolie afin d'améliorer la qualité des services ambulanciers et la qualité des soins apportés à la population;
- les mécanismes d'octroi et d'abolition des permis ambulanciers tiennent compte de la demande, de l'offre et de l'évaluation des services sur un territoire donné afin d'assurer l'application de normes de qualité élevées.

### **Réponse du système**

Le comité national sur les services préhospitaliers d'urgence ne fixe pas d'exigences quant à la localisation des appels par téléphonie cellulaire<sup>9</sup>. Ainsi, même si les appels par cellulaire au 911 connaissent une croissance très importante, un appel ainsi logé peut se retrouver à plusieurs centaines de kilomètres dans une centrale de réponse où la téléphoniste n'est ni formée, ni au fait de toutes les nuances géographiques de la localité d'où l'appel émane. Malgré le fait que certains types de téléphones cellulaires permettent déjà le repérage automatique, il faut réglementer l'intégration de cette fonction.

Tout en préconisant la modulation de la réponse, le rapport du Comité national ne prévoit pas une modulation très « ouverte » des transports entre établissements de santé. Selon le rapport, l'ambulance reste le seul véhicule à utiliser dans la très grande majorité des cas<sup>10</sup>. À l'heure actuelle, beaucoup d'ambulances sont assignées au transport de patients dont l'état de santé est stable. À notre avis, cela nuit à l'efficacité du système. Le transport inter-établissements de patients stables ou pour examen pourrait être assuré à plus grande échelle par des entreprises non-ambulancières, ou, à tout le moins, les compagnies ambulancières devraient gérer des flottes de véhicules « non ambulanciers » pour répondre à ces demandes non-urgentes.

### **Concernant la réponse du système, l'AMUQ recommande :**

- la mise en place d'un système de repérage automatique des appels au 911 par téléphonie cellulaire d'ici deux ans pour améliorer la réponse à ce type d'appel;
- que le marché des transports inter-établissements de patients stables soit ouvert aux transporteurs « non-ambulanciers » ou qu'une flotte spéciale de véhicules non ambulanciers soit affectée à cette tâche.

### **Centres de communication**

Dans les scénarios présentés, le rapport du Comité national sur les services préhospitaliers omet certaines ressources qui existent déjà et qui fonctionnent bien<sup>11</sup>, et ceci a des impacts sur les coûts du système<sup>12</sup>. Par exemple, le Centre de communication santé de Québec, dont les ressources et l'efficacité sont connues, lequel est le seul à avoir reçu la mention d'excellence de l'académie Clawson et qui représente le lien officiel avec la Centrale de transport sanitaire aérien<sup>13</sup>, n'est pas dans la liste des centrales immédiatement reconnues<sup>14</sup>.

---

Les régions desservies par les Centres de communication santé nous apparaissent sous-représentées au sein de leurs Conseils d'administration alors que le centre de communication est le centre nerveux du système<sup>15</sup>. En conséquence, des réalités régionales importantes pourraient être ignorées dans certaines décisions.

**Concernant les Centres de communication santé, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande :**

- que la répartition et l'opérationnalisation des centres de communication santé sur le territoire québécois tiennent compte des centres déjà établis et qui disposent de ressources, d'infrastructures et de savoir-faire;
- que l'on révisé la composition des Conseils d'administration des centres de communication santé afin de bien représenter tous les acteurs desservis par ces centres.

**Intervenants**

Le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence mise beaucoup, à titre de premiers répondants, sur les secouristes en milieu de travail dont la formation est souvent partielle en regard du programme de formation de base du premier répondant, la recertification difficile et l'encadrement problématique<sup>16,17</sup>.

Le Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence insiste peu sur le maillage avec la Sécurité publique et la Santé publique (au sens élargi), lesquels représentent des acteurs et partenaires déterminants du réseau préhospitalier et avec lesquels les liens doivent être renforcés afin d'assurer une intégration moderne au réseau préhospitalier.

**En ce qui concerne les intervenants, l'Association des médecins d'urgence recommande :**

- que l'on procède avec prudence quant au recours aux secouristes en milieu de travail à titre de premiers répondants, en exigeant une formation de base minimale reconnue, une actualisation régulière de cette formation et un suivi d'assurance-qualité qui soit sous la responsabilité d'un directeur médical, lequel doit dépendre ultimement du directeur médical régional;
- que les propositions contenues dans « Les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir »<sup>18</sup> fondées sur les travaux de « EMS agenda for the future » soient prises en considération afin d'assurer une meilleure intégration des sphères de la Santé, de la Santé publique et de la Sécurité publique dans le champ d'activité des services préhospitaliers d'urgence.

---

**Urgences-Santé**

Plusieurs passages du rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence affirment qu'Urgences-Santé est le seul modèle québécois intégré<sup>19,20</sup>, bien que la corporation soit confrontée à des problèmes fonctionnels<sup>21,22</sup> et que ses coûts d'opérations y soient plus élevés qu'en région<sup>23</sup>. En somme, la Corporation d'Urgences-Santé fait l'objet de peu de recommandations; devant l'importance de la population desservie par Urgences-Santé et le rôle potentiel que la Corporation pourrait jouer au plan provincial, il aurait été intéressant que le comité approfondisse son analyse. Le Comité national encourage par ailleurs le projet de formation des techniciens ambulanciers en soins avancés<sup>24</sup>.

**En ce qui concerne la corporation Urgences-Santé, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande :**

- qu'Urgences-Santé fasse l'objet d'un support éclairé et constructif de la part du Comité national sur les Services Préhospitaliers d'Urgence qui sera créé;
- que la formation en soins avancés soit harmonisée à l'échelle provinciale en collaboration étroite avec les maisons d'enseignement et la Table des coordonnateurs médicaux.

**Transport aérien**

La mise en œuvre d'un projet pilote d'hélicoptère ambulance, qui est proposée par le comité national sur les services préhospitaliers d'urgence<sup>25</sup>, est discutable dans la mesure où le nombre de vies sauvées par ce moyen d'intervention pourrait être qualifié de faible si on le compare à d'autres interventions dont le rapport ne fait pas mention<sup>26</sup>. Par exemple, l'octroi de défibrillateurs aux premiers répondants pourrait permettre de sauver un nombre considérable de vies. Par ailleurs, il n'a pas été démontré scientifiquement que l'utilisation d'une hélicoptère ambulance diminue l'incidence des lésions chez les blessés médullaires. Enfin, les critères d'utilisation du transport sanitaire aérien nous semblent trop larges. Ceci peut entraîner une sur-utilisation, un phénomène qui a été observé dans plusieurs systèmes<sup>28</sup>.

En ce qui concerne le transport aérien, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande :

- que le projet pilote d'hélicoptère soit évalué au moyen d'un projet de recherche qui pourra permettre de déterminer la « plus value » de ce moyen de transport en termes de mortalité/morbidité pour la population québécoise;

- 
- que les critères d'utilisation du transport sanitaire aérien soient révisés et resserrés pour déterminer précisément la réponse optimale à donner selon les conditions présentées par les patients (par exemple : avion-ambulance, navette, vol de ligne, ambulance) afin que l'on puisse ouvrir le marché du transport sanitaire aérien et l'adapter à la demande.

### Les coûts du système

Le rapport du comité national sur les services préhospitaliers d'urgence nous apparaît incomplet en ce qui concerne les coûts véritables de plusieurs recommandations. Notamment, certaines dépenses semblent avoir été omises dans le calcul du système proposé (par exemple le salaire des médecins du transport aérien, les infrastructures requises pour la mise en œuvre du projet pilote d'hélicoptère ambulance) et les sources de financement suggérées sont loin d'être assurées à court, moyen et long terme (par exemple l'augmentation des frais sur les appels, la hausse des contraventions).

### En ce qui concerne les coûts du système, l'Association des médecins d'urgence du Québec recommande :

- que le coût réel du système proposé soit précisé afin de mettre en place un système préhospitalier d'urgence adapté aux réalités budgétaires et afin d'adopter des orientations qui accroîtront la performance du système dans son ensemble (par exemple l'octroi de défibrillateurs pour les équipes de premiers répondants versus la mise en œuvre d'un projet pilote d'hélicoptère);
- que le système des Services Préhospitaliers d'Urgence soit financé de façon adéquate et à sa juste valeur dans la perspective où il permet réellement de sauver des vies et de diminuer la morbidité de nombreux patients aux prises avec un problème de santé urgent;
- que soient favorisés des changements d'organisation qui, à long terme, entraîneront des économies et la performance du système dans son ensemble de manière à accroître le nombre de vies sauvées et de diminuer le taux de morbidité.

### CONCLUSION

La prise en charge d'un patient qui a recours aux services préhospitaliers d'urgence commence au chevet de ce patient, peu importe où il se trouve, pour se terminer le plus souvent à l'urgence d'un centre hospitalier. Avec une approche constructive, fondée sur le quotidien vécu à l'urgence, nous avons formulé des propositions concrètes qui sont de

---

nature, croyons-nous fermement, à améliorer la performance du système préhospitalier.

Nos propositions, dont l'application engageant, à notre avis, peu de coûts supplémentaires, émanent d'une vision globale de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et s'appuient sur les connaissances et l'expertise internationales sur le sujet.

Nos propositions sont réalistes. Par exemple :

- L'hôpital de base serait issu du déplacement vers le réseau d'infrastructures déjà existantes. Les ressources sont disponibles : il s'agit de les rapprocher du terrain avec pour conséquences l'accroissement de la motivation des intervenants, une amélioration des interactions entre les équipes d'urgence et une augmentation du rendement et de l'efficacité du système dans son ensemble.
- L'abolition des zones ambulancières et le remaniement des services ambulanciers selon l'offre et la demande permettraient, sans coûts supplémentaires, de rendre le transport d'urgence plus efficace et plus fonctionnel, de le réorienter vers le patient.
- La mise en place de transports alternatifs pour les transferts inter établissements serait moins coûteuse par rapport à l'utilisation des ambulances et permettrait de mieux adapter la réponse, tout en libérant des véhicules ambulanciers pour des interventions urgentes.

Nous croyons que pour mettre en œuvre ces propositions et celles du Comité national, les responsables et les partenaires doivent partager une vision, faire preuve de courage et d'un esprit novateur et prendre les décisions objectives nécessaires à la création d'un système préhospitalier fonctionnel au Québec.

En Médecine d'urgence, incluant le préhospitalier, l'Association des Médecins d'Urgence du Québec a une longue tradition de « positivisme » et de collaboration, que ce soit par les activités de formation interdisciplinaires qu'elle organise, sa collaboration aux travaux du Forum sur les urgences, au Guide de gestion des unités d'urgence, etc. Bien entendu, il est difficile, sinon impossible, dans une restructuration telle que celle que connaissent/connaîtront les Services Préhospitaliers d'Urgence d'avoir LA vision juste, parfaite et essentielle de ce que devrait être le système préhospitalier. Chaque groupe, chaque individu a son opinion, et plus important encore, chacun a droit à son opinion et a droit de l'exprimer.

Cette opinion que nous exprimons légitimement est teintée de notre expérience et de notre vécu, mais surtout de l'importance extrême que nous accordons au Services Préhospitaliers d'Urgence et de l'urgence très pressentie par l'ensemble des médecins d'urgence d'intervenir et de rectifier le tir d'un système qui pénalise à certains égards nos patients, qui entrave indirectement et parfois directement même, de par ses paradoxes et ses incongruités, le fonctionnement même de nos urgences.

À titre d'acteur concerné par l'amélioration du système préhospitalier dans son ensemble, il nous apparaissait essentiel de commenter le rapport du Comité national de cette perspective objective, globale et internationale. Dans les faits, nous sommes à l'issue de la réflexion amorcée et au

commencement d'un cheminement pour l'ensemble des intervenants impliqués dans les Services Préhospitaliers d'Urgence et il nous fera plaisir d'y contribuer de notre mieux. Les médecins d'urgence s'adaptent aux pires conditions et traversent quotidiennement des catastrophes dans la collaboration et le travail d'équipe. Les membres de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec sauront donner de leur temps et de leurs énergies, sans parti pris, et mettre l'épaule à la roue pour appuyer les changements positifs et les avancées que pourra permettre cette réforme. Le tout dans l'espoir que l'ensemble des actions positives des acteurs de ce système permettra d'assurer à nos enfants des soins préhospitaliers de meilleure qualité et vraiment intégrés au système de santé de demain.

## Références :

1. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 217.
2. Association des médecins d'urgence du Québec, La direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence. *Médecine d'urgence* été 2000 : supplément.
3. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 200.
4. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 133.
5. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 212.
6. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 239.
7. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 157-158.
8. Association des médecins d'urgence du Québec, Réponse aux questions du Comité national de révision des services préhospitaliers d'urgence. *Médecine d'urgence* Automne 2000 : 8.
9. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 131.
10. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 119.
11. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 141.
12. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 246.
13. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 181.
14. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 142.
15. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 138.
16. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 22.
17. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 154.
18. Association des médecins d'urgence du Québec, Les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir. *Médecine d'urgence* été 2000 : 7.
19. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 4.
20. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 38-39.
21. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 115.
22. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 160.
23. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 97-98.
24. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 174.
25. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 185.
26. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 59.
27. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 186.
28. Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence, Urgences préhospitalières « un système à mettre en place ». Ministère de la Santé et des Services sociaux, décembre 2000 : p 299.