

# RÉPONSES AUX QUESTIONS DU COMITÉ NATIONAL DE RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

---

Jean Lapointe, M.D.  
CCMF (MU) CSPQ  
Julien Poitras, M.D.  
CCMF (MU)  
Alain Vadeboncoeur,  
M.D. CCMF CSPQ

---

## QUESTIONS DU COMITÉ NATIONAL POUR L'ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC

### I. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES MÉDECINS DANS LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Les Services Préhospitaliers d'Urgence (SPU) impliquent la participation de médecins à plusieurs titres.

#### A – Directeur médical

Pour la personne présentant une condition urgente, les activités du système préhospitalier sont une extension des activités médicales qui prennent place dans un établissement en salle d'urgence. Leur fonction première en est une de prise en charge d'un individu afin de le stabiliser, le traiter et le transporter au centre receveur.

Dans ce cadre, les gestes médicaux posés par les intervenants doivent être de façon incontournable supervisés par des médecins (formation, définition des protocoles, révision, assistance, assurance-qualité, etc.).

Cette implication des médecins prendra le plus souvent la forme d'un directeur médical d'une région donnée, lequel porte la responsabilité, devant le Collège des Médecins, des gestes médicaux posés dans le système préhospitalier sur le territoire de sa région. Ce directeur disposera d'un certain nombre de médecins adjoints qui prendront en charge certains aspects de son travail.

Les rôles et responsabilités du directeur médical, et à ce titre de ses assistants, sont les suivant, tels que définis dans le document « Politique portant sur la direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec » (prière de référer au texte pour de plus amples détails) :

#### « RÔLES ET 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.»<sup>1</sup>

Dans cette optique, il apparaît à l'Association des Médecins d'Urgence du Québec que le titre de coordonnateur est inapproprié. Tel que nous l'enseigne le Petit Larousse, un coordonnateur : « agence des éléments en vue d'obtenir un ensemble cohérent, un résultat déterminé », alors qu'un directeur est une « personne qui dirige, est à la tête d'une entreprise, d'un service, etc. ». En ce sens, en raison des actes médicaux qui sont accomplis par le personnel du préhospitalier en son nom, il apparaît que le terme « directeur » est plus approprié, tout en se conformant à la nomenclature internationale. Il y a ici une autorité indéniable quant aux actes médicaux qui sont posés en préhospitalier. L'emploi du mot « coordonnateur » a comme effet de délayer ce nécessaire lien d'autorité et par le fait même de compliquer le processus d'assurance-qualité.

## B – Formation

Des médecins sont aussi impliqués à d'autres niveaux dans la structure du système, dont la formation. Ainsi, chaque institution d'enseignement qui forme des intervenants en préhospitalier doit retenir les services d'un directeur médical (en dehors du lot des directeurs médicaux régionaux) dont le rôle sera alors de :

- « – 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.

Ses **responsabilités** 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.»<sup>2</sup>

## C – Hôpital de base et direction médicale « on-line »

Lorsque des médecins sont impliqués dans une structure d'hôpital de base, ils doivent s'assurer que le système fonctionne correctement et ils ont les responsabilités 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 nécessaires à l'évaluation du système;
- respecter la confidentialité du patient;
- au besoin, donner des directives de transport et assi-

---

gner 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.). »<sup>3</sup>

### **D – Accueil des ressources préhospitalières**

Finalement chaque médecin d'urgence doit jouer un rôle dans le système préhospitalier lorsqu'il accueille un patient qui a été pris en charge par ce système. Ce rôle consiste à être prêt pour la réception d'un patient critique lorsqu'un préavis a été donné, de prendre charge promptement les patients amenés par les Services Préhospitaliers d'Urgence, d'écouter et de prendre en considération les informations transmises par les intervenants et de donner un « feedback » sur l'intervention préhospitalière.

Il doit tout faire ce qui est en son pouvoir pour s'assurer que les intervenants du préhospitalier soient reçus de façon courtoise et professionnelle, que ceux-ci disposent des facilités nécessaires pour accomplir leur travail (locaux, échange de matériel, etc.) et qu'ils puissent rapidement être libérés pour se mettre en disponibilité et réintégrer le plus rapidement possible leur poste afin d'offrir la couverture ambulancière nécessaire pour leur territoire.

### **E – Les médecins sur la route**

Enfin, il nous apparaît que 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. »<sup>4</sup>

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. Les médecins ne devraient pas à cet égard être des intervenants sur le terrain dans les Services Préhospitaliers d'Urgence.

## **2. RÔLES ET RESPONSABILITÉS DES TECHNICIENS AMBULANCIERS DANS LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**

Le rôle premier des techniciens ambulanciers et leur responsabilité ultime devrait être le bien être des patients dont ils prennent charge, soit de leur administrer tous les soins nécessaires dans le cadre de leurs compétences.

Ils doivent le faire dans un tableau global d'intégration dans la chaîne préhospitalière, en respect des autres intervenants.

La primauté du bien être du patient doit être le principe fondamental guidant leurs actions au-delà des considérations patronales et syndicales. Ils ont la responsabilité de la santé du patient tant que celui-ci est sous leurs soins. À cet égard, un code d'éthique devrait être adopté par leurs regroupements.

C'est dans cette optique que les techniciens ambulanciers peuvent aussi jouer un rôle dans le processus d'assurance-qualité des Services Préhospitaliers d'Urgence. Leur impartialité et leur absence de parti-pris (sauf pour le patient) sont alors essentiels.

Les techniciens ont aussi un rôle à jouer dans la formation de leurs pairs (initiale et continue) en collaboration avec les maisons d'enseignement et la direction médicale.

Ils ont ensuite un rôle social à jouer en prévention car leur position sur le terrain en fait des intervenants privilégiés pour mettre en évidence des problématiques sociales et en alerter les intervenants concernés (insalubrité, violence conjugale, etc.).

Ils ont finalement un rôle d'éducation à remplir auprès du grand public quant aux problématiques de santé et à la prévention; ils sont un lien efficace entre le système de santé et la population quant à l'éducation et à l'image qu'ils peuvent donner de ce système de santé.

Finalement, on peut se questionner sur l'étendue du rôle primaire des techniciens ambulanciers, soit celui d'administrer des soins aux patients : devrait-on accroître la portée et la quantité des actes qui sont posés en préhospitalier? Devrait-on former des « paramedics »? Il est de notre avis

---

que la question devrait être étudiée de façon scientifique et à l'aide des derniers développements de la littérature. Ce travail dépasse le cadre de ce document, mais l'AMUQ serait prête à collaborer à une telle démarche. Il est à cet égard essentiel de ne pas sauter pieds joints dans une nouvelle approche thérapeutique sans étudier scientifiquement la question sous le simple prétexte que « tout le monde le fait ailleurs ».

### 3. CENTRES DE RÉCEPTION

Les centres de réception ont déjà un rôle dans la chaîne d'intervention préhospitalière, soit celui d'assurer l'accueil des intervenants en préhospitalier et de prendre en charge le patient amené par les techniciens ambulanciers.

Il faudrait d'abord optimiser ce rôle. Dans plusieurs centres hospitaliers, les techniciens ambulanciers se présentent dans les urgences sans vraiment être attendus, avec l'impression de déranger plus que de rendre un service, d'être des étrangers plutôt que des intervenants vraiment intégrés au système. Ils sont souvent laissés à eux-mêmes pour transférer leur patient de la civière de l'ambulance à celle de l'urgence, manipulant parfois seuls des traumatisés et des patients instables. On prend souvent peu d'intérêt à leur histoire, et on retarde parfois indûment leur remise en disponibilité, parce qu'on pas le temps de leur redonner leur matériel, ou parce que personne n'est là pour prendre en charge le patient. Ceci a pour effet de mobiliser inutilement une ressource ambulancière et de laisser à découvert une partie du territoire plus longtemps qu'elle n'aurait dû l'être.

Lors des transferts inter-établissements à partir d'une urgence donnée, on a souvent l'impression que le personnel de l'urgence croit que les ressources préhospitalières sont sans limite et que l'on peut demander une ambulance en claquant des doigts, en « stat », sans penser aux implications que cela peut avoir sur le territoire desservi et sans considérer les modes de transport alternatifs. On fait parfois perdre de précieuses minutes aux techniciens ambulanciers parce que l'on a appelé l'ambulance trop tôt et que le patient ou le personnel ne sont pas prêts. On a l'impression que les équipes d'urgence ont une vision très floue, très idéalisée du système et des ressources du préhospitalier, que celle-ci n'est pas ancrée dans le réel. L'exception étant les trop peu nombreux membres des équipes d'urgence qui sont impliqués en préhospitalier, soit à titre de médecins, de techniciens ambulanciers, ou autre.

---

La façon dont le préhospitalier est structuré peut jouer à notre avis un rôle important dans cet état de fait. Le préhospitalier est comme désincarné, géré par la Régie régionale (qui est quelque part dans la région), sans être vraiment intégré sur le terrain. Voir à cet effet le point 9 du présent document.

Une des solutions pour corriger le tir est de donner aux centres de réception un rôle élargi, intégrant vraiment le système préhospitalier à leurs activités. À cet égard, la fonction des centres de réception devrait, au Québec, s'articuler autour du concept d'hôpital de base, tel que décrit dans le document : « Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir ».

Nous en rappelons les grandes lignes :

#### **« Des Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux intégrés à des hôpitaux de base :**

Bien que plusieurs hôpitaux puissent remplir la fonction d'hôpital de base, il est de notre avis que les Services Préhospitaliers d'Urgence d'une région donnée devraient être rattachés à un hôpital de base spécifique. Les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux devraient demeurer indépendants de l'administration hospitalière afin de préserver l'impartialité de leurs décisions.

La direction médicale et administrative ainsi que le personnel de soutien nécessaire devraient être dans des locaux à proximité de l'urgence et avoir accès à l'information nécessaire à la gestion quotidienne du système via la centrale supra-régionale.

Les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux devraient s'adjoindre différents intervenants afin de respecter une approche communautaire : représentants de la Régie régionale, des établissements, des municipalités, des forces policières, de la santé publique, des citoyens, etc.

...

Les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux seraient responsables de développer des programmes régionaux d'assurance qualité, d'éducation publique et de prévention.»<sup>5</sup>

Ainsi intégrés, les équipes d'urgence pourraient vraiment se sentir participantes au système préhospitalier. Les équipes de réception pourraient recevoir une formation spécifique, les médecins « on-line » seraient sensibilisés aux protocoles du préhospitalier, formés spécifiquement pour assurer ce service et porter une assistance éclairée aux intervenants en plus de pouvoir s'impliquer quant à la formation et au processus d'assurance-qualité. Le personnel pourrait vraiment comprendre le bien fondé d'une approche expéditive et professionnelle à l'arrivée d'une ambulance : préavis, préparation, prise en charge, réception de l'information, échange de matériel au besoin, disponibilité des ressources et remise en fonction de l'équipe dans les plus brefs délais.

De plus, les processus de formation et d'assurance-qualité s'en verraient bonifiés. En plus d'une rétroaction directe (médical « on-line », réception des ambulances), en frayant de plus près avec les intervenants du préhospitalier, les médecins et autres membres des équipes d'urgence seraient plus disposés à s'impliquer dans la formation et l'assurance-qualité. Des sessions de révision de cas pourraient prendre place dans les centres receveurs mettant en jeu l'ensemble des intervenants : préhospitalier, urgence, spécialistes concernés, afin de revoir des problématiques spécifiques, proposer des ajustements aux protocoles et assurer une meilleure formation des intervenants, une meilleure compréhension et un plus grand respect des activités spécifiques de chacun de ces intervenants.

Si on veut que le moule actuel soit transformé et que l'intégration du préhospitalier au reste du système de santé se fasse plus profondément, il faudra définitivement poser les actions vigoureuses nécessaires pour en arriver à un modèle fonctionnel, semblable à celui proposé.

#### 4. ENCADREMENT MÉDICAL

Nous avons balisé l'autorité du directeur médical de la façon suivante dans le document : « Politique portant sur la direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec ».

##### « 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 démotivation 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. »<sup>6</sup>

Comment s'articule cette autonomie dans un cadre provincial en regard d'une direction provinciale des Services Préhospitaliers d'Urgence?

Rappelons que tel que décrit dans le document : « Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir », une direction médicale nationale ferait partie d'un :

« **Comité national composé :**

- d'un comité médical (3 à 4 médecins dont un membre de l'AMUQ) ou groupe d'experts prenant les décisions sur l'avenir du préhospitalier, en ce qui concerne les aspects médicaux.

**Ce comité aurait comme mandat de :**

- standardiser l'ensemble des Services Préhospitaliers d'Urgence au plan provincial;
- établir les normes de fonctionnement;
- établir les normes d'assurance qualité;
- déterminer le matériel nécessaire aux Services Préhospitaliers d'Urgence de la province et faire l'achat de façon centralisée;
- développer un programme de recherche intégré. »<sup>7</sup>

Il apparaît donc qu'en certains aspects, le directeur médical régional doit appliquer les décisions du Comité central, si on veut assurer à celui-ci un fonctionnement adéquat et la possibilité de remplir son rôle. À cet égard, un certain nombre de directeurs médicaux régionaux devraient pouvoir siéger au Comité central afin d'assurer une vision régionale au Comité central et permettre le respect des réalités régionales.

Les sphères qui devraient essentiellement reposer sur le Comité central pourraient être les suivantes : protocoles cliniques, programmes informatiques d'assurance-qualité (et autres), choix uniformisés d'achat d'équipements médicaux, grands objectifs de formation (initiale et complémentaire), programmes nationaux de recherche.

En bref sur ces grandes questions qui touchent à l'ensemble du système, les prises de décisions devraient être centralisées tout en assurant une représentation régionale au

---

Comité central. Les directeurs régionaux devraient être liés contractuellement lors de leur engagement quant au respect des directives centrales; un mécanisme d'arbitrage sanctionnel devrait être prévu en cas de non-respect des décisions nationales.

Afin d'assurer un fonctionnement adéquat du Comité central, celui-ci devrait reposer sur l'expérience d'experts, de quelques directeurs régionaux et du directeur du transport aérien. Un représentant de l'AMUQ devrait siéger à ce comité comme expert scientifique neutre et afin d'assurer un lien avec les urgences.

Il est de notre avis que dans un tel cadre bien défini, avec des règles de base claires et une représentation adéquate, les directeurs médicaux régionaux sentiraient leur autonomie respectée tout en donnant suffisamment de marge au Comité central pour assurer correctement son leadership et prendre des décisions nationales permettant d'assurer une meilleure coordination et des économies d'échelle.

## **5. ENCADREMENT MÉDICAL ET ASSURANCE-QUALITÉ**

Outre un cadre légal adéquat, un financement raisonnable, des ressources informationnelles suffisantes et un climat de collaboration et d'ouverture sur le monde, plusieurs mesures spécifiques sont nécessaires pour assurer un bon encadrement médical et soutenir la démarche d'assurance-qualité.

Chaque directeur régional devrait disposer :

- du personnel clérical adéquat, soit une secrétaire/archiviste;
- du support informatique nécessaire, soit un technicien/programmeur/« debugger »;
- du support technologique nécessaire pour assurer la maintenance du réseau de communications;
- d'un agent de recherche au besoin;
- d'adjoints médicaux en quantité suffisante :
  - des techniciens formateurs (5-6 par région?) qui font la tournée des sous-régions, forment les intervenants et participent au processus d'assurance-qualité;
  - des assistants médecins (2-3 par région?) qui s'impliquent dans la formation quant aux actes médicaux, révisent les cas de MDSA, décès, traumatismes, développent la recherche, etc.
  - à cet égard, il serait intéressant d'étudier la pertinence de développer un rôle pour des infirmières d'urgence désireuses de s'impliquer en préhospitalier,

---

chose qui ne se fait pas beaucoup actuellement et qui pourrait permettre de pallier au manque fréquent de médecins s'impliquant en préhospitalier.

**Quant au rôle que peut jouer l'Association des Médecins d'Urgence du Québec**, elle se propose comme une organisation scientifique prête à donner son avis sur les éléments qui la concernent et à participer à un processus de direction médicale provinciale. L'Association des Médecins d'Urgence du Québec devrait siéger au Comité de direction médical national à titre d'expert neutre, où elle pourrait amener, entre autres, la vision des urgences.

Elle s'offre également comme organisme pouvant perpétuer les liens qu'elle a acquis en préhospitalier au point de vue international. Elle est prête à donner son appui dans tout processus où l'on désire intégrer une approche fondée sur l'évidence et à recruter les ressources nécessaires parmi ses membres pour alimenter une telle démarche.

Nos membres ont un rôle important à jouer sur le terrain dans un processus d'intégration des Services Préhospitaliers d'Urgence. Ce sont les médecins qui accueillent les intervenants du préhospitalier quotidiennement dans les urgences du Québec, et ceux-ci seraient certainement prêts à s'impliquer plus avant dans la formation, la recherche et l'assurance-qualité à l'intérieur d'un projet provincial d'hôpital de base où les Services Préhospitaliers d'Urgence seraient rapprochés de l'activité clinique hospitalière.

## 6. MODULATION DE LA RÉPONSE

Les systèmes de Clawson et de Powerphone permettent déjà de moduler la réponse des ressources du préhospitalier en fonction des données transmises par l'appelant. Il est clair que ces systèmes fonctionnent avec un certain lot d'« overtriage » : certains appels ne nécessitent pas toujours les ressources dépêchées sur le lieu. Il est cependant impossible d'atteindre une spécificité de 100% dans un tel système qui se fonde sur des données subjectives (les détails donnés par l'appelant, un individu non formé à la reconnaissance de signes et symptômes, avec un bagage socio-culturel qui peut amener des variations dans l'interprétation des données); il faut cependant assurer, à l'intérieur de ces systèmes, la sécurité du public et accepter une spécificité plus faible du processus de triage.

Rappelons qu'il y a peu de littérature sur le sujet, particulièrement lorsque l'on tente de déterminer s'il est possible de ne pas envoyer une ambulance ou de ne pas transporter un

---

patient sur la seule foi de l'histoire de l'appelant. En tant que médecins d'urgence, étant quotidiennement confrontés avec des patients qui, initialement, avaient l'air « pas si pire », soit au triage ou selon l'histoire de la famille, pour se retrouver avec une catastrophe quelques minutes plus tard, nous nous faisons les défenseurs d'une prudence éclairée à cet égard.

L'Association des Médecins d'Urgence du Québec considère intéressantes les expériences menées par différents organismes aux États-Unis et en Angleterre où un second triage sur certains types d'appels (les codes oméga, alpha, bravo du Système avancé médicalisé de priorisation des appels urgents (SAMPAU)) par une « nurse practitioner » permet d'orienter le patient vers des ressources alternatives (centre de prévention suicide, centre antipoison, moyen alternatif de transport, etc.). Ce sont des alternatives récentes, qui sont médicalisées et qui se fondent sur des protocoles et des processus rigoureux d'assurance-qualité (semblables aux protocoles du SAMPAU).

Ainsi, toute ouverture à ce niveau devra se faire dans le cadre d'une démarche scientifique rigoureuse; il ne faut pas en effet faire porter au patient l'odieux des failles de notre système préhospitalier/de santé.

Le système québécois pêche actuellement plus par le manque de ressources alternatives à l'ambulance que par l'absence d'un système qui permette de discriminer la réponse à donner (faible couverture des premiers répondants, absence de transport alternatif (par exemple le transport inter-établissements) dans plusieurs territoires, etc.). Par ailleurs, des situations aberrantes perdurent actuellement, comme le fait de favoriser l'utilisation de l'ambulance par les bénéficiaires de l'aide sociale en ne défrayant pas les déplacements en taxi, mais en défrayant les frais de transport en ambulance (qui ne sont qu'une partie des coûts réels du déplacement) : ceci a pour effet de mettre un poids supplémentaire sur les Services Préhospitaliers d'Urgence déjà lourdement occupés dans plusieurs régions, tout en favorisant leur utilisation inappropriée.

Si les efforts nécessaires étaient mis pour assurer une couverture élargie par des premiers répondants et que des systèmes alternatifs de transport étaient disponibles dans toutes les régions du Québec, nous aurions déjà fait un grand pas permettant de faire bien des économies, de sauver plus de vies et d'optimiser l'utilisation des ressources de nos Services Préhospitaliers d'Urgence.

---

## **7. MISE EN PLACE D'UN CONSEIL DE TECHNICIENNES ET DE TECHNICIENS AMBULANCIERS (CTTA)**

Afin de bien répondre à cette question, il serait intéressant de mieux connaître le rôle envisagé pour ces CTTA. Deux écueils sont à éviter : le dédoublement de structures et la perte de vue de la mission première des techniciens ambulanciers, soit les soins aux patients.

Si cette proposition vise à intégrer, dans les compagnies ambulancières, une structure permettant de mieux organiser les éléments de formation et d'assurance-qualité dans chaque compagnie, alors oui, la proposition peut être intéressante. Cependant, il faut voir à relier les activités de ce conseil avec les autres maillons de la chaîne (quel serait par exemple le rôle des premiers répondants du territoire couvert par cette compagnie dans le CTTA) et avec la direction médicale et les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux afin que les activités puissent être complémentaires et coordonnées au besoin.

Est-ce qu'une structure régionale de techniciens ambulanciers formateurs, représentant les différentes compagnies, travaillant étroitement avec la table régionale des propriétaires, pourrait rendre les mêmes services? L'exemple de la région Chaudière-Appalaches où un groupe de techniciens relation-liaison (TRL) assurent la formation et le suivi d'assurance-qualité à l'intérieur d'une structure permanente régionale est peut-être une piste intéressante. Les réunions se tiennent avec l'équipe médicale et un suivi serré est fait avec la table de gestion des propriétaires; les décisions sont validées par les deux tables et la l'interface entre celles-ci est assurée par le coordonnateur médical.

Par ailleurs, en regard des CTTA, certaines compagnies emploient moins de 10 techniciens ambulanciers, est-ce qu'une structure de ce genre s'applique bien à la réalité courante des différentes régions du Québec? N'est-elle pas trop lourde, n'amène t'elle pas un interlocuteur supplémentaire dans une structure déjà complexe?

De plus, si les techniciens ambulanciers étaient vraiment intégrés aux équipes soignantes de notre système de santé dans le cadre d'un hôpital de base (voir le point 3), participant quotidiennement aux activités cliniques de ce système (formation, assurance-qualité), une telle structure ne deviendrait-elle pas futile?

---

Enfin, de par le fait que les patients remettent quotidiennement leur vie entre les mains des techniciens ambulanciers, n'y a-t-il pas lieu, afin de nous assurer d'une protection maximale du public, d'explorer sérieusement la possibilité que les actes posés relèvent d'un ordre professionnel, que ceux-ci soient rattachés à une corporation professionnelle?

Ainsi, une définition plus étoffée quant à ces CTTA et une réflexion sur des propositions alternatives seraient les bienvenues.

## **8. PARTAGE DE LA RESPONSABILITÉ DE GESTION**

### **Le partage des rôles et responsabilités des entreprises avec le 911 :**

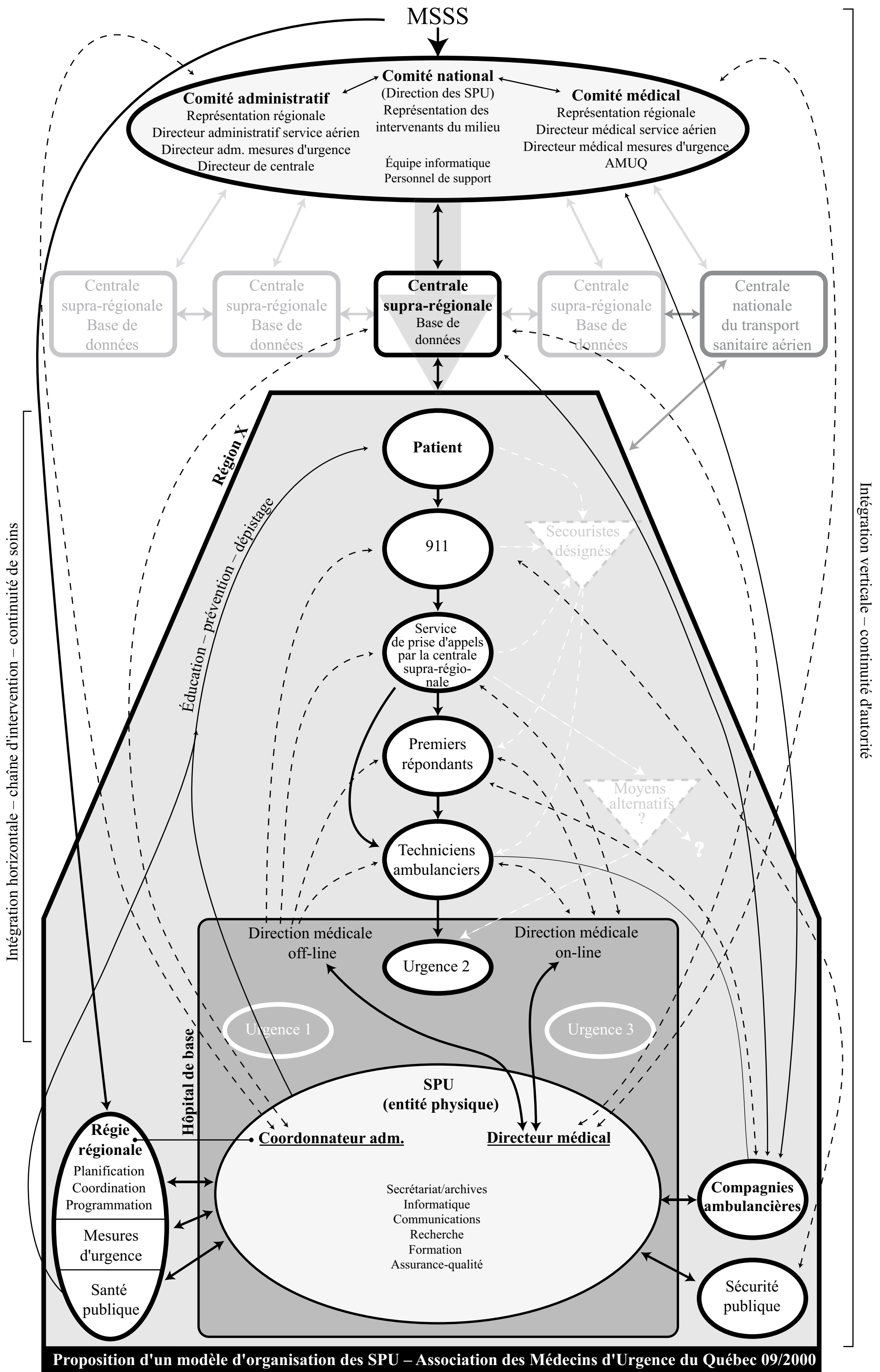
Les rôles des entreprises et du 911 : ces rôles sont déjà passablement définis, ce qui manque, c'est plus une notion d'« imputabilité ». Les intervenants ne se sentent pas responsables advenant qu'ils n'accomplissent par leurs tâches de façon adéquate.

Les entreprises doivent assurer une couverture ambulancière en fonction des normes provinciales en vigueur. Les centrales 911 doivent assurer une réponse aux appels d'urgence et orienter adéquatement l'appel aux ressources nécessaires, dans un délai normé, en passant outre à tout intérêt autre que l'organisme qui gère le service 911 peut avoir.

Bien que des normes existent, elles ne sont pas respectées, les intervenants ne se sentent pas concernés et agissent selon leur bon vouloir sans que l'organisme régulateur et responsable de l'organisation des services sur le territoire, soit les Régies régionales, n'aient le pouvoir d'intervenir ou de sanctionner; on attend qu'un événement majeur survienne (catastrophe, décès) pour agir.

Il faut donc ré-insister sur les rôles déjà définis et responsabiliser les intervenants quant à la nécessité de fonctionner dans ce cadre. Advenant un non-respect des normes, l'organisme régulateur devra avoir le pouvoir de mettre au pas ces intervenants allant jusqu'à leur enlever le privilège de rendre des services dans le système préhospitalier.





Proposition d'un modèle d'organisation des SPU – Association des Médecins d'Urgence du Québec 09/2000

---

## **Le partage des rôles et responsabilités des entreprises avec les centrales d'appel :**

Les centrales d'appels sont responsables quant à la réception des appels santé et à la répartition de ceux-ci aux entreprises couvrant le territoire.

À cet égard, les entreprises doivent se sentir participantes d'un système dans lequel on insiste sur la primauté du patient et où la centrale est l'organe du savoir : qui est occupé à quoi, qui devrait répondre, etc.

Ainsi, la centrale est la mieux placée pour décider des ressources à mobiliser pour répondre à un appel et les entreprises et leurs techniciens devraient se plier à ces décisions.

Les entreprises, les centrales et les Services Préhospitaliers d'Urgence doivent donc être liés de façon contractuelle par des protocoles d'ententes. La communication devrait être fluide dans tous les sens, les organisations doivent faire preuve de souplesse au long cours, soit être capables de modifier leurs conduites en fonction des conclusions des programmes d'assurance-qualité. Ici encore, les parties doivent être imputables de leurs décisions. Afin d'assurer un fonctionnement optimal, les propriétaires devraient être représentés sur le conseil d'administration des centrales. Ceux-ci doivent être représentatifs des services rendus et de la chaîne d'intervention, et donc permettre une représentation des services de premiers répondants, des techniciens ambulanciers, de la Régie régionale, de la direction médicale, des citoyens et des centres hospitaliers.

Il est évident que la centrale de coordination des appels urgents est le système nerveux du système et que chaque région devrait pouvoir disposer des services d'une centrale afin de pouvoir gérer de façon adéquate son système. Rappelons à cet égard le modèle de centrales supra-régionales proposé dans « Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir » :

« Ces centrales doivent être considérées comme le centre nerveux du système. Elles devraient être responsables de la réponse aux appels urgents, mais également d'un arrimage efficace avec les centrales 911 et de la gestion de l'ensemble de l'information concernant les interventions en préhospitalier.

---

Elles devraient aussi coordonner et améliorer la répartition, la gestion et la localisation des véhicules (gestion dynamique du parc de véhicules) ainsi que construire des systèmes favorisant une gestion optimale des transferts inter-établissements et des transports hors zone.

Les centrales seraient responsables des bases de données et le reste du système pourrait s'« abreuver » à celles-ci pour ses besoins en information. Les bases de données devraient être uniformes entre les centrales et l'information, protégée.

Le personnel devrait être en nombre suffisant pour assurer une réponse flexible selon les pointes d'achalandage, et les systèmes de communication devraient être uniformisés dans leur territoire de desserte.

Les processus d'assurance qualité devraient être standardisés et suivis rigoureusement.

Chaque région desservie devrait être représentée au conseil d'administration de ces centrales. Un directeur médical de la centrale devrait être désigné à même les directeurs médicaux des régions desservies.

Chaque centrale devrait disposer des ressources financières nécessaires pour être en mesure de fournir des services optimaux à la population qu'elle dessert (en considérant ses besoins). »<sup>8</sup>

En bref les centrales de coordination des appels urgents doivent être planifiées et structurées quant à leurs rôles et responsabilités de façon rigoureuse. On doit se fonder sur les évidences disponibles dans la littérature et, lorsque possible, sur la recherche, des études coûts-bénéfices, des méthodes modernes de gestion, une utilisation rationnelle des effectifs selon des modèles établis internationalement (par exemple les lois de Erlang). Elles doivent disposer également d'une technologie de pointe et de bases de données compatibles entre elles.

## **Le partage des rôles et responsabilités des entreprises avec les services préhospitaliers régionaux :**

Les rôles et responsabilités des entreprises envers les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux doivent être vus comme ceux d'une entreprise envers son client.

---

Les entreprises ambulancières sont des entreprises privées et à ce titre devraient être soumises aux lois du marché, de l'offre et de la demande.

Ainsi, chaque territoire d'une région devrait faire l'objet d'appels d'offre quant aux normes de performance et aux rôles et responsabilités définis pour ce territoire. Les entreprises qui contractent avec les services préhospitalier doivent être imputables de leur performance; l'initiative et le plus-value doivent être encouragées; des pénalités doivent être envisagées en cas de non rencontre des objectifs et des normes.

## **9. VISION GLOBALE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**

Quelques éléments supplémentaires méritent d'être précisés au regard de la présentation faite par notre Association en juin.

Nous désirons réitérer notre proposition d'organisation régionale des Services Préhospitaliers d'Urgence.

D'abord il est clair que les Services Préhospitaliers d'Urgence sont une sphère d'activité éminemment pratique, qui se fonde dans le réel, à proximité d'une population et d'autres services de santé à la population, soit les centres hospitaliers et autres établissements receveurs.

En ce sens, il apparaît illogique que les Services Préhospitaliers d'Urgence soient gérés au quotidien par les Régies régionales. Cela a pour effet de « désincarner » les Services Préhospitaliers d'Urgence dans ce quotidien. Les intervenants du préhospitalier se sentent peu concernés et les autres intervenants du réseau ne se sentent pas supportés par les Services Préhospitaliers d'Urgence, ne s'y intéressent pas, parce que ceux-ci sont bien loin, dans les Régies régionales.

Le préhospitalier est le seul dossier où les Régies régionales sont impliquées si près des soins. Bien qu'elles soient responsables de l'organisation des services sur le territoire, les Régies n'ont pas le mandat de gérer au quotidien les activités santé du réseau, leur mandat est de planifier, programmer et coordonner : est-ce que pour faire faire une étude d'assurance-qualité sur le traitement des infarctus dans une urgence d'un territoire donné, je dois passer par la Régie régionale? La réponse est non.

Dans le cadre du dossier Services Préhospitaliers d'Urgence, les Régies régionales devraient se prévaloir de leur mandat

---

de base et transférer les autres activités vers les établissements du réseau dans un esprit de continuité de soins.

Il ne faudrait pas, dans la turbulence d'idées qui a cours, perdre une opportunité intéressante de redonner à la population et au système de santé ses Services Préhospitaliers d'Urgence en ramenant ceux-ci au niveau d'hôpitaux de base.

Le système a été éprouvé aux États-Unis et permet de rapprocher les équipes d'urgence et les intervenants du préhospitalier, autant en termes de formation que d'assurance-qualité.

De plus, on désire que les équipes d'urgence collaborent plus avec les intervenants du préhospitalier, qu'elles se sentent concernées par ceux-ci, par leurs actions : y a-t-il un meilleur moyen pour rapprocher les équipes d'urgence des intervenants du préhospitalier que de créer des services de direction médicale « on-line » et de structurer des hôpitaux de base qui permettraient aux intervenants terrain de vraiment se sentir supportés par les équipes d'urgence? Permettant également un support de tous les instants, 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, contrairement aux Régies régionales dont le support réussi à peine à couvrir un 9 à 5, 5 jours par semaine, environ 45 semaines par année. Permettant par ailleurs de modifier des pratiques discutables, comme le fait de conserver dans les Régies régionales des dossiers de patients, dans des conditions où la confidentialité n'est pas toujours assurée, alors que la place de ces dossiers médicaux devrait être dans les services d'archives des établissements.

### **Si on vise une continuité de soins, on ne peut que prendre cette voie, la voie de la proximité physique et fonctionnelle et de l'adéquation à la mission :**

Le patient est pris en charge par les Services Préhospitaliers d'Urgence, un service médical « on-line » permet de porter l'action de l'équipe d'urgence sur le terrain, d'appuyer les intervenants, et donc à l'urgence de mieux se préparer. Les équipes d'urgence se sentent impliquées dans le système préhospitalier et travaillent en collaboration avec les intervenants du préhospitalier, l'équipe du directeur médical et le directeur médical régional pour la formation, l'assurance-qualité et la recherche.

Le directeur médical est supporté de façon adéquate régionalement et travaille en étroite collaboration avec le coordonnateur administratif régional et la direction médicale provinciale (il suit les recommandations provinciales en

matière de préhospitalier en reconnaissant qu'il n'a pas nécessairement tous les moyens pour réaliser les études et la démarche scientifique qui a cours au niveau du Comité provincial). Il peut donner son opinion sur les politiques et résolutions provinciales par le biais de ses représentants et a le sentiment que sa réalité régionale est respectée dans le processus. Il participe également à la gestion d'une centrale d'appels supra-régionale qui dessert sa région et a accès à tout le matériel informationnel nécessaire pour mener à bien sa tâche et le processus d'assurance-qualité.

À cet égard le coordonnateur administratif dispose de ressources équivalentes au directeur médical et les domaines qui sont de juridiction commune sont abordés de façon régulière par les deux parties. Certains de ces éléments étaient abordés dans le document « Politique portant sur la direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec » :

« ... 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. »<sup>9</sup>

Le coordonnateur administratif respecte les décisions du directeur médical quant aux priorités qui sont données aux éléments médicaux du système. Il est en étroite relation avec les intervenants de la Régie régionale quant à la structure globale du système et aux interfaces nécessaires à son fonctionnement intégré. Les budgets régionaux du préhospitalier sont fixés au niveau provincial selon un système de quote-part qui fait l'objet d'un consensus et qui est révisé périodiquement. La relation du coordonnateur admi-

nistratif avec les établissements est bonne et s'intègre dans le cadre de l'hôpital de base. Les équipes médicales collaborent, un contrat de location lie les Services Préhospitaliers d'Urgence à l'hôpital « x » qui fournit des locaux à proximité de l'urgence pour la formation, l'évaluation, l'assurance-qualité et le travail quotidien des différents intervenants du système (médecins, informaticiens, etc). Des services d'archiviste, de secrétariat et d'informatique sont fournis par l'hôpital sous contrat. Un processus d'échange de services entre le centre hospitalier et les Services Préhospitaliers d'Urgence a cours et permet de limiter les coûts.

Le coordonnateur administratif est employé par la Régie régionale et répond directement au directeur général de la Régie. Il est dans les faits le directeur administratif des Services Préhospitaliers d'Urgence. Comme son pendant médical, il est dépendant du Comité national pour les questions qui sont d'ordre national (budgets régionaux, politiques nationales, négociations des conventions collectives, etc). Il dispose d'une représentation équivalente à celui du directeur médical au niveau provincial.

L'intégration horizontale et verticale des différents paliers de responsabilités ainsi que la continuité des soins aux patients est donc réalisée et assurée (voir le modèle graphique qui accompagne le présent document en page 17 et 18).

## Références :

1. 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*, été 2000 : p 16.
2. 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*, été 2000 : p 22.
3. 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*, été 2000 : p 13.
4. 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*, été 2000 : p 11.
5. Association des Médecins d'Urgence du Québec, *Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir*, été 2000; 13 : 31.
6. 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*, été 2000 : p 20.
7. Association des Médecins d'Urgence du Québec, *Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir*, été 2000; 13 : 28.
8. Association des Médecins d'Urgence du Québec, *Prise de position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir*, été 2000; 13 : 30.
9. 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*, été 2000 : p 29.