

***POLITIQUE
PORTANT SUR LA
DIRECTION MÉDICALE
DES SERVICES
PRÉHOSPITALIERS
D'URGENCE***

*de l'Association
des Médecins d'Urgence
du Québec*

POLITIQUE PORTANT SUR LA DIRECTION MÉDICALE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

de l'Association des médecins d'urgence du Québec

Auteurs : Julien Poitras, M.D. CCMF(MU)
Jean Lapointe, M.D. CCMF(MU) CSPQ

Politique adoptée par le conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence du Québec le 15 mai 2000

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Les services préhospitaliers d'urgence sont indissociables de la pratique de la médecine d'urgence et leur relation est unique : le préhospitalier est une sous-spécialité de la médecine d'urgence.

L'Association des médecins d'urgence du Québec croit que les médecins doivent prendre conscience du fait que les intervenants des services préhospitaliers d'urgence sont l'extension de nos yeux, nos oreilles et nos mains sur la scène d'un événement en préhospitalier. Le patient pris en charge par le préhospitalier deviendra vraisemblablement directement **notre** patient.

Par conséquent, il est essentiel que les médecins d'urgence soient bien formés en préhospitalier et s'impliquent activement dans les services préhospitaliers d'urgence. Une participation active aux soins préhospitaliers d'urgence en tant que directeur médical exige un fort degré d'engagement, de leadership et une grande capacité d'organisation. Elle permet de structurer et d'organiser de façon optimale les soins préhospitaliers dans une région donnée. L'apport médical est à cet égard essentiel et incontournable.

Par ailleurs, l'Association des médecins d'urgence du Québec croit que le rôle des médecins ne doit pas s'étendre à l'intervention directe sur le site d'un événement en préhospitalier. Néanmoins, le déplacement d'un médecin sur la scène d'un événement majeur ou d'une catastrophe peut représenter une situation exceptionnelle qui doit s'intégrer dans un plan régional des mesures d'urgence.

Le rôle du médecin en préhospitalier en est un de leader en termes de défense des droits du patient dans le système, d'élaboration de normes et protocoles, d'assurance-qualité, de promotion de la recherche et de maintien de liens avec le système de santé et la communauté.

C'est dans cette perspective que l'Association des médecins d'urgence du Québec présente cette politique sur la direction médicale en préhospitalier, laquelle devrait permettre de jeter les bases d'une réflexion sur cet aspect essentiel des services préhospitaliers d'urgence.

TABLE DES MATIÈRES

Introduction.....	3
Historique des services préhospitaliers d'urgence.....	4
Les intervenants des services préhospitaliers d'urgence.....	5
1- Le préposé aux appels téléphoniques et aux appels urgents.....	5
2- Le secouriste spécifique.....	5
3- Le premier répondant.....	6
4- Le technicien ambulancier.....	6
La direction médicale.....	6
1- Définition.....	6
2- Principes généraux.....	6
3- La direction médicale « off-line ».....	7
4- La direction médicale « on-line ».....	7
5- L'hôpital de base.....	7
6- Les obligations du système préhospitalier.....	8
Le directeur médical des services préhospitaliers d'urgence.....	8
1- Les qualifications.....	8
2- Les responsabilités.....	9
Fonctions et problématiques connexes.....	16
1- L'administration gouvernementale des services préhospitaliers d'urgence.....	16
2- Les opérations des services préhospitaliers d'urgence.....	16
3- La désignation des établissements de santé.....	17
4- Les problématiques médico-légales.....	18
Résumé.....	20
Références.....	20

N.B. Le genre masculin est utilisé dans cette publication en vue d'en alléger le texte.

INTRODUCTION

Les services préhospitaliers d'urgence (SPU) assurent des soins préhospitaliers et interhospitaliers à une multitude de patients de toute strate d'âges, de toute culture et de toute position sociale. Ces patients, qui présentent une grande variété de maladies ou de traumatismes, requièrent des soins de qualité, prodigués de façon optimale. Également, ces patients s'attendent à des soins de haute qualité, soit l'équivalent de ceux qu'ils pourraient recevoir si ceux-ci étaient prodigués par des médecins.

Afin d'assurer l'atteinte de cet objectif, la participation du corps médical aux services préhospitaliers d'urgence est essentielle. En effet, le développement des SPU dans les dernières années a amené l'intégration d'actes médicaux ou médicalisés à la pratique d'intervenants en préhospitalier, et comme les médecins sont les seuls intervenants qui possèdent une licence leur permettant de pratiquer la médecine, ceux-ci doivent être impliqués; leur intégration aux SPU est incontournable.

Ainsi, les médecins qui sont intéressés par le préhospitalier et qui ont les compétences nécessaires doivent être intégrés à l'organisation même de la structure du système ainsi que mis en charge de la direction médicale du personnel des SPU quant aux soins qu'ils administrent aux patients. Le médecin qui agit à titre de directeur médical, que ce soit « on-line » ou « off-line », a la responsabilité de la conduite « médicale » des intervenants en préhospitalier, des gestes médicaux qu'ils posent. En plus, le médecin a le devoir moral d'agir comme le défenseur des droits du patient dans le développement et l'opération du système préhospitalier d'urgence.

Ceci étant dit, force nous est de constater que, malheureusement, les médecins d'urgence, de façon générale, participent peu aux activités du système préhospitalier et ne s'impliquent pas activement quant à la supervision médicale de la qualité des soins médicaux en préhospitalier. Beaucoup de médecins sont mal informés et ne se sentent pas concernés par le rôle qu'ils ont à jouer dans les soins qui sont administrés en préhospitalier à leurs futurs patients, et donc ne s'impliquent pas activement quant à la qualité des soins médicaux en préhospitalier. Pourtant ce rôle, qui s'inscrit en complémentarité avec les fonctions du médecin à l'urgence, peut être majeur et peut faciliter le travail que ces mêmes médecins accomplissent à l'urgence.

Par ailleurs, un médecin ne peut travailler en préhospitalier de façon efficace ou s'y intéresser de façon sérieuse à moins de posséder une compréhension globale de l'organisa-

tion du système est des fonctions de ses nombreux intervenants et composantes. Ces intervenants et composantes incluent, entre autres, les centres 911, les centrales de coordination des appels urgents, les préposés aux appels téléphoniques et aux appels urgents (PATAU), les premiers répondants, les ambulanciers, le personnel de l'hôpital, les formateurs, les administrateurs et les représentants des régions et du ministère.

Afin de faciliter cette compréhension, cette politique de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) présente une vue d'ensemble des rôles et responsabilités liés à la direction médicale des SPU et brosse un tableau de la sphère d'activités des SPU et de l'importance d'une direction médicale de qualité.

L'AMUQ espère que les médecins d'urgence seront capables de fournir dans les années futures le leadership nécessaire aux SPU afin d'assurer des soins optimaux en préhospitalier, tant à l'échelle nationale, régionale que locale. Nous croyons que les médecins d'urgence doivent jouer un rôle prédominant quant à la définition, à l'évolution et à l'évaluation du concept de soins de qualité en préhospitalier.

L'AMUQ désire, par ailleurs, poser des gestes concrets et mettre les efforts nécessaires afin d'assurer une amélioration continue de la qualité des soins préhospitaliers par l'éducation médicale continue, la recherche et le développement de politiques et protocoles.

Ainsi, cette politique sur la direction médicale des SPU a été préparée en 2000 par l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et s'inspire des travaux de l'*American College of Emergency Physicians (ACEP)*, du *National Association of EMS Physicians (NAEMSP)* et du *National Highway and Traffic Safety Administration (NHTSA)*.

L'organisation et la fonction des SPU ayant évolué considérablement au cours des dernières années au Québec, l'AMUQ croit que le rôle de la direction médicale dans les SPU mérite d'être précisé. Ceci est particulièrement important dans le contexte actuel pour deux raisons :

- nous vivons la phase d'implantation de la spécialité en médecine d'urgence dans la province de Québec, permettant de mieux positionner le rôle du médecin d'urgence en préhospitalier;
- un Comité national devrait livrer le fruit de ses travaux au cours de cette année 2000, lequel engendrera, nous l'espérons, une réforme qui devra tenir compte de façon éclairée du rôle du médecin en préhospitalier.

HISTORIQUE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Pour comprendre le rôle de la direction médicale dans les systèmes préhospitaliers d'aujourd'hui, il est important de bien cerner l'historique et le développement des systèmes préhospitaliers dans le monde et au Québec.

Des médecins ont été très impliqués dans la mise en place et le développement initial des soins en préhospitalier. Les barons Pierre François Percy et Dominique Jean Larrey, chirurgiens de l'armée napoléonienne, ont le crédit d'avoir développé le premier système préhospitalier. Percy a développé le concept d'hôpital chirurgical sur le champ de bataille et Larrey a créé la première ambulance, un wagon couvert tiré par un cheval qui évacuait les soldats blessés hors du champ de bataille. Pendant la guerre civile américaine, un chirurgien de l'Union, le Général William A. Hammond, et le directeur médical de l'armée, Jonathan Letterman, ont adapté ces concepts et les ont développés en incluant la stabilisation, l'évacuation et le traitement des soldats blessés.

Les services d'ambulance civils prennent naissance dans les années 1890 à Cincinnati dans l'Ohio ainsi qu'à l'hôpital Bellevue de New York. Lors des premiers balbutiements des SPU, des résidents ou internes ont souvent été recrutés pour travailler à bord des ambulances. Cependant, cette pratique a été abandonnée dans les années 1950.

Pendant ce temps au Québec, les services préhospitaliers se développaient comme une extension des services funéraires. Même aux États-Unis, dans les années 1960, les services préhospitaliers d'urgence organisés étaient rares. La plupart des ambulances étaient des corbillards de maisons funéraires. Les services privés d'ambulance offraient un transport légèrement supérieur. Seulement quelques services ambulanciers locaux fournissaient des soins bien organisés. À Baltimore, par exemple, la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et les premiers soins avaient été incorporés à la formation du personnel ambulancier. Les premiers soins de la Croix-Rouge étaient souvent les seuls soins offerts par de nombreux techniciens ambulanciers.

Dans les années 1960, toujours aux États-Unis, la morbidité et la mortalité croissantes dans les accidents routiers ont alarmé l'opinion publique et les professionnels de la santé. En 1966, l'Académie nationale des Sciences (NAS) et l'Association médicale américaine (AMA) ont publié un rapport intitulé « Accidental Death and Disability : The Neglected Disease of Modern Society ». Ce rapport a mis en évidence des lacunes importantes en ce qui a trait aux premiers soins, aux soins préhospitaliers, aux soins intrahospi-

taliers et à la recherche en traumatologie : on y réclamait une prise de conscience de la part des professionnels de la santé au regard de l'importance de la traumatologie ainsi que l'instauration de registres de traumatologie et de comités hospitaliers locaux de traumatologie. Devant les pressions publiques qui découlèrent de ce rapport, le gouvernement passa le « National Highway Traffic Safety Act » en 1966, tentant d'assurer des soins de qualité aux patients traumatisés en préhospitalier. Ceci engendra une évolution majeure du système préhospitalier aux États-Unis par la prise en charge des SPU par les différents paliers de gouvernement, la définition de normes de formation, l'amélioration des communications, la formation de milliers de « paramedics » et de techniciens ambulanciers ainsi que l'achat massif d'ambulances et d'équipement.

Parallèlement, vers la fin des années 1960, on a vu s'accroître dans la communauté médicale l'intérêt pour les soins aux patients victimes d'un événement coronarien. On a en effet réalisé qu'à peu près la moitié des patients décédés d'une maladie coronarienne l'étaient avant l'arrivée à l'hôpital. Les travaux du docteur J.E Pantridge, de Belfast, en Irlande du Nord, ont démontré que des soins préhospitaliers précoces prodigués aux patients victimes d'arythmie réduisaient la mortalité. Les docteurs L. Cobb de Seattle, M. Criley de Los Angeles, G. Nagel de Miami et D. Warren de Columbus ont encouragé le développement d'un système préhospitalier avancé, capable de prendre en charge les victimes d'un événement coronarien.

Par ailleurs, plusieurs organismes ont influencé le développement des SPU aux États-Unis. Plus particulièrement, l'*American College of Emergency Physicians (ACEP)*, fondée en 1968, a établi des normes qui ont modifié la pratique de la médecine d'urgence et optimisé les SPU.

Au Québec, depuis les années 1980, l'AMUQ a joué un rôle important dans l'organisation des SPU, particulièrement par l'instauration d'activités scientifiques, le maintien d'une expertise médicale reconnue et un rôle de consultation, tant à la table provinciale des coordonnateurs médicaux qu'auprès d'organismes gouvernementaux et paragouvernementaux.

Le développement récent des actes cliniques effectués en préhospitalier par les techniciens ambulanciers est directement relié à l'implication active de médecins, qui ont travaillé en collaboration avec le Collège des médecins du Québec, les Régies régionales et les compagnies ambulancières.

La situation actuelle

L'organisation des systèmes de SPU continue d'évoluer. La direction médicale est maintenant une composante essentielle, un élément-clé d'une définition moderne des systèmes préhospitaliers d'urgence.

Les événements récents de l'histoire québécoise du préhospitalier peuvent être résumés ainsi :

- 1972** Adoption de la Loi 27 sur la protection de la santé publique : la première loi qui traite des services préhospitaliers au Québec.
- 1975** Création du cours « Préposé d'ambulance » (durée 120 heures) dans quelques cégeps.
- 1981** La Loi 27 permet de contingerer le nombre de permis et le nombre d'ambulances, puis d'imposer une tarification obligatoire.
- 1986** Le rapport Drouin recommande la création de centrales régionales de répartition des appels.
- 1991** Introduction de la formation provinciale en réanimation cardio-respiratoire en soins préhospitaliers d'urgence (RCR-SPU).
- 1992** Publication du rapport « Chaque minute compte ».
- 1992** Début des programmes régionaux d'utilisation du défibrillateur semi-automatique.
- 1993** Premier cours collégial en techniques ambulancières (durée 810 heures).
Introduction du Combitube.
- 1998** Introduction de l'épinéphrine, le premier médicament disponible pour les techniciens ambulanciers en préhospitalier.
- 1999** Dépôt du rapport du vérificateur général du Québec.

Finalement, au Québec, en 1999, la responsabilité de la réorganisation des soins préhospitaliers a été confiée à un Comité national sous la présidence de monsieur André Dicaire.

Par ailleurs, le développement du préhospitalier demeure, pour l'AMUQ, une priorité et un élément intégral de sa charte.

L'AMUQ, en tant qu'entité indépendante, désire apporter sa contribution, entre autres pour aider à définir des normes de pratique modernes quant à la direction médicale en préhospitalier, cette dernière constituant en soi une sous-spécialité de la médecine d'urgence.

LES INTERVENANTS DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

1- Le préposé aux appels téléphoniques et aux appels urgents

Dans les dernières années, une attention spéciale a été portée au rôle du préposé aux appels téléphoniques et aux appels urgents (PATAU) dans le système des SPU. En particulier, on a pris conscience du fait que de déterminer la réponse optimale du système à une demande d'assistance représente une prise de décision médicale (par exemple, répartir les premiers répondants et les techniciens ambulanciers versus uniquement les techniciens ambulanciers ou définir la priorité avec laquelle les techniciens ambulanciers vont être mobilisés). Une formation médicale est nécessaire afin de permettre au PATAU de fournir des instructions pré-arrivée qui peuvent permettre de diminuer la mortalité ou la morbidité de la condition que présente le patient avant l'arrivée des intervenants sur la scène. La formation du PATAU en relation à ces fonctions médicales est sous la responsabilité du directeur médical. Cette formation inclut :

- l'utilisation de protocoles médicalisés servant à effectuer une répartition fondée sur la demande de la personne qui a placé l'appel;
- la définition du niveau de réponse urgente;
- le support à l'appelant ou au patient par des instructions pré-arrivée.

2- Le secouriste spécifique

Certains secouristes ont été formés pour poser des gestes médicaux précis et spécifiques (défibrillation, administration d'épinéphrine, etc.), sans que ceux-ci aient reçu une formation complète (ou portent le titre) de premiers répondants ou de techniciens ambulanciers. La réponse de ces secouristes spécifiques peut être déclenchée par la centrale de répartition des appels urgents ou ces secouristes peuvent s'auto-déclencher selon divers mécanismes (travailleurs en entreprise, etc.). Dans le premier cas, ils sont pleinement intégrés à la chaîne d'intervention préhospitalière, alors que dans l'autre, ils agiront souvent de façon circonstancielle. Dans tous les cas, les gestes posés demeurent des gestes **médicaux** qui nécessitent un **encadrement médical**. La formation de ces secouristes de même que le processus d'assurance-qualité auquel ils sont soumis doivent répondre aux mêmes normes que celles auxquelles les autres intervenants des SPU sont soumis. Ces secouristes spécifiques doivent répondre ultimement au directeur médical qui est responsable des gestes médicaux posés en préhospitalier sur son territoire.

3- Le premier répondant

Les premiers répondants, souvent des pompiers ou des intervenants de la sécurité publique, qui administrent initialement les soins aux patients en préhospitalier, sont aussi une partie essentielle du système des SPU. Un programme provincial de formation d'une durée de 45 heures permet à ces intervenants de dégager les voies respiratoires, d'effectuer la réanimation cardio-respiratoire, de contrôler les hémorragies, de réaliser des pansements de base, de poser des attelles et d'assister un accouchement normal. Des protocoles cliniques d'intervention pour premiers répondants ont aussi été définis au plan provincial et encadrent le travail de ces intervenants.

Les programmes de formation de premiers répondants doivent s'intégrer dans une démarche municipale ou d'entreprise et se préparer en collaboration avec les Régies régionales et le directeur médical, ceci afin d'assurer une intégration harmonieuse avec les autres intervenants.

Également, il y a un intérêt indéniable à former des premiers répondants afin qu'ils puissent utiliser un défibrillateur automatique et ainsi réduire les délais avant la défibrillation dans les cas d'arrêt cardiaque. Cette formation additionnelle de 12 heures est disponible actuellement au Québec et est un des éléments des programmes de défibrillation régionaux.

4- Le technicien ambulancier

Le programme de formation des techniciens ambulanciers du Québec procure une formation de base en urgences médicales. Elle inclut la prise des signes vitaux, l'évaluation du patient, la réanimation cardio-respiratoire (RCR-SPU), le contrôle des hémorragies, les accouchements, les attelles, les pansements, les immobilisations ainsi qu'une foule de protocoles cliniques définis au plan provincial. De plus, la mise en place de programmes médicaux spécialisés (dont la défibrillation semi-automatique et l'intubation par Combitube) au début des années 1990, a entraîné des développements majeurs à l'intérieur de nos services préhospitaliers. Ces programmes, introduits sous la forme de projets-pilotes, sont rapidement devenus la norme et ont été intégrés au programme de formation de base du technicien ambulancier. Ils ont également amené l'intégration de médecins et d'une direction médicale en préhospitalier dans les régies régionales ainsi qu'augmenté les besoins en matière de supervision médicale et d'assurance-qualité. Ces avancées ont été réalisées avec l'assentiment et de concert avec le Collège des médecins du Québec.

LA DIRECTION MÉDICALE

1- Définition

La direction médicale en préhospitalier se définit comme l'implication de médecins d'urgence quant à la planification, au développement, à l'opération et au processus d'assurance-qualité de systèmes préhospitaliers d'urgence.

Le déplacement d'un médecin sur la scène d'un événement majeur ou d'une catastrophe représente également un rôle que le médecin d'urgence peut jouer en préhospitalier. Cependant, ce rôle doit s'intégrer dans un plan régional des mesures d'urgence et doit être vu comme une mesure d'exception.

Le rôle des médecins d'urgence en préhospitalier devrait se limiter à ces activités, tant que des projets de recherche ne montreront pas de façon claire et explicite les bénéfices, la pertinence et l'efficacité d'accroître le spectre d'activités des médecins en préhospitalier.

2- Principes généraux

La participation active et l'implication des médecins est nécessaire dans tous les aspects touchant à l'organisation et à l'administration de soins de base (incluant les secouristes spécifiques et les premiers répondants) et soins avancés. En outre, tout système préhospitalier qui offre des soins de réanimation (de quelque niveau qu'ils soient) doit avoir un directeur médical (soit au plan local, régional ou provincial [ou une combinaison de directions médicales]) qui a la responsabilité fondamentale d'assurer la qualité des soins aux patients. Les responsabilités supplémentaires du directeur médical incluent la participation au développement, à l'opération, à l'évaluation et à la révision continue du système, y compris les domaines de l'accès aux services, de la répartition, des soins préhospitaliers et du transport du patient au département d'urgence.

Si l'on désire que la direction médicale soit efficace et qu'elle remplisse son rôle, le directeur médical doit avoir une autorité de nature formelle quant aux soins offerts aux patients. Le rôle du directeur médical, par conséquent, doit être bien défini, et cela en conformité avec et dans le respect des autres composantes des SPU. Ce rôle doit inclure la responsabilité de développer les politiques et procédures médicales nécessaires à l'opération des SPU et le pouvoir de limiter les activités des intervenants des SPU qui deviennent des normes cliniques établies ou qui ne rencontrent pas le niveau de formation requis.

Les rôles et responsabilités de la direction médicale sont scindés en composantes « on-line » et « off-line » (directe ou indirecte). La direction médicale « on-line » implique la

communication directe entre le médecin et les intervenants sur la scène par radio ou par téléphone ou la communication directe avec un médecin sur la scène de l'intervention. La direction médicale « off-line » est séparée en composantes rétrospectives et prospectives. La direction médicale prospective implique la mise en place d'un système préhospitalier « prêt à répondre ». Cela inclut la formation initiale et continue des intervenants, l'identification de nouveaux équipements potentiellement appropriés pour une utilisation sur le terrain, la formation d'intervenants avec des compétences variées et le développement de procédures et protocoles. La direction médicale rétrospective se définit comme la révision *a posteriori* des soins dispensés aux patients des SPU. Des exemples de direction médicale rétrospective incluent les activités d'amélioration de la qualité de l'acte et les révisions de cas. Généralement, un seul médecin assume la responsabilité globale pour toutes les activités qui touchent les soins aux patients dans un système préhospitalier.

3- La direction médicale « Off-Line »

La direction médicale « off-line » concerne tous les aspects cliniques d'un SPU, quoique certaines fonctions spécifiques peuvent être dictées par des besoins locaux. Par définition, les intervenants d'un SPU opèrent la plupart du temps sous une direction médicale « off-line » (en se conformant aux protocoles établis), en dehors de tout autre rapport employé/employeur. En soi, le directeur médical détermine si les intervenants peuvent administrer des soins aux patients — et quels sont ces soins — dans un système préhospitalier donné.

4- La direction médicale « On-Line »

La direction médicale « on-line » se définit comme la communication directe entre les intervenants du SPU et un médecin de l'hôpital de base ou lorsqu'un médecin supervise un intervenant sur la scène. Lorsque les autorités médicales sont multiples et se confrontent lors d'une intervention en préhospitalier, l'autorité et la responsabilité ultimes reviennent au directeur médical.

La direction médicale « on-line » ne doit pas être teintée par les préférences personnelles du médecin qui assure cette fonction. Elle doit idéalement se fonder sur des protocoles médicaux développés par le directeur médical du système afin de gérer les problèmes spécifiques qui peuvent se présenter. Le médecin « on-line » assume la responsabilité et prescrit le déroulement de l'intervention pour chaque patient sur une base individuelle. Les médecins « on-line » doivent posséder une bonne expérience en médecine d'urgence et en soins préhospitaliers, une formation adéquate quant aux protocoles en vigueur en préhospitalier, une bonne

connaissance des compétences et du potentiel du personnel des SPU et une connaissance des ressources de la région en rapport avec les soins urgents et les soins intensifs. Les avantages d'une direction médicale « on-line » sont :

- le médecin « on-line » prend en charge la responsabilité des soins au patient;
- l'intervenant des SPU est supervisé de près et peut bénéficier d'une « formation médicale continue » par une rétroaction immédiate;
- les renseignements concernant la condition des patients, leur traitement et leur évolution sont transmis de façon plus uniforme;
- il est possible de déroger des ordres permanents et des protocoles en vigueur, en autant que ces dérogations cadrent avec les activités normales autorisées dans un système préhospitalier donné.

Parfois, la communication avec les intervenants sur la scène, ainsi que l'application appropriée des protocoles peut être déléguée à un intermédiaire adéquatement formé (tel un infirmier). Dans toutes les circonstances cependant, la responsabilité ultime repose sur le médecin qui assure la direction médicale « on-line ». Le directeur médical « off-line » devrait développer et réviser les protocoles, superviser la formation initiale et la formation continue du personnel « on-line »; de plus, il devrait réviser des bandes enregistrées et des dossiers pour s'assurer qu'ils sont conformes aux protocoles en place.

Bien qu'il puisse être adéquat qu'un seul médecin s'assure de la compétence de tout le personnel des SPU, il est irréaliste pour un médecin de remplir les rôles de directeur médical « on-line » et « off-line » 24 heures par jour. La formation d'une équipe avec des médecins recrutés spécifiquement pour assurer la direction médicale « on-line » et avec d'autres intervenants bien encadrés pour s'occuper de la composante « off-line » peut être une solution appropriée.

5- L'Hôpital de base

La manière dont la direction médicale « on-line » est assurée par le personnel des SPU varie d'un système à un autre. Il y a trois modèles :

- a- les différents hôpitaux d'une région peuvent assurer une direction médicale « on-line » (hôpitaux de base multiples), en traitant les appels qui se dirigent spécifiquement vers leur centre;
- b- un hôpital de base (hôpital ressource) peut desservir plusieurs hôpitaux du système;
- c- les nouvelles technologies, comme la téléphonie cellulaire, permettent une direction médicale « on-line » mobile à l'extérieur d'un centre hospitalier.

Le personnel de l'hôpital de base, les fournitures et le matériel pour la direction médicale « on-line » devraient être situés à l'intérieur du département d'urgence. Les médecins participants devraient s'assurer que le système fonctionne correctement en suivant les recommandations suivantes :

- répondre rapidement à toutes les demandes qui émanent du personnel des SPU en affichant une attitude responsable et coopérative, tout en suivant les protocoles établis;
- coopérer avec le bureau des SPU régionaux pour la collecte et l'analyse des données nécessaire à l'évaluation du système;
- respecter la confidentialité du patient;
- au besoin, donner des directives de transport et assigner un hôpital de destination en se fondant sur une analyse objective des besoins du patient, des ressources de l'établissement et de la proximité de celui-ci. Spécifiquement, les avantages que pourrait en retirer un hôpital donné ne doivent jouer aucun rôle dans cette décision;
- quand l'hôpital de base agit comme intermédiaire pour un autre hôpital, les renseignements concernant le patient doivent être transmis à l'hôpital receveur d'une manière exacte et respectueuse;
- les médecins de l'hôpital de base doivent organiser régulièrement des rencontres visant l'amélioration de la qualité de l'acte par des études de cas. Ces rencontres doivent impliquer les médecins « on-line » de l'équipe et le personnel des SPU, de même que les autres intervenants pertinents (spécialistes, etc.).

6- Les obligations du Système Préhospitalier

Les SPU ont l'obligation de fournir l'autorité et les ressources nécessaires au directeur médical afin qu'il puisse assurer une direction médicale « off-line » et « on-line » de qualité. Des accords contractuels doivent définir les rôles et responsabilités de chacune des parties. Des problèmes spécifiques doivent être considérés dont : comment ou quand un directeur médical peut-il démissionner ou être congédié, qui fournit l'assurance-responsabilité au directeur médical, est-ce que le directeur médical a l'autorité de suspendre les activités d'un intervenant des SPU?

Les SPU doivent fournir au directeur médical :

- le matériel nécessaire et du personnel ressource adéquat;
- une assurance-responsabilité couvrant ses devoirs et fonctions;
- un contrat qui décrit l'autorité du directeur médical, ses responsabilités et ses obligations envers le système des SPU.

LE DIRECTEUR MÉDICAL DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

I- Les qualifications

Les systèmes préhospitaliers doivent bien définir les qualifications requises pour remplir le rôle de directeur médical. Bien que les qualifications spécifiques puissent varier d'un système à un autre, les SPU devraient être dirigés par des médecins qui démontrent un degré de connaissance approprié et l'expérience nécessaire.

Éléments essentiels :

- posséder un permis pour pratiquer la médecine;
- posséder une certification en médecine d'urgence :FRCP, CSPQ, ABEM, CCMF(MU), ou autre;
- avoir une connaissance de la structure et des opérations du système des SPU;
- avoir de l'expérience ou une formation académique reconnue en soins d'urgence préhospitaliers incluant des situations où les patients présentent des conditions critiques;
- avoir une pratique active en médecine d'urgence avec des patients présentant des conditions critiques;
- avoir une connaissance de toutes les composantes des SPU et des règlements et lois s'y rapportant;
- avoir une connaissance des plans des mesures d'urgence locaux, régionaux et provinciaux.

Éléments souhaités :

- avoir complété un fellow en soins préhospitaliers;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à la direction médicale en préhospitalier;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à la formation du personnel préhospitalier, à l'enseignement;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à la direction médicale directe et indirecte;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait aux processus d'amélioration de la qualité de l'acte dans les SPU;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à la répartition et aux communications dans les SPU;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait aux relations de travail et à la gestion;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à la recherche en préhospitalier;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait à l'éducation en santé publique, la prévention des blessures et la promotion de la santé;
- avoir de l'expérience ou une formation ayant trait au matériel utilisé en préhospitalier pour les soins aux patients, au spectre d'activités des intervenants et aux systèmes de communication;
- avoir suivi le cours de directeur médical de la NAEMSP ou l'équivalent.

RESPONSABILITÉS DU DIRECTEUR MÉDICAL

- Être le défenseur des droits des patients qui ont recours aux SPU.
- Définir des normes de soins et s'assurer d'une application conforme, y compris des normes de communication, d'opération et de répartition et des protocoles médicaux.
- Développer et mettre en application des protocoles et des ordres permanents en fonction desquels les intervenants des SPU peuvent opérer.
- Développer et mettre en application des protocoles permettant d'assurer une direction médicale « on-line » au personnel des SPU.
- S'assurer que le personnel des SPU qui prodigue des soins aux patients et qui assure la répartition rencontre les exigences minimales de formation.
- S'assurer que le personnel des SPU qui administre des soins aux patients et qui assure la répartition maintienne ses compétences grâce à la formation continue, à des examens réguliers et à l'obtention de crédits.
- Développer et mettre en application un programme efficace d'amélioration continue de la qualité autant pour le système que pour les soins aux patients.
- Promouvoir la recherche au niveau des SPU.
- Maintenir des liens avec la communauté médicale incluant : hôpitaux, départements d'urgence, médecins, intervenants des SPU et infirmiers.
- Faire le lien avec les instances décisionnelles des SPU locales, régionales et provinciales afin de s'assurer que les normes, exigences et besoins sont satisfaits et que l'utilisation des ressources est optimale.
- S'assurer de la coordination d'activités telles que la mise en œuvre d'un plan des mesures d'urgence et la gestion des matières dangereuses.
- Promouvoir l'éducation du public et fournir des renseignements sur la prévention des urgences de concert avec la santé publique.
- Démontrer un leadership dans le développement et l'intégration de ressources informationnelles.
- Maintenir un niveau de connaissance approprié pour un directeur médical grâce à l'éducation continue.

2- Les responsabilités

Actuellement, l'autorité spécifique du directeur médical des SPU relève des régies régionales. En conséquence, les responsabilités du directeur médical sont teintées des différences régionales quant aux SPU. Le directeur médical doit évaluer le système des SPU où il évolue et identifier les responsabilités qui en découlent. Les responsabilités du directeur médical devraient inclure :

a- Être le défenseur des droits des patients qui ont recours aux SPU.

Le premier engagement du directeur médical doit être de défendre les patients pris en charge par le système préhospitalier, d'être leur avocat; sa priorité devrait être de faire en sorte que des soins de qualité soient offerts à ces patients. L'usager devrait être le point central de la définition globale du système des SPU. Le directeur médical doit s'assurer que des éléments externes tels que des intérêts

politiques, financiers ou syndicaux ne compromettent pas les soins au patient. Le directeur médical doit s'assurer également que les soins médicaux soient fournis d'une manière efficiente (en ce qui concerne les coûts-bénéfices) et sécuritaire. Toute nouvelle intervention introduite de façon permanente en préhospitalier ne doit l'être que si elle est démontrée bénéfique quant aux soins aux patients, et cela par une démarche fondée sur l'évidence (l'exception étant l'intervention étudiée dans le cadre d'un projet de recherche).

b- Définir des normes de soins et s'assurer d'une application conforme.

Ceci inclut :

- les normes de communication,
- les normes d'opération,
- les normes de répartition,
- les protocoles médicaux.

Les normes de soins touchent donc une gamme élargie d'intervenants. L'encadrement médical doit s'étendre aux centrales 911, aux centrales d'appels urgents et à tous les intervenants en préhospitalier.

Particulièrement pour les PATAU, le directeur médical sera responsable de la formation, du développement et du monitoring des protocoles de réponse, d'opération et de répartition. Le directeur médical participera à l'évaluation du système de répartition ainsi qu'à l'évaluation des soins pré-arrivée prodigués par les PATAU.

c- Développer et mettre en application des protocoles et des ordres permanents en fonction desquels les intervenants des SPU peuvent opérer.

Les protocoles sont la responsabilité de la direction médicale « off-line ». Ils visent à assurer une approche standardisée aux problèmes courants rencontrés en préhospitalier. Ils définissent les normes de soins qui permettent d'assurer une constance dans les services en préhospitalier. Les protocoles médicaux établissent les fondements quant à la formation du personnel, l'évaluation du système et les activités d'amélioration de la qualité. Lorsqu'une intervention donnée se fonde sur de tels protocoles, le médecin « on-line » peut aider le personnel du préhospitalier à évaluer le patient et à analyser sa présentation clinique ainsi qu'à appliquer le protocole de traitement approprié. La procédure devrait périodiquement être révisée afin de permettre les ajustements nécessaires au regard de l'évolution des standards de la pratique médicale, des nouvelles avenues thérapeutiques et des données issues de la révision des dossiers.

En préhospitalier, la panoplie de gestes et d'interventions que l'on peut poser afin de répondre à la myriade de situations cliniques que l'on peut rencontrer est restreinte. Bien que les techniciens ambulanciers puissent être à l'aise avec plusieurs techniques, il y a des limites à ce qu'ils peuvent accomplir sur la scène. Les interventions des autres intervenants sont encore plus limitées. L'objectif des SPU est de répondre à la demande de services adéquatement et de façon standardisée. Parce que les différentes pathologies rencontrées en préhospitalier peuvent être regroupées en grandes catégories, des protocoles et des ordres permanents peuvent être définis afin de favoriser l'atteinte de cet objectif d'efficacité. Il y a quatre avantages majeurs à utiliser des protocoles :

- le personnel des SPU peut répondre à un problème médical donné d'une manière standardisée, basée sur les procédures spécifiées dans le protocole, sans se soucier des circonstances spécifiques;

- le système préhospitalier possède ainsi une base normative en fonction de laquelle les soins peuvent être révisés et améliorés;
- les protocoles définissent un traitement médical standard pour chaque problème médical donné et permettent de documenter les dérogations qui sont nécessaires lorsque les intervenants sont confrontés à des problèmes médicaux rares ou à des complications;
- en définissant la gamme complète de soins offerts par les intervenants du système des SPU, les protocoles deviennent des balises importantes quant à la formation initiale et peuvent permettre de raffiner le processus de formation continue.

Un SPU peut définir plusieurs types de protocoles. **Les protocoles de traitement** définissent les traitements spécifiques qui seront administrés par le technicien ambulancier, le premier répondant ou le secouriste spécifique en fonction des signes et symptômes que présente le patient. Les protocoles de traitement devraient être développés en consultation avec les médecins spécialistes appropriés.

Les protocoles techniques définissent les techniques nécessaires pour exécuter certaines interventions (par exemple, l'utilisation du matelas immobilisateur).

Les corridors de service définissent les établissements de destination pour les patients pris en charge par le système préhospitalier. De tels corridors spécifient quels patients seront amenés à tel ou tel centre hospitalier en fonction de problèmes spécifiques, des symptômes ou de la présentation clinique de chaque patient. L'emplacement géographique et les ressources médicales des établissements doivent être pris en considération lorsque l'on définit les corridors de service ou d'autres politiques et procédures, dont les politiques de transport.

Les politiques de transport définissent un mode particulier de transport en fonction de l'urgence de la condition présentée par le patient. Les évacuations aériennes, si disponibles, doivent être abordées dans ces politiques.

Les procédures de communication décrivent la façon appropriée de communiquer avec la direction médicale « on-line » et d'identifier l'hôpital de base pour chaque unité de réponse du système. Des protocoles déterminant les interactions avec les autres intervenants peuvent être définis. Un moyen de communication de relève devrait aussi être déterminé au cas où le matériel de communication régulier deviendrait inutilisable.

Finalement, **les politiques spéciales** définissent la réponse à une des nombreuses situations de nature médico-légale en préhospitalier. Quelques exemples sont le refus de soins, les ordonnances de non-initiation des manœuvres de réanimation, le malade incompetent, le médecin désirant intervenir sur la scène et la déclaration de décès.

Les ordres permanents se définissent comme un sous-ensemble des protocoles de traitement qui dictent les actions et interventions pouvant être entreprises par les intervenants en préhospitalier avant qu'ils ne contactent la direction médicale « on-line » (ou en l'absence d'une telle direction).

Le processus de création d'un protocole peut inclure les étapes suivantes :

1. Relever les raisons de consultation les plus fréquentes. Une révision de dossiers sur une base aléatoire à chaque mois de la dernière année devrait permettre de recueillir plusieurs informations utiles à cet égard. Tous les mois sont importants parce qu'il peut y avoir des variations saisonnières considérables dans la présentation de maladies ou de traumatismes spécifiques.
2. Inclure toutes les pathologies potentiellement mortelles pour lesquelles il existe un traitement efficace sur la scène, mais qui ne sont pas rencontrées fréquemment (par exemple, l'anaphylaxie).
3. Construire deux grandes catégories de raisons de consultation – les cas pédiatriques et les cas adultes. Il y aura certainement un chevauchement des deux listes, mais les interventions sont suffisamment différentes pour justifier cette dichotomie.
4. Fondre les raisons de consultation similaires en catégories (par exemple, les problèmes cardio-pulmonaires, les problèmes respiratoires, les problèmes traumatologiques, les problèmes d'intoxication, etc.).
5. Attribuer à une catégorie à part (qui peut s'appeler « autres ») les problèmes qui se classent mal dans les catégories régulières (par exemple, l'hypothermie).
6. Dans chaque catégorie donnée, pour l'ensemble des raisons de consultation de cette catégorie, il y aura des paramètres identiques tels l'ABC, les signes vitaux, l'histoire de la maladie actuelle, les antécédents médicaux, la prise de médicaments et les allergies.
7. Pour chacune des raisons de consultation dans une catégorie donnée, des paramètres ou interventions supplémentaires peuvent être intégrés afin de réduire de façon additionnelle la mortalité ou la morbidité.
8. On peut par la suite ajouter des interventions/traitements spécifiques pour les cas particuliers afin de créer un protocole plus complet.

Dans une région donnée et pour un système donné, le niveau de formation du personnel préhospitalier, la performance du système dans son ensemble, les ressources des établissements receveurs et l'opinion des médecins de la région doivent être pris en considération avant d'importer des protocoles qui ont été créés ailleurs.

Les protocoles sont la responsabilité du directeur médical qui souvent délèguera leur développement à un « comité » pouvant regrouper des médecins d'urgence (et d'autres médecins au besoin) et divers intervenants en préhospitalier. Tous les intervenants des SPU, le directeur médical et tous les médecins « on-line » doivent être informés des protocoles adoptés et doivent consentir à opérer dans les limites définies par les protocoles en question. Le personnel du système des SPU est ensuite formé quant à l'utilisation des protocoles puis devient responsable de la conformité ou non à ces protocoles lors de la révision des dossiers et du processus d'assurance-qualité. Les dérogations à un protocole doivent être documentées clairement et doivent être justifiées. Les contradictions constatées à l'intérieur d'un protocole donné, les dissensions ou protestations répétées au regard d'un protocole donné ou les dérogations répétées à un protocole devraient être amenées au comité pour révision. En outre, le comité devrait examiner annuellement tous les protocoles afin de s'assurer qu'ils demeurent conformes aux développements de la science médicale.

d- Développer et mettre en application des protocoles permettant d'assurer une direction médicale « on-line ».

Le directeur médical « off-line » assume la responsabilité ultime de tous les aspects médicaux du système des SPU y compris la mise en place d'une direction médicale « on-line ». Pour s'assurer que les soins médicaux sont conformes aux standards médicaux en vigueur, le directeur médical devra établir des protocoles pour encadrer la direction médicale « on-line ». Cela permettra de définir les limites des soins pouvant être administrés par le système préhospitalier et d'assurer une constance à travers l'ensemble du système. Chaque médecin qui assure la direction médicale « on-line » doit être familier avec les protocoles médicaux en vigueur dans le système préhospitalier, avec les capacités et les limites des intervenants du système, avec le fonctionnement du matériel de communication et avec la conduite à tenir dans les situations médico-légales et éthiques complexes qui peuvent survenir (ordonnances de non-initiation de la réanimation, refus de soins, etc.). Le directeur médical du système est responsable de

L'AUTORITÉ

Le directeur médical doit être l'instance décisionnelle quant à tous les aspects touchant aux soins des patients pris en charge par le système préhospitalier. De façon non exhaustive, ceci implique qu'il :

- Cautionne ou recommande la certification, la recertification ou la démotion du personnel non médical qui prodigue des soins dans le système préhospitalier. Le directeur médical doit siéger au comité de programme des fonctions de technicien ambulancier, de premier répondant et de PATAU de la (ou des) maison(s) d'enseignement responsable(s) des certifications.
- Établit, implante, révisé et autorise les protocoles, politiques et procédures qui couvrent l'ensemble des activités concernant les soins aux patients (de la répartition au triage, incluant le traitement et le transport).
- Établit les critères du niveau de réponse initiale du système préhospitalier en fonction de l'urgence de la situation rencontrée (par exemple, premiers répondants, techniciens ambulanciers, superviseur, etc.).
- Établit des critères pour définir les corridors de services et déterminer l'établissement de destination du patient, en conformité avec les recommandations du groupe-conseil en traumatologie et des lignes directrices du Collège des médecins du Québec.
- S'assure de la compétence du personnel qui assure la direction médicale « on-line ».
- Établit les procédures ou protocoles en fonction desquels on peut refuser de transporter un patient.
- Exige une formation adéquate des intervenants du système préhospitalier et vérifie régulièrement la qualité de cette formation, incluant :
 - Les premiers répondants;
 - Les techniciens ambulanciers;
 - Les infirmiers impliqués dans les soins préhospitaliers;
 - Les PATAU;
 - Les « paramedics » (si un tel programme est développé éventuellement);
 - Les formateurs;
 - Les médecins « on-line »;
 - Les médecins « off-line ».
- Implante et supervise un programme efficace d'amélioration de la qualité. Le directeur médical aura accès à tous les dossiers et registres pertinents afin d'accomplir cette tâche.
- Peut retirer de ses fonctions un intervenant des SPU qui prodigue des soins aux patients en raison d'une erreur grossière, et cela en utilisant une méthode prédéterminée qui prévoit un mécanisme d'appel.
- Applique ou approuve les critères d'embauche du personnel des SPU impliqué dans les soins aux patients.
- Définit ou approuve les normes quant à l'équipement qui sert à prodiguer les soins aux patients.
- Est représenté dans les programmes de formation en médecine, avec comme objectif de mieux former les médecins de demain en préhospitalier.
- Est représenté dans les programmes de formation en médecine d'urgence, avec comme objectif de former les médecins d'urgence en préhospitalier et développer chez eux un intérêt pour les SPU.

s'assurer que les médecins « on-line » sont compétents; il doit régulièrement réviser le fonctionnement de son service de direction médicale « on-line » afin de s'assurer de sa conformité avec les standards du système. Finalement, c'est la responsabilité du directeur médical « off-line » de définir les critères et les standards auxquels doivent répondre les établissements qui assurent le service d'hôpital de base.

À l'hôpital de base, tout le personnel doit être accrédité par le directeur médical, conformément à des critères sur lesquels les intervenants se seront entendus préalablement. Au minimum, le personnel de l'hôpital de base devra :

- connaître les politiques et procédures en vigueur dans le SPU;

- avoir complété une période de formation clinique en préhospitalier;
- maintenir ses compétences en préhospitalier;
- compléter une formation spécifique;
- se soumettre à une révision de performance au moins annuelle par le directeur médical.

Le directeur médical a la **responsabilité** au regard de l'hôpital de base de :

- réviser tout changement de procédure ou de protocole;
- investiguer toute diminution de performance;
- réviser annuellement la performance de l'hôpital de base selon des critères objectifs en utilisant un audit

- externe (si possible) et faire rapport au personnel de l'hôpital de base;
- conseiller au besoin le personnel;
- résoudre au besoin les conflits entre le personnel en préhospitalier et le personnel de l'hôpital de base.

e- S'assurer que le personnel des SPU qui administre des soins aux patients et qui assure la répartition rencontre les exigences minimales de formation.

Parce que le personnel du préhospitalier qui administre les soins aux patients agit sous la supervision du directeur médical « off-line », des objectifs pédagogiques spécifiques doivent être établis et la rencontre de ces objectifs doit être exigée des intervenants. Cela est nécessaire afin d'assurer les meilleurs soins possibles aux patients qui s'adressent aux SPU et de minimiser l'imputabilité médico-légale du directeur médical « off-line » et des intervenants des SPU. Des exigences minimales doivent être établies pour chaque niveau d'intervenants.

Chaque intervenant qui entre dans le système a un niveau de formation et d'expérience antérieure différent. Par conséquent, l'obtention d'une certification d'une autre région n'autorise pas automatiquement un individu à fonctionner comme intervenant des SPU dans un autre système. Le directeur médical doit évaluer la compétence des candidats. Une telle évaluation pourrait prendre la forme d'un examen écrit ou pratique ou d'un stage avec un responsable désigné et/ou un directeur médical « off-line ».

Il est important que le directeur médical travaille de pair avec des institutions d'enseignement reconnues et avec les conseillers médicaux de ces institutions responsables des programmes pédagogiques en préhospitalier. C'est son droit et son devoir de s'assurer de la qualité de l'enseignement et de la conformité de cet enseignement avec les données médicales récentes. Il faut s'assurer que tous les intervenants des SPU sont formés adéquatement, particulièrement lors de leur formation initiale, et cela autant dans les volets théoriques que cliniques. Ces programmes de formation peuvent aussi servir d'inspiration pour les programmes de formation continue qui abordent les besoins du système dans sa globalité.

De façon supplémentaire, chaque institution d'enseignement qui forme des intervenants en préhospitalier doit retenir les services d'un directeur médical qui devra :

- valider le contenu médical de la formation;
- reconnaître la qualité et la validité du contenu médical enseigné par les formateurs;
- réviser de façon périodique la performance et les progrès des étudiants;

- avoir un rôle significatif dans le recrutement des formateurs et le développement du curriculum;

À cet égard, les **responsabilités** du directeur médical seront :

- d'être le défenseur du patient en demandant un haut niveau de formation pour les étudiants;
- de s'assurer de la qualification initiale minimale des étudiants;
- de s'assurer de la qualification des formateurs qui livrent un contenu médical;
- de réviser les pratiques qui sont enseignées concernant les soins cliniques aux patients et de s'assurer de leur conformité avec la science médicale;
- de réviser et d'approuver le contenu médical enseigné, les méthodes d'évaluation et de supervision des formateurs;
- de promouvoir la recherche;
- d'enseigner de façon périodique;
- de maintenir un lien avec les directeurs médicaux régionaux;
- de consulter périodiquement les diplômés et leurs employeurs afin d'alimenter le programme d'amélioration continue de la qualité.

Le directeur médical aura l'**autorité** de :

- reconnaître la compétence des formateurs;
- valider le contenu médical de la formation et s'assurer qu'il rencontre ou dépasse les exigences du curriculum national de formation (s'il y a lieu);
- s'assurer de la validité des stages cliniques;
- s'assurer que l'enseignement est conforme à la pratique médicale;
- attester que les étudiants ont atteint le niveau de formation requis avant l'obtention de leur diplôme;
- retirer, si nécessaire, un étudiant du programme, tout en respectant un processus d'appel prédéterminé.

f- S'assurer que le personnel des SPU qui administre des soins aux patients et qui assure la répartition maintienne ses compétences grâce à la formation continue, à des examens réguliers et l'obtention de crédits.

La responsabilité du directeur médical quant à la formation du personnel ne se termine pas avec la formation initiale que l'intervenant reçoit. Les connaissances et les compétences des intervenants doivent aussi être réévaluées périodiquement. Les programmes de formation continue devraient permettre de réviser tous les aspects du programme de formation initial sur une base cyclique. Ces programmes devraient se fonder sur différentes modalités pédagogiques, y compris des conférences, des discussions

et des présentations de cas aussi bien que des situations pratiques qui permettent au technicien ambulancier d'être évalué en action. Le curriculum du programme de formation continue devrait être souple et permettre d'incorporer des sujets problématiques identifiés lors de la révision de dossiers. On devrait utiliser le programme de formation continue pour introduire de la formation sur du nouveau matériel ou permettre au personnel d'acquérir de nouvelles compétences.

Le directeur médical doit avoir l'autorité de retirer à l'intervenant les fonctions qui touchent les soins médicaux. Ceci est justifié lorsque, par exemple, il y a non-respect des politiques ou procédures établies ou lorsqu'il y a impossibilité de se conformer aux exigences de la formation continue. Cette autorité ne signifie pas que le directeur médical a le pouvoir de congédier un intervenant des SPU. Pour assurer un tel processus, une politique disciplinaire écrite et claire doit être établie et validée par le conseiller juridique des SPU. Il est généralement préférable que la politique disciplinaire prévoie des sanctions progressives, par paliers, exception faite des cas les plus graves. La relation entre la capacité d'un intervenant à fournir des soins médicaux (déterminée par le directeur médical et les politiques disciplinaires) et le statut de l'employé (déterminé par l'employeur) doit être définie avec soin.

g- Développer et mettre en application un programme efficace d'amélioration continue de la qualité autant pour le système que pour les soins aux patients, incluant un processus de révision de dossiers.

Avec un personnel qualifié et des protocoles bien définis, un programme d'assurance-qualité permettra d'assurer un niveau de soins optimal aux patients. L'analyse de la qualité doit être quotidienne. Le directeur médical doit établir des normes quantifiables qui reflètent les objectifs et attentes de son SPU et de la communauté spécifique qu'il dessert. Une des fonctions premières du programme sera de s'assurer de la conformité aux protocoles. Le programme devra alimenter les programmes de formation afin de permettre tout changement jugé approprié. La participation de patients ou d'intervenants externes peut être bénéfique au processus. La performance du programme reposera, entre autres, sur une rétroaction appropriée, autant positive que négative. Le programme d'assurance-qualité devra également prendre en considération le « outcome » des patients.

De façon plus spécifique, le processus de révision permettra d'identifier des lacunes dans le programme de formation, des inconsistances dans les protocoles et des erreurs quant

aux soins cliniques. L'analyse de la qualité doit reposer sur des ressources informationnelles adéquates; la base de données devra inclure des données sur les soins préhospitaliers, des données sommaires sur le séjour au département d'urgence et à l'hôpital ainsi que les conclusions de l'autopsie lorsque approprié. La coopération entre tous les intervenants (médecins, infirmiers, DSP, etc.) est vitale et aidera à établir la base de données.

Le directeur médical ou une personne désignée devrait effectuer une révision de dossiers, globalement ou par échantillonnage. Au minimum, tous les dossiers suivants devraient être révisés :

- les arrêts cardio-respiratoires;
- les cas d'administration de médicaments;
- les traumatisés;
- les décès dont les cas d'ordonnance de non-réanimation.

Les autres dossiers peuvent être revus de façon aléatoire.

Les dossiers doivent être évalués particulièrement en fonction des éléments suivants :

- Est-ce que la tenue de dossiers et l'évaluation préhospitalière étaient adéquates?
- Est-ce que le traitement était approprié et est-ce qu'il a été administré dans des délais acceptables?
- Y avait-il conformité au protocole?
- Est-ce qu'il se dessine des tendances quant aux erreurs, à la morbidité et à la mortalité?
- Y a-t-il nécessité de revoir les protocoles?

Quand l'examen des dossiers révèle des soins adéquats ou inadéquats, le directeur médical devrait présenter rapidement des félicitations ou proposer les actions correctrices appropriées.

Des données globales sur la mortalité et la morbidité et des données sur les performances individuelles ou la performance du système peuvent être recueillies. Entre autres :

- la sévérité de la condition du patient doit être connue. On doit convenir d'une échelle de mesure de la gravité et l'inclure dans les programmes de formation des SPU, ainsi que la réviser périodiquement pour s'assurer de sa validité;
- on devrait noter les interventions et les traitements appropriés prodigués sur la scène et lors du transport afin d'évaluer par la suite leur impact sur le pronostic des patients;
- au département d'urgence, la gravité du cas (d'après une échelle spécifique) et le traitement nécessaire devraient être notés de façon détaillée;

- il faut connaître les données concernant le diagnostic et le devenir du patient à l'urgence, ainsi que son orientation (hospitalisation, unité de soins intensifs, chirurgie ou morgue). La durée de séjour à l'hôpital, le coût du séjour, l'état au congé et le diagnostic à l'autopsie (lorsque approprié) devraient aussi être connus.

h- Promouvoir la recherche au niveau des SPU.

Pour s'assurer que les soins préhospitaliers sont administrés d'une manière efficace, rapide et optimale en matière de coûts-bénéfices, le directeur médical du système doit être bien informé quant aux techniques, technologies et interventions courantes qui touchent les SPU. Dans les dernières années, plusieurs médicaments et équipements ont été introduits dans le système préhospitalier sans que l'on ait démontré le bien-fondé de ces interventions de façon scientifique par la recherche. Les directeurs médicaux des SPU devraient encourager activement la recherche dans leur système et favoriser la participation des intervenants des SPU.

i- Maintenir des liens avec la communauté médicale incluant (mais sans se limiter) : hôpitaux, départements d'urgence, médecins, intervenants des SPU et infirmiers.

Le directeur médical devrait mener un rôle actif dans le développement et le maintien de liens entre le système des SPU et la communauté médicale dans son ensemble. Ceci est particulièrement important dans les systèmes où les interactions entre les intervenants hospitaliers et extra-hospitaliers se limitent aux situations où des soins sont administrés aux patients. Le maintien de relations cordiales entre tous les intervenants du système est vital. La circulation d'information doit être fluide, tout en respectant la confidentialité des patients et des intervenants. Le directeur médical peut jouer un rôle central en encourageant la participation des autres intervenants à des réunions des SPU, à des activités pédagogiques, etc. Également, le directeur médical, qui assure les liens avec la communauté médicale, devrait être la personne avec qui prendre contact quand des interrogations surgissent au regard des soins aux patients ou du fonctionnement du système; il a un rôle important d'éducateur à jouer, autant envers la communauté médicale qu'envers la communauté au sens large.

j- Faire le lien avec les instances décisionnelles des SPU locales, régionales et provinciales afin de s'assurer que les normes, exigences et besoins soient satisfaits et que l'utilisation des ressources soit optimale.

Il est important que le directeur médical connaisse les impératifs législatifs et organisationnels ainsi que les normes auxquels le service, les intervenants et le directeur médical doivent répondre. Le directeur médical doit être impliqué dans la définition, l'implantation, la mise en application et le monitoring local, régional et provincial de ces normes.

De plus, le directeur médical doit faire le lien avec l'ensemble des intervenants qui touchent les SPU au sens élargi. Il doit développer des liens avec les forces policières, les intervenants de la santé publique, les municipalités, les maisons d'enseignement, etc., afin de faire évoluer son système vers une entité vraiment intégrée, participant à l'activité de l'ensemble du réseau de la santé, mais aussi du réseau social et public qui peut être sollicité lors d'une intervention ou dans le développement et l'évaluation d'un SPU.

k- S'assurer de la coordination d'activités telles que la mise en œuvre d'un plan des mesures d'urgence et la gestion des matières dangereuses.

Afin d'assurer une disponibilité de ressources suffisantes pour répondre aux demandes d'assistance potentielles, chaque service préhospitalier devrait développer et maintenir des relations d'entraide mutuelle et d'échange avec les autres organisations ambulancières ou SPU dans les régions avoisinantes. Des accords écrits définissant les paramètres encadrant l'entraide mutuelle devraient exister, précisant, entre autres, les circonstances dans lesquelles on peut y faire appel, le prix demandé pour les services, la communication, la réciprocité de l'assistance offerte. Le directeur médical devrait jouer un rôle dans le développement de ces ententes.

Le directeur médical devrait aussi jouer un rôle dans la planification d'un plan des mesures d'urgence local, régional et provincial, incluant la façon de gérer les incidents avec matières dangereuses. Le directeur médical est souvent le lien entre le préhospitalier et l'hospitalier. Chaque agence de SPU devrait avoir ou faire partie d'un plan des mesures d'urgence. Le plan des mesures d'urgence doit définir comment la structure de commandement doit s'établir et comment la structure médicale doit s'articuler. Le directeur médical devrait établir des politiques concernant le triage, le transport de ressources et la façon d'aviser les établissements receveurs.

l- Promouvoir l'éducation du public et fournir des renseignements sur la prévention des urgences de concert avec la santé publique.

Une partie du mandat du directeur médical æ qui est le défenseur des droits du patient dans le système des SPU æ consiste à informer le public sur l'utilisation appropriée du système des SPU, aussi bien que sur les aspects préventifs en santé. Ceci peut comprendre de l'information sur la réduction du risque de maladie coronarienne, l'usage de la ceinture de sécurité et des sièges de sécurité pour les enfants, la formation en RCR, en RCR-D et en premiers soins ainsi que de l'information sur la façon de rendre l'environnement plus sécuritaire à la maison et dans le milieu de travail. De plus, le directeur médical devrait participer aux efforts législatifs qui sont entrepris pour mettre en vigueur des mesures préventives tel le port du casque protecteur. Finalement, le directeur médical devrait être attentif aux problématiques de santé publique sur son territoire et sensibiliser les intervenants du système pour qu'ils soient vigilants lors de leurs interventions au regard des différentes situations qu'ils peuvent rencontrer (misère sociale, abus, etc.).

m- Démontrer un leadership dans le développement et l'intégration de ressources informationnelles.

Le directeur médical doit être impliqué dans le développement des systèmes d'information dans son SPU. Il doit favoriser l'efficacité ainsi qu'une informatisation globale de l'activité du système préhospitalier (couvrant toute l'intervention). Il doit entre autres demander la création et l'application de normes quant au stockage des données afin de favoriser l'échange de ces données et leur utilisation dans le processus d'amélioration de la qualité ainsi qu'à des fins comparatives à différentes échelles (régionale, nationale et internationale). Il doit s'assurer que l'information est protégée ainsi que la confidentialité du patient.

n- Maintenir un niveau de connaissance approprié pour un directeur médical grâce à l'éducation continue.

Les responsabilités du directeur médical peuvent varier d'une région à l'autre. Cependant, il est essentiel que le directeur médical maintienne ses connaissances à jour quant aux nouveaux traitements, aux nouvelles technologies et aux changements de cadre législatif ou administratif. Ceci peut être accompli par l'assistance à des congrès locaux, nationaux et internationaux ainsi qu'en lisant des revues de médecine d'urgence et de préhospitalier. Nous croyons qu'un minimum de 30 heures par année permettrait d'atteindre ces objectifs.

FONCTIONS ET PROBLÉMATIQUES CONNEXES

l- L'administration gouvernementale des services préhospitaliers d'urgence

L'administration des SPU ne peut se faire sans l'implication du ministère, qui doit assumer son rôle quant aux grandes orientations du système et à la définition de normes provinciales. Les régies régionales fournissent quant à elles de nombreux services qui sont nécessaires au fonctionnement harmonieux du système et à l'administration de soins de qualité et de soins uniformes aux patients pris en charge par le système préhospitalier sur leur territoire.

Il faut éviter par ailleurs dans les services préhospitaliers des régies régionales une administration « au jour le jour », sans structure ou vision prospective. Il faut éviter également une gestion qui se fait sans une présence et un apport médical étendus. Il est impératif que tous les directeurs médicaux s'impliquent tant au plan régional qu'au plan provincial dans tout ce qui concerne la qualité des soins médicaux en préhospitalier.

Pour ce faire, chaque médecin qui travaille à l'intérieur d'un SPU doit bien connaître les opérations de son service préhospitalier d'urgence, les intervenants de sa région et ses répondants provinciaux. Les relations entre les intervenants doivent être cordiales et harmonieuses et les liens hiérarchiques doivent être clairs. Les réflexions et suggestions des médecins des SPU sont essentielles au fonctionnement optimal de chaque système préhospitalier régional. En outre, les directeurs médicaux des SPU doivent comprendre en quoi les lois et règlements qui émanent du ministère et des régies affectent leur travail et leur conduite, aussi bien que la conduite des intervenants qu'ils supervisent.

Dans toutes ses interactions au niveau gouvernemental, le médecin en préhospitalier doit se rappeler qu'il a le devoir moral d'agir comme le défenseur des droits du patient dans le développement et l'opération du système.

2- Les opérations des services préhospitaliers d'urgence

Les responsabilités inhérentes à la gestion optimale d'un système de SPU peuvent être divisées en deux composantes : opérationnelles (administratives) et médicales (cliniques). Chacune comprend un ensemble de responsabilités et de compétences bien définies. Dans la plupart des systèmes, ces fonctions sont remplies par deux individus qui possèdent des expertises différentes. Dans certains systèmes, le directeur médical remplit des fonctions médicales et administratives, ce qui à notre avis n'est pas l'idéal.

La composante opérationnelle comprend l'administration quotidienne des SPU. Toutes les responsabilités reliées à l'administration (budgétisation, comptes fournisseurs, comptes clients, planification, achats et inventaire) devraient être accomplies par une personne compétente en gestion. La composante « médicale » est reliée à toutes les activités qui touchent les soins aux patients. Le travail du médecin « directeur médical » peut être lourdement hypothéqué si on lui impose de prendre en charge des tâches qui ne touchent pas directement les soins préhospitaliers.

Dans d'autres sphères d'activités cependant, il existe un chevauchement entre les responsabilités du directeur (coordonnateur) administratif et celles du directeur (coordonnateur) médical. Des exemples de ces responsabilités communes incluent : la formation du personnel des SPU, l'embauche et les congédiements. De façon évidente, il faut considérer autant la composante opérationnelle que la composante médicale lorsque l'on aborde la question du personnel des SPU.

Un autre élément important dont la responsabilité doit être conjointe est l'interaction avec le public. Les directeurs médicaux et administratifs partagent le devoir d'expliquer les rôles, les fonctions et les limites du système à ceux qui le connaissent peu. Entre autres, il sera profitable aux directeurs de travailler conjointement afin de prévenir les problèmes, de les résoudre immédiatement lorsqu'ils se présentent, de prévoir l'évolution du système et de planifier des campagnes d'éducation publique, s'il y a lieu.

3- La désignation des établissements de santé

Les établissements sont dotés de ressources qui diffèrent quant au personnel et aux équipements dont ils disposent pour administrer des soins d'urgence ainsi que dans les services spécialisés qu'ils offrent. Ces différences sont essentielles et déterminent la capacité d'un hôpital à administrer des soins aux patients dont l'état est le plus critique. Par conséquent, dans une région donnée, les établissements peuvent être désignés pour recevoir une clientèle donnée en fonction de leurs ressources.

L'inventaire des désignations d'établissements donne au personnel des SPU et au public une connaissance prospective de la capacité du système régional des SPU à prendre en charge les patients dans les établissements en fonction de leurs ressources respectives. Cela permet d'accélérer le transport d'un cas urgent à l'hôpital le plus apte à administrer les soins à ce patient en particulier et prévient les disputes territoriales potentielles entre établissements concurrents.

a- Le processus de désignation

Le processus de désignation sert à évaluer les infrastructures et à classer les établissements en tenant compte du spectre des services qui sont essentiels pour dispenser les soins requis en situation d'urgence et pour le transfert d'un patient critique vers un autre établissement.

Au Québec, la désignation des établissements du réseau de traumatologie s'appuie sur les recommandations du groupe-conseil en traumatologie.

b- La mise en œuvre

Les critères utilisés pour désigner un établissement devraient être validés par la communauté médicale ainsi que par tout autre intervenant intéressé. Il est essentiel de déterminer jusqu'à quel point les structures et infrastructures en matière de services d'urgence et de services spécialisés pour chaque hôpital se comparent aux standards en vigueur.

L'objectif de la désignation n'est pas d'imposer à tous les hôpitaux l'obligation d'accueillir les patients les plus critiques, ni d'être utilisée comme un outil de marketing ou de régulation obligeant tous les hôpitaux à agir de manière semblable. Cependant, un des avantages du processus de désignation est la prise de conscience par l'établissement de ses capacités réelles et de ses limites. Beaucoup d'établissements répondent à ce processus en rehaussant leur capacité à répondre aux urgences.

c- Régionalisation

Une fois les urgences des établissements désignées, il est habituellement approprié de coordonner les services disponibles sur une base régionale. Tous les patients d'une région devraient avoir accès à des structures et infrastructures appropriées et la distribution de ces ressources dans une région donnée devrait être déterminée par des impératifs de population et de géographie, plutôt que par des impératifs budgétaires ou politiques.

Un avantage majeur de la régionalisation est qu'elle permet à la direction médicale de superviser l'utilisation optimale des ressources des établissements. Cela permet de réduire l'utilisation inappropriée fondée sur des pratiques archaïques ou des loyautés subjectives et, de plus, cela minimise la nécessité de recourir à des transferts inter-établissements.

Il est possible que certains établissements refusent de participer au plan régional. Les établissements qui sont incapables de fournir un niveau prédéfini de soins ne devraient pas être intégrés au plan régional lorsque des établissements qui répondent aux mêmes critères se trouvent à l'intérieur d'un délai de transport raisonnable.

4- Les problématiques médico-légales

Certains médecins peuvent éviter de s'impliquer dans les soins préhospitaliers en raison de la crainte de poursuites judiciaires. Il est vrai que les médecins qui jouent le rôle de directeur médical « on-line » ou « off-line », aussi bien que ceux qui jouent un rôle de consultant, sont exposés à certains risques de nature médico-légale. Mais ces risques sont minimes, particulièrement en comparaison avec les risques que ce même médecin court dans sa pratique en médecine d'urgence.

Un directeur médical qui autorise un intervenant en préhospitalier à pratiquer et à administrer des soins à un niveau proportionnel à sa formation et approprié à ses compétences n'est pas à risque de poursuite judiciaire. De façon théorique, un médecin serait à risque uniquement s'il autorisait ou demandait aux intervenants en préhospitalier d'agir au-delà de leurs compétences (telles que définies par leur formation) ou en contradiction avec l'enseignement dispensé pendant leur formation. Il serait à risque également s'il violait consciemment les protocoles du système préhospitalier ou s'il émettait des directives clairement négligentes. Finalement, des intervenants en préhospitalier qui agiraient sans direction médicale, en violation des directives de la direction médicale ou en violation des procédures, protocoles ou ordres permanents dûment approuvés à l'intérieur du système préhospitalier, s'exposeraient eux-mêmes à des risques de poursuite judiciaire. Dans cette situation, le directeur médical du système n'aurait aucune responsabilité et ne pourrait être blâmé.

L'un des rôles du directeur médical est en fait de s'assurer de l'existence d'un programme d'assurance-qualité adéquat, de faire respecter les protocoles, de prendre les mesures en conséquence pour corriger la situation lors de dérogations. Il pourrait être tenu responsable s'il créait un protocole qui ne respecte pas les standards médicaux reconnus, mais il n'est pas responsable des actions dérogatoires posées par les intervenants des SPU dans le cadre de leurs interventions.

Le directeur médical, en coopération avec le directeur administratif et d'autres intervenants, devrait évaluer l'ensemble du système des SPU et sa façon d'opérer afin d'identifier et de régler les problématiques médico-légales potentielles avant qu'elles ne deviennent des problèmes sur le terrain. Il est important d'examiner tous les aspects opérationnels du système des SPU et non pas seulement les activités qui concernent les soins aux patients. Lors de l'évaluation du système, le principe fondamental qui devrait avoir priorité est celui d'agir dans le meilleur intérêt du patient. Plusieurs aspects médico-légaux des SPU devraient être évalués dont :

a- L'obligation d'agir

Est-ce que les SPU ont l'obligation d'agir? En règle générale, les systèmes préhospitaliers doivent répondre à toutes les demandes d'assistance. Cependant, plusieurs critères doivent être déterminés : le territoire desservi, le temps-réponse optimal, l'identification des intervenants les plus près, etc. Le directeur médical devrait développer une politique précisant dans quelles circonstances le service répond ou ne répond pas à une demande d'assistance.

b- Refus de soins ou de transport

De la même façon que le malade a le droit de consentir à des soins médicaux, un adulte légalement compétent a le droit de refuser des soins, même si ce refus va à l'encontre de ce que recommande un médecin. Cela va même jusqu'à permettre au patient chez lequel on a amorcé des soins de les cesser. Il est essentiel que les intervenants du préhospitalier informent le patient des conséquences potentielles du refus de traitement et qu'ils documentent leur conversation. Une communication radio avec le directeur médical « on-line » peut s'avérer très utile dans cette situation. Une politique écrite abordant cette problématique permettra aux intervenants du préhospitalier d'appliquer une procédure standardisée qui les assurera de gérer adéquatement ces situations.

c- Les transferts inter-hospitaliers de patients dont la condition est critique

C'est l'obligation des hôpitaux et des médecins qui effectuent le transfert d'un patient de s'assurer que ledit transfert est approprié et sécuritaire. Le directeur médical doit travailler avec les établissements pour s'assurer que le personnel ambulancier est suffisamment préparé (ressources humaines, compétences et équipement) pour effectuer le transfert d'un patient dont la condition est critique. Dans certains cas, ceci peut impliquer que le patient doit être accompagné par un infirmier ou un médecin.

d- Ordonnances de non-initiation de la réanimation et déclaration de décès

Les patients atteints de maladies terminales décèdent de plus en plus fréquemment à la maison. De ce fait, les intervenants des SPU sont de plus en plus fréquemment confrontés avec des ordonnances de non-initiation (verbales ou écrites) de la réanimation dans les maisons privées et dans les foyers. Plusieurs régions ont établi des programmes qui traitent de cette question. De tels programmes doivent être encouragés afin de rendre la situation la plus claire possible pour les intervenants en préhospitalier.

e- Le médecin sur la scène

Les intervenants du préhospitalier fonctionnent sous la su-

pervision de la direction médicale « on-line » ou « off-line ». Parfois, les intervenants des SPU doivent composer avec la présence du médecin de famille du patient, la présence d'autres médecins ou d'individus qui prétendent être des médecins et qui souhaitent diriger les soins administrés au patient sur la scène. Une politique décrivant la conduite dans de telles situations devrait être mise en place.

f- La documentation

Le directeur médical, par un programme d'amélioration de la qualité et des activités de formation continue, doit s'assurer que les intervenants des SPU documentent adéquatement et suffisamment la condition du patient aussi bien que les gestes posés. Ces renseignements sont importants afin que le directeur médical puisse s'assurer que les soins au patient sont appropriés. Également, la documentation peut être utilisée en cas de plainte ou si des procédures juridiques sont amorcées.

g- Les politiques de détournement

Les établissements sont parfois débordés. Par conséquent, des politiques claires, définies par le directeur médical de la région, décrivant les conditions critiques pouvant engendrer un détournement d'ambulance devraient être établies. Le directeur médical détient l'autorité finale relativement au détournement d'ambulances.

h- Le caractère confidentiel des dossiers

On devrait garantir aux dossiers du préhospitalier la même confidentialité que pour les autres dossiers médicaux, particulièrement lors du processus d'assurance-qualité.

i- Confidentialité des activités de l'amélioration de la qualité

Le caractère confidentiel des activités d'amélioration de la qualité de l'acte doit être assuré par le directeur médical; cette confidentialité porte autant sur les intervenants impliqués que sur les patients qui ont reçu des soins.

j- Le droit à la confidentialité du patient

Le droit à la confidentialité du patient est un principe fondamental en médecine. Parce que beaucoup d'appels aux SPU émanent de lieux publics, il est important de protéger l'intimité et la confidentialité du patient autant que possible. Ce droit peut être mis en péril par des journalistes ou des badauds présents sur la scène, ou même par d'autres intervenants. Certaines personnes peuvent demander des renseignements sur les patients, surtout s'ils sont inquiets au regard des maladies infectieuses telles que l'hépatite et le HIV/SIDA. À tous les égards, la confidentialité du patient prime et la direction médicale doit s'assurer que le personnel des SPU respecte ce fait.

k- Politique de répartition des appels et des niveaux de réponse

Le directeur médical devrait évaluer la politique de répartition et examiner la méthodologie utilisée pour déterminer le niveau de réponse pour les appels urgents et non urgents. Le directeur médical doit aussi être impliqué dans la formation initiale et continue du personnel de répartition, lequel peut fournir des directives pré-arrivée de nature médicale dans plusieurs situations en préhospitalier.

l- Rôle du technicien ambulancier dans le cadre hospitalier

En plus de leur rôle en préhospitalier, les intervenants des SPU sont parfois intégrés dans l'équipe de soins au département d'urgence lorsqu'ils s'y présentent. Cependant, leur rôle dans ce cadre est controversé. Dans certaines circonstances, le directeur médical des SPU peut ne pas avoir d'autorité ou de responsabilité lorsqu'un intervenant des SPU agit en dehors du cadre du préhospitalier. Une définition claire de l'autorité et des responsabilités (devoirs, canaux de communication et supervision) à l'intérieur d'une description de tâches formelle aidera à prévenir des conflits lorsque l'intervenant des SPU a à jouer un rôle dans les soins au département d'urgence.

m- L'opération des véhicules d'urgence (utilisation appropriée des sirènes et gyrophares)

Beaucoup de procès impliquant les SPU sont engendrés par des traumatismes ou des décès découlant de la conduite d'urgence de véhicules en préhospitalier. Les directeurs médicaux et les systèmes préhospitaliers doivent évaluer au plan régional l'utilisation des sirènes et gyrophares. Les politiques doivent prendre en considération la condition du patient autant que sa sécurité, celle du personnel des SPU et celle du public.

n- Les politiques régionales de répartition (corridors de services pour les traumatisés, la pédiatrie, les grands brûlés, etc.)

Le directeur médical, conjointement avec les établissements de la région et les SPU, devrait participer au développement et à la révision régulière des politiques de répartition régionales et s'assurer que le personnel des SPU agisse conformément à ces politiques. L'orientation du patient devrait être fondée sur les ressources disponibles dans les différents établissements spécialisés. Les problèmes quant à la performance ou aux politiques d'orientation devraient être identifiés et résolus grâce au processus d'amélioration de la qualité.

o- Procédure en présence de risque infectieux

Lorsque le personnel du SPU est affecté à une intervention comportant un risque infectieux, une procédure claire devrait être déterminée afin de diminuer ce risque. C'est le rôle du directeur médical d'établir de telles procédures.

RÉSUMÉ

Les services préhospitaliers d'urgence sont indissociables de la pratique de la médecine d'urgence et leur relation est unique. Le préhospitalier est une sous-spécialité de la médecine d'urgence et en tant que médecins d'urgence, nous devons prendre conscience du fait que les intervenants en préhospitalier sont l'extension de nos yeux, nos oreilles et nos mains sur la scène d'un événement en préhospitalier. Le patient pris en charge par le préhospitalier deviendra vraisemblablement directement **notre** patient.

Par conséquent, il est essentiel que les médecins d'urgence soient bien formés en préhospitalier et s'impliquent activement dans les SPU. Une participation active aux soins préhospitaliers d'urgence en tant que directeur médical exige un fort degré d'engagement, de leadership et une grande capacité d'organisation. Elle permet de structurer et d'organiser de façon optimale les soins préhospitaliers dans une région donnée. L'apport médical est à cet égard essentiel et incontournable.

Pour de plus amples renseignements ou si vous avez des questions ou des commentaires concernant cette politique ou tout autre sujet en relation avec les SPU, s.v.p. communiquer avec :

L'Association des médecins d'urgence du Québec,
1001, route de l'Église, bureau 300
Ste-Foy, Québec G1V 3V7
Téléphone : (418) 658-7679
Télécopieur : (418) 658-6545
Courriel : amuq@amuq.qc.ca
Site Internet : www.urgent.qc.ca

RÉFÉRENCES

1. Collaboration, *Agenda for the Future*, NHTSA, 1996, 96 p.
2. Collaboration, *Position Paper Anthology*, NAEMSP, 1999.
3. DELBRIDGE, T. R. et al. *Agenda for the Future : Implementation Guide*, NHTSA, 1998, 112 p.
4. KUEHL, A.E. et al. *Prehospital Systems & Medical Oversight*, Mosby, 2^e édition, 1994, 492 p.
5. POLSKY, S.S. et al. *Continuous Quality Improvement in EMS*, ACEP, 1992, 352 p.
6. WERMAN, H.A. et al. *Medical Direction of Emergency Medical Services*, ACEP, 1993, 49 p.

INFOGRAPHIE :
Marc Pageau

Dépôt légal 2^{ème} trimestre 2000
Bibliothèque Nationale du Québec
Tous droits réservés