

Position sur les services préhospitaliers d'urgence

Mise à jour de la politique adoptée par le conseil d'administration de l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) le 15 mai 2000 présentée au Comité national des services préhospitaliers d'urgence (CNSPU) le 6 février 2014.

Document préparé
pour l'AMUQ
et l'ASMUQ par

D^r François de Champlain
D^r Doug Eramian
D^r Nicolas Elazhary
D^r Bernard Mathieu

Conseil d'administration
de l'AMUQ

D^r Bernard Mathieu
D^{re} Geneviève Bécotte
D^r Nicolas Elazhary
D^r Laurent Vanier
D^r Stéphane Borreman
D^r Gilbert Boucher
D^{re} Amélie Bourassa
D^r Guillaume Lacombe
D^r Gérard Lemay

Conseil d'administration
de l'ASMUQ

D^r François Dufresne
D^r Gilbert Boucher
D^{re} Élyse Berger-Pelletier
D^r Jacques Ouellet
D^{re} Karine Sanogo
D^r Jean-François Shields
D^r Philippe Ouellet

Cette mise à jour se veut un bref survol des enjeux majeurs en soins préhospitaliers (SPU) selon l'Association des médecins d'urgence du Québec (AMUQ) et l'Association des spécialistes en médecine d'urgence du Québec (ASMUQ) et répond à la demande du Comité national des services préhospitaliers d'urgence (CNSPU) d'obtenir les opinions des associations médicales pour la préparation de recommandations destinées au ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS) au printemps 2014.

Enjeux liés aux services préhospitaliers d'urgence :

- 1- Une formation de qualité pour l'ensemble des intervenants sur le terrain ainsi qu'un suivi en assurance qualité par des équipes dédiées ;
- 2- Un accès rapide aux soins médicaux d'urgence ;
- 3- Un impact sur les salles d'urgence ;
- 4- Une appartenance et des transports secondaires ;
- 5- Une introduction des soins médicaux avancés au Québec ;
- 6- Des nouvelles orientations suggérées.

1- Une formation de qualité pour l'ensemble des intervenants sur le terrain ainsi qu'un suivi en assurance qualité par des équipes dédiées

La formation et l'assurance qualité constituent des pierres angulaires pour la qualité des soins prodigués par les intervenants du préhospitalier. La transition vers l'obtention du diplôme d'études collégiales a permis de solidifier la base des connaissances dont disposent les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP ou paramédics). Ceux-ci bénéficient par la suite de formations et de mises à jour dispensées par le MSSS, lesquelles sont élaborées et modulées par l'ensemble des directeurs médicaux régionaux ainsi que par la directrice médicale nationale des SPU.

Un suivi d'assurance qualité doit être constamment effectué par une équipe dédiée, composée de TAP et chapeauté par les directeurs médicaux régionaux. Les TAP sont évalués quant à la mise en application de leurs protocoles d'intervention clinique (PICTAs). Le travail des intervenants préhospitaliers consiste à bien analyser l'histoire et l'ensemble des symptômes présentés par le patient afin de sélectionner et d'appliquer de manière réfléchie ces PICTAs. Les directeurs médicaux régionaux doivent s'assurer que ceci soit le cas, car une proportion non négligeable des écarts émis par les équipes d'assurance qualité semble résulter d'une application machinale de protocole. Une intervention doit être mise en application, car la présentation clinique du patient et les connaissances du TAP la justifie, et non simplement parce



que le protocole la dicte.

2- Un accès rapide et efficace aux soins médicaux d'urgence

Un maillon important dans la chaîne d'intervention préhospitalière qui a tendance à être minimisé ou même oublié est le premier intervenant et le rôle qu'il joue dans l'amélioration de la morbidité et de la mortalité chez certains patients. Ici, nous ne décrivons pas les services municipaux structurés des premiers répondants, mais bien le citoyen ou la citoyenne de la population générale qui est témoin d'un événement d'urgence et qui se porte au secours d'une victime. Le déploiement massif de défibrillateurs automatiques (DEA) dans plusieurs milieux publics et sportifs, afin de minimiser le délai au premier choc lors d'un arrêt cardio-respiratoire (ACR), en est un bon exemple.

Dans une même ordre d'idée, la littérature abonde d'études qui démontrent, de façon convaincante, l'effet positif que peuvent avoir des premiers intervenants qui ont suivi de simples cours de premiers soins ou de RCR. De plus, les études démontrent que ces cours peuvent être facilement administrés à des enfants dès la sixième année de l'école primaire, avec d'excellents taux de réussite et de rétention. Connaissant les bienfaits d'une telle formation au sein de la population, il serait avantageux financièrement pour notre système de santé que les ministères de la Santé et des Services sociaux et de l'Éducation combinent leurs efforts et investissent dans cette formation relativement peu coûteuse, quand on considère les économies potentielles sur un épisode de soins hospitaliers pour un patient potentiellement plus hypothéqué, n'ayant pu bénéficier d'un délai d'intervention minimal.

Le déploiement des services de premiers répondants (PR) au cours des dernières années a permis aux services préhospitaliers d'urgence (SPU) d'améliorer grandement leur temps de réponse ainsi que la survie des arrêts cardio-respiratoires (ACR), ce qui est conséquent avec la littérature scientifique sur le sujet¹. L'AMUQ et l'ASMUQ supportent les initiatives régionales et provinciales pour assurer le déploiement ainsi que le maintien des systèmes de premiers répondants sous toutes ses formes (pompiers, volontaires, policiers, etc.) selon une entente avec les Agences régionales de la santé des services sociaux. Pour les plus petites municipalités où ces services sont offerts sur une base volontaire, les systèmes de premiers répondants de plus faibles niveaux devraient être privilégiés (PR-DEA, PR de niveau 1), car leur maintien est plus facile et moins coûteux. Dans les plus grandes municipalités du Québec, on retrouve plutôt un modèle de pompiers PR de niveau 3 et, malgré des améliorations notables des taux de survie de l'ACR, il y aurait lieu de revoir la pertinence d'une réponse systématique des

PR pour tous les appels de priorité 1, surtout dans les secteurs où les temps de réponse sont similaires aux ambulances. Une surutilisation de cette ressource n'est pas souhaitable et peut engendrer des coûts et des risques démesurés (ex. : accidents de la circulation) dans ce contexte. Des efforts d'analyse des données et des outils de modélisation devraient être utilisés pour rendre ces systèmes les plus efficaces possible.

3- Un impact sur les salles d'urgence

Les transports ambulanciers représentent plus de 25 % des inscriptions à l'urgence dans les grands centres urbains et environ 50 % des patients qui arrivent en ambulance sont admis. L'impact des SPU sur les salles d'urgence est donc majeur. Il est d'autant plus important que les patients soient transportés dans le bon hôpital au départ (voir section suivante).

L'établissement de quotas permet une certaine modulation des transports ambulanciers pour les cas dits généraux. La transmission en temps réel des données de congestion des salles d'urgence permettrait aux paramédics d'éviter les établissements les plus embourbés pour les cas généraux, c'est-à-dire pour les patients non connus dans un hôpital spécifique et ne nécessitant pas une expertise particulière. En plus, les délais de remise en disponibilité des équipes préhospitalières sont souvent allongés lorsqu'elles arrivent dans une urgence bondée, diminuant ainsi la disponibilité de véhicules pour les appels urgents.

4- Une appartenance et des transports secondaires

Le resserrement des critères d'appartenance aurait un impact important sur le coût du système : le patient envoyé au mauvais centre hospitalier nécessite des investigations dédoublées, occasionne souvent un transport secondaire vers l'hôpital primaire du patient et prive le réseau de la disponibilité de véhicules ambulanciers. La qualité du service au client est aussi diminuée (duplication de tests, inconfort de transports répétés, augmentation des durées de soins aux urgences, exposition aux maladies nosocomiales de plusieurs établissements, etc.). Un patient peut voir la durée de son épisode de soins allongée de 24 heures ou plus en raison des divers délais d'évaluation et de transport secondaire.

Tel que mentionné plus haut, l'évaluation de l'appartenance par les paramédics en préhospitalier revêt une importance primordiale pour la dispensation de soins de qualité en temps opportun. Le plus souvent, le critère « d'instabilité » est évoqué pour justifier le transport vers un hôpital plus près où le patient n'est pas suivi, alors qu'à l'évaluation à l'urgence, il est clair que l'ambulance aurait pu parcourir la courte distance supplémentaire vers le bon centre hospitalier. Ceci revêt toute son importance dans les grands centres comme

Montréal, Québec et les régions immédiatement attenantes, et les efforts pour permettre le transport des patients au bon centre hospitalier devraient être concentrés dans ces régions. Maintenant que les compétences cliniques des paramédics s'améliorent grâce à de meilleurs programmes de formation, il y aurait lieu de revoir ces critères pour permettre une plus grande souplesse et l'application d'un jugement clinique.

5- Une introduction des soins médicaux avancés au Québec

En 2005, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) aujourd'hui devenue l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) publiait un rapport sur l'introduction des soins médicaux avancés dans les SPU au Québec². Dans leur rapport, les auteurs parviennent à formuler neuf recommandations dont celles-ci :

Il est recommandé qu'au Québec, les soins avancés fassent l'objet, pour l'instant et dans un premier temps, d'un déploiement limité dans le contexte de projets pilotes sur le terrain. Il est recommandé que des projets pilotes visant à évaluer l'efficacité, l'efficience et les conditions organisationnelles de l'introduction de protocoles de soins avancés soient mis en place au Québec, en donnant priorité au traitement de la détresse respiratoire, des douleurs thoraciques et de l'arrêt cardiorespiratoire. Il est recommandé que soit instauré un programme de recherche portant spécifiquement sur l'évaluation des soins avancés préhospitaliers et faisant appel à l'ensemble de la communauté des chercheurs québécois, sous la gouverne du MSSS. Il est recommandé que, pour assurer dans l'ensemble du Québec un déploiement progressif de services de soins avancés préhospitaliers éprouvés qui suivent l'évolution des connaissances, soit élaboré un plan de développement de ces services prévoyant la formation d'un nombre suffisant de techniciens ambulanciers aptes à dispenser ces soins et la mise en place des conditions organisationnelles appropriées, dont la création d'un partenariat entre les milieux préhospitalier et hospitalier. Il est recommandé que l'ajout de nouvelles interventions au panier des services préhospitaliers de base soit fondé sur des données probantes ou sur la reconnaissance par les experts de leur potentiel élevé de réduction de la mortalité et de la morbidité.

Presque 10 ans après ce rapport le dossier des soins médicaux avancés semble avoir somme toute peu progressé au Québec. Le projet est toujours concentré uniquement à Urgences-santé dans la région de Montréal et peu de TAP ont reçu cette formation bien que le projet d'une formation universitaire a été développée. Un nouveau règlement à l'office des professions permet maintenant une application des soins médicaux avancés par les TAP. Un déploiement progressif dans certaines régions du Québec, basé sur des données probantes, semble être de mise au cours des

prochaines années.

6- Des nouvelles orientations suggérées

Le groupe de travail AMUQ-ASMUQ appuie les développements dans les domaines suivants :

- Le déploiement de programmes communautaires de services paramédicaux travaillant de concert avec des équipes de professionnels de la santé. Ces mesures qui sont en place dans certaines provinces canadiennes notamment l'Ontario et l'Alberta montrent de bons résultats et tendent à réduire les visites à la salle d'urgence³ ;
- Le déploiement d'équipes non médicalisées pour les appels non urgents d'assistance plus sociale que médicale ;
- L'évaluation de la possibilité de transports vers des centres de soins moins aigus comme les cliniques réseau pour les cas mineurs ;
- Un meilleur encadrement des paramédics dans les cas où un transport ambulancier n'est pas jugé nécessaire leur permettant d'intervenir adéquatement lors de l'appel et par la suite (par exemple lors d'un appel où la demande est uniquement de relever un patient incapable de se relever) ;
- Un resserrement des liens entre les paramédics, les centres hospitaliers et les autres services connexes du système de santé et des services sociaux permettant de systématiser des interventions appropriées en dehors du cadre immédiat des appels d'intervention médical à toute heure du jour ou de la nuit. Par exemple, les appels à la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) pour violence envers des enfants ou des milieux inadéquats, l'intervention nécessaire d'une travailleuse sociale pour des consultations à répétition pour des raisons sociales ou besoin d'aide à domicile évidents nécessitant l'intervention du CLSC... Trop souvent, les paramédics ne sentent pas qu'il est possible de faire ces interventions alors que l'information qu'ils détiennent après avoir été à domicile est essentielle au bien être des patients :
- Les constats de décès à distance dans les régions où les patients qui répondent aux règles de cessation de manœuvres sont encore transportés dans les salles d'urgence, ce qui occasionne des efforts de réanimation supplémentaires et futiles selon la littérature scientifique sur le sujet⁴⁻⁵ ;
- Une meilleure définition, lors de négociations de contrats de service avec les entreprises ambulancières, des responsabilités qui incombent à chaque partenaire ainsi qu'une détermination claire de leur imputabilité devant le non-respect de leurs engagements ;

- Une centralisation et une accessibilité accrues aux données statistiques (ex. : survie de l'ACR) émanant des analyses et de l'assurance qualité des différentes régions, et ce dans un temps opportun, afin de permettre une gestion plus efficace des activités sur le terrain ;

- Favoriser l'intégration des connaissances entre les différents intervenants préhospitaliers et hospitaliers afin qu'ils puissent, chacun de leur côté, avoir une meilleure compréhension et ainsi formuler des attentes plus réalistes quant aux rôles, aux compétences et aux responsabilités de chacun ;

- Favoriser, en collaboration avec le ministère de l'Éducation, des Loisirs et du Sport, un programme provincial de RCR et de premiers soins, administré dès la sixième année de l'école primaire.

Conclusion

L'AMUQ et l'ASMUQ souhaitent que cette prise de position puisse apporter un éclairage aux travaux du Comité national des services préhospitaliers d'urgence (CNSPU) sur l'évolution des SPU. Nous croyons en l'importance d'une direction médicale de qualité fortement impliquée en préhospitalier.

Nous croyons également que les systèmes préhospitaliers d'urgence doivent évoluer vers une approche communautaire et une approche client ; de même, les activités du système doivent être plus centrées sur les situations urgentes d'après un modèle plus intégré et fondé sur des données objectives provenant de systèmes d'information matures ainsi que sur les preuves scientifiques.

Références

1- Stiell IG, Wells GA, Field BJ, Spaitte DW, De Maio VJ, Ward RE et al. Improved out-of-hospital cardiac arrest survival through the inexpensive optimization of an existing defibrillation program, OPALS Study Phase II. JAMA 1999; 281:1175-1181.

2- Banken R, Côté B, de Champlain F et Lavoie A. « Introduction des soins médicaux avancés dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec », Montréal : AETMIS, 2005, xvii-82 pages.

3- Sandbeck: Paramedic experience to reduce avoidable transfers in Alberta. Communication orale, Western Emergency Department Operations Conference, Calgary 2013.

4- Morrison et al. Validation of a rule for termination of resuscitation in out-of-hospital cardiac arrest. NEJM. 2006; 355: 478.

5- Morrison LJ, Verbeek PR, Zhan C, Kiss A, Allan KS. Validation of a universal prehospital termination of resuscitation clinical prediction rule for advanced and basic life support providers. Resuscitation. 2009;80:324-8.



750, boulevard Charest Est, bureau 515
Québec QC G1K 3J7
Téléphone : 418 658-7679 • Télécopieur : 418 658-6545
Courriel : amuq@amuq.qc.ca • www.amuq.qc.ca



2, complexe Desjardins, Tour de l'Est, porte 3000
Montréal QC H5B 1G8
Téléphone : 514 350-5115 • Télécopieur : 514 350-5116
Courriel : asmuq@fmsq.org • www.asmuq.org