

Les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir

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

PRISE DE POSITION DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC PRÉSENTÉE AU COMITÉ NATIONAL DE RÉVISION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

SOMMAIRE EXÉCUTIF

Au Québec, les Services Préhospitaliers d'Urgence accusent un retard de plusieurs années concernant leur développement. Nous n'avons qu'à penser à l'absence d'une structure gouvernementale efficiente et dédiée aux Services Préhospitaliers d'Urgence, aux directions médicales régionales faiblement organisées, appuyées et structurées, aux systèmes d'information déficients et non intégrés, à la pauvreté de la recherche, à l'absence de soins avancés, d'hôpitaux de base, etc.

Une transition est nécessaire et doit se fonder sur une **vision système**, un **rapport coût-bénéfice** optimal et avoir comme objectif central **l'amélioration de la condition du patient** (approche-client).

Il faut donc créer des modèles en partenariat avec les autres organisations opérant sur le même terrain que les Services Préhospitaliers d'Urgence : la sécurité publique, la santé publique et les partenaires du réseau de la santé. Le but ultime est de créer des services plus efficaces pour la population québécoise et de les moduler en tenant compte des besoins de santé de populations données.

C'est dans cette optique que l'AMUQ appuie la position prise par le gouvernement américain dans « EMS Agenda for the Future » et dépose au Comité national de révision des Services Préhospitaliers d'Urgence une vision adaptée à notre réalité.

A- Notre Association

L'Association des médecins d'urgence du Québec est une association scientifique regroupant plus de six cents médecins intéressés par la médecine d'urgence et le préhospitalier. L'AMUQ organise diverses activités de formation (congrès, journées interdisciplinaires, journal, etc.) en plus de s'impliquer dans l'avancement de la médecine d'urgence et du préhospitalier à plusieurs niveaux. Elle a été le moteur de la reconnaissance de la spécialité en médecine d'urgence au Québec.

De plus :

- L'Association des médecins d'urgence du Québec a joué un rôle essentiel dans le développement des Services Préhospitaliers d'Urgence (activités de formation, approche scientifique, activités de recherche, etc.).
- L'Association possède une expertise reconnue en préhospitalier (Table des coordonnateurs médicaux des Services Préhospitaliers d'Urgence, ministère de la Santé, Bureau du coroner, Collège des médecins du Québec, etc.).
- L'Association prône que la médecine préhospitalière doit être reconnue comme une sous-spécialité de la médecine d'urgence.
- L'Association est ouverte sur le monde et entretient des liens avec ses associations sœurs (ACEP,ACMU, SAEM, NAEMSP, etc.).
- L'Association prône une approche interdisciplinaire et communautaire, particulièrement par l'organisation de ses « Journées d'échanges interdisciplinaires sur les services préhospitaliers ». Son conseil d'administration a adopté une position forte en regard de cette approche et l'Association en est actuellement le principal promoteur.
- L'Association organise depuis plus de 10 ans des congrès en préhospitalier.
- L'Association entretient des liens avec les meilleurs experts en préhospitalier à travers le monde.
- L'Association est intéressée par les développements récents en préhospitalier partout dans le monde et reconnaît les documents suivants comme des éléments-clés dans la définition et la gestion de Services Préhospitaliers d'Urgence modernes :

Agenda for the Future

Agenda for the Future : Implementation Guide

Agenda for the Future : Education Guide

Position Paper Anthology, NAEMSP

Medical Direction of Emergency Medical Services, ACEP

B- Notre vision des

Services Préhospitaliers d'Urgence

Dans une perspective clinique, les Services Préhospitaliers d'Urgence sont une extension intégrée des soins administrés à l'urgence. Ils permettent de stabiliser puis de transporter (mais pas nécessairement dans tous les cas) une personne chez qui on suspecte une condition médicale urgente (au sens élargi) ou qui nécessite une intervention immédiate.

C- Position de l'Association

des Médecins d'Urgence du Québec concernant les Services Préhospitaliers d'Urgence

I- Introduction

Ces dernières années, on a vu des changements importants transformer plusieurs services préhospitaliers à travers le monde. Nous n'avons qu'à penser à la réforme du côté ontarien, à celle de la Nouvelle-Écosse et au plan ambitieux mené par le gouvernement américain sur la réorganisation des Services Préhospitaliers d'Urgence à l'échelle nationale.

Au Québec, les Services Préhospitaliers d'Urgence accusent un retard de plusieurs années concernant leur développement : absence d'une structure gouvernementale efficiente et dédiée aux Services Préhospitaliers d'Urgence, direction médicale faiblement organisée, appuyée et structurée, systèmes d'information déficients et non intégrés, pauvreté de la recherche, absence de soins avancés, d'hôpitaux de base, etc.

Une mutation s'avère nécessaire, car nous vivons dans une ère de changements majeurs qui surviennent à grande vitesse : songeons, par exemple, à toute la technologie qui nous entoure et qui devient de plus en plus envahissante dans notre travail, autant en santé que dans plusieurs autres domaines d'activité.

Également la population évolue. Ses habitudes, son éducation ainsi que son vieillissement sont des préoccupations majeures qui doivent être étudiées de près si nous voulons que les Services Préhospitaliers d'Urgence de demain soient efficaces, efficients et continuent d'exister pour les générations futures.

Cette transition doit se fonder sur une **vision système**, un **rapport coût-bénéfice** optimal et avoir comme objectif central **l'amélioration de la condition du patient** (approche-client). Ces trois éléments doivent être pris en considération de façon prioritaire.

Les Services Préhospitaliers d'Urgence du futur doivent être près de leurs populations et doivent s'intégrer aux autres composantes du système de santé ainsi qu'aux autres systèmes/organisations telles la sécurité publique et la santé publique. Les Services Préhospitaliers d'Urgence de demain ne peuvent plus vivre comme nous les connaissons présentement, c'est-à-dire en mode « isolement ».

Les occasions de développer un service préhospitalier d'urgence fonctionnel et proportionnel aux besoins de la population desservie existent et doivent être saisies. Il faut créer des modèles en partenariat avec les autres organisations opérant sur le même terrain que les Services Préhospitaliers d'Urgence; le but ultime étant de créer des services plus efficaces pour nos populations.

C'est dans cette optique que l'AMUQ appuie la position prise par le gouvernement américain dans « EMS Agenda for the Future » et dépose au Comité national de révision des Services Préhospitaliers d'Urgence une vision semblable, adaptée à notre réalité.

2- Un exemple de modèle d'intégration de demain

Nous sommes en l'an 2010 en plein cœur de la ville de Québec. Au 1075, chemin Sainte-Foy se tient une conférence sur les soins cardiaques de demain entre gens de différents ministères de la santé des pays industrialisés. Un des participants, le Dr Julianus Itof, de la Biélorussie, commence à se sentir mal. Il présente une douleur sous forme de serrement au niveau de la poitrine. Le responsable de la conférence, M. Gagnon assis devant son ordinateur portatif, voyant l'état critique de son voisin de table, lance un appel immédiat par courriel à la centrale 911 avancée couvrant tout le territoire de l'est du Québec.

Le préposé du centre de réponse, voyant la teneur de l'appel, dirige immédiatement l'appel vers le centre de coordination des appels urgents norme ISO santé 9110 de l'est du Québec. En fonction des renseignements reçus, après avoir parlé au patient avec son traducteur de voix informatisé et après avoir consulté la base de données médicale de son système (qui contenait déjà l'essentiel du dossier médical du Dr Itof, lequel avait été saisi lors de son passage aux douanes sur la micropuce intégrée dans son passeport), il établit cet appel comme prioritaire et, par l'entremise de sa carte géomatique, envoie les ressources les plus aptes et les plus proches : des pompiers premiers répondants médicalisés situés à moins de 4 minutes de l'endroit.

Un véhicule de soins avancés comprenant à son bord un assistant médical et un technicien ambulancier de niveau de base est automatiquement dépêché. Toute l'information reçue à la centrale de coordination lui est envoyée de façon sécuritaire sur son terminal véhiculaire informatisé. De plus, l'assistant médical reçoit les informations cliniques sur son *Palm notes* portatif. Des suggestions concernant l'interven-

tion à venir et la médication à administrer lui sont proposées (protocole validé par la direction médicale provinciale).

Entre temps, la situation se détériore et le patient perd conscience. M. Gagnon parle de nouveau au préposé de la centrale de coordination et celui-ci, par communication en mode vidéoconférence sur son écran d'ordinateur, supervise les efforts de monsieur Gagnon pour les manœuvres de RCR.

Les pompiers premiers répondants arrivent en moins de 4 minutes et assument les premiers soins en attendant le véhicule de soins avancés. Le patient étant connu porteur d'un *pacemaker*, le préposé de la centrale demande aux premiers répondants de brancher une électrode dans la fiche de téléphone ainsi que sur le patient. Il appelle aussitôt à l'hôpital de base et entre en communication avec le cardiologue de garde. S'apercevant qu'il s'agit ici d'un trouble du rythme, le cardiologue reprogramme le cardiostimulateur du patient en mode « online » et le patient reprend vie.

À l'arrivée de l'équipe médicale, l'assistant médical, nouvellement formé de l'université en soins préhospitaliers d'urgence (programme de trois ans menant à un baccalauréat) et relevant du directeur médical, se met en communication avec l'hôpital de base. Il reçoit les informations nécessaires et, avec l'aide des premiers répondants, monte le patient à bord du véhicule de soins.

En récupérant une canule oro-pharyngée par terre, les premiers répondants remarquent la présence de moisissures sur le bas des murs et en prennent note.

L'hôpital de destination est avisé et pendant le transport, le monitoring des signes vitaux du patient est automatiquement transmis à la salle d'urgence du centre receveur. L'ambulancier sait d'avance dans quel lit le patient sera reçu. Il se pourrait, vu les anomalies présentes sur l'électrocardiogramme, que le patient puisse subir une thrombolyse avec anti-oxydants. Le patient est alors soumis à un questionnaire sommaire, en utilisant le traducteur de voix, afin de vérifier s'il existe des contre-indications au traitement et une voie d'entrée est installée, permettant à l'équipe médicale de gagner du temps.

Arrivés au centre receveur, l'assistant médical se branche au terminal de l'hôpital et transmet toute l'information pertinente recueillie à la base de données centrale. Il se met en communication avec la centrale et fait son rapport. Il en

transmet une copie au bureau du directeur médical en vue d'analyse pour compléter le processus d'assurance qualité. Après 15 minutes au centre hospitalier, les intervenants se remettent en disponibilité.

De leur côté, les premiers répondants écrivent leur rapport sur ordinateur et en envoient une copie à leur médecin responsable par courriel, un adjoint du directeur médical régional. Ils envoient aussi une note à la personne responsable de la santé publique concernant les moisissures aperçues sur les murs. Celle-ci, dès le lendemain de l'incident, envoie une équipe sur place pour faire la lumière sur les événements et trouve une relation de cause à effet entre les moisissures et le nombre de pneumonies diagnostiquées depuis deux mois dans le milieu. Des travaux devront être faits afin de prévenir d'autres infections.

Finalement, le directeur médical avec son équipe d'assurance qualité fait une révision du cas et envoie une rétroaction positive à tous les intervenants, y compris à M. Gagnon pour son action rapide et son implication qui ont sauvé la vie du Dr Itof.

3- Cadre général

L'AMUQ tente d'apporter une position objective, scientifique et critique sur les Services Préhospitaliers d'Urgence. Elle présente un tableau qui se veut global tout en étant consciente de la diversité des situations retrouvées sur le territoire québécois.

4- Les quatorze attributs des Services Préhospitaliers d'Urgence

(tels que présentés dans « EMS :Agenda for the Future »)

- Intégration dans le système de santé
- Recherche
- Législation et direction
- Financement du système
- Ressources humaines
- Direction médicale
- Éducation
- Éducation publique
- Prévention
- Accès public
- Communications
- Soins cliniques
- Systèmes d'information
- Évaluation

5- Position de l'Association des Médecins d'Urgence du Québec sur les Services Préhospitaliers d'Urgence

Le format utilisé dans cette partie du texte comprend trois sections :

- « Où nous en sommes »
- « Où nous voulons aller »
- « Comment y arriver »

« OÙ NOUS EN SOMMES »

Intégration dans le système de santé : l'intégration est partielle et varie selon les initiatives régionales. Il existe une ambiguïté majeure du fait que les régies régionales, qui sont responsables de l'organisation et de la planification des services dans leur région, gèrent ici le système au quotidien, comme s'il n'était pas assez mature pour « voler de ses propres ailes ». Les relations sont souvent peu développées avec le personnel de l'urgence, avec les hôpitaux et les autres composantes du système de santé. Les techniciens ambulanciers sont souvent vus comme ceux qui « amènent de l'ouvrage », car ils ne sont pas souvent annoncés et leur répartition est parfois aléatoire. Les Services Préhospitaliers d'Urgence sont considérés la plupart du temps comme ne faisant pas partie du système et la perception envers eux-ci est souvent négative. La grande majorité des intervenants en santé n'ont aucune connaissance de ce que sont les Services Préhospitaliers d'Urgence. Concernant son intégration avec les autres systèmes/ organisations (santé publique, sécurité publique, communauté, etc.), l'avancement des travaux est encore plus embryonnaire.

Recherche : le bilan des activités en recherche est maigre en préhospitalier au Québec. Il y a des difficultés de financement et un manque de structure. Globalement, la recherche en préhospitalier est souvent faible méthodologiquement et elle se penche sur une partie restreinte et très spécifique du système, plutôt que d'étudier le système dans sa globalité. Les intervenants en préhospitalier sont peu formés quant à la lecture critique de la littérature ou à la façon de monter un projet de recherche. La littérature est souvent interprétée de façon non critique.

Législation et direction : le cadre législatif actuel est ambigu; il empêche l'évolution du système et n'est pas collé à sa réalité. On ne peut que constater le désintéressement du Ministère dans les dernières années pour le dossier du

préhospitalier. La même chose s'applique dans plusieurs régions régionales. Le rôle du directeur médical est très mal encadré : il n'existe pas de définition de tâches et il n'a pas de pouvoir de sanction quant à la qualité de l'acte. Il n'est pas protégé par une assurance responsabilité spécifique.

Financement du système : il est basé sur le transport alors que le transport n'est qu'une partie des activités des Services Préhospitaliers d'Urgence. Le financement n'est pas attribué en fonction de la **préparation** du système. Un financement est attribué, sans aucun risque, à des compagnies privées. Il n'y a pas d'incitatif à la performance; les obligations sont floues. Il n'y a pas de place pour la notion d'appel d'offres qui pourrait générer une compétition et permettre d'améliorer le système. La notion archaïque de zone nuit aux soins aux patients. Il y a peu de pouvoir attribué aux régies leur permettant de prendre des mesures correctrices. Il y a une multitude d'agents payeurs, ce qui amène de la confusion. Les techniciens ambulanciers passent beaucoup de temps à remplir des papiers à cet effet, alors que leur rôle devrait être de prodiguer des soins. Il y a une faible contribution des usagers qui entraîne une surutilisation en raison de l'absence de possibilités de transport. Il n'y a pas de distinction faite quant aux transferts inter-établissement/transports non urgents et une partie des ressources est financée sur cette base, alors qu'à la rigueur ces transferts peuvent priver le système des ressources urgentes nécessaires.

Ressources humaines : il existe un seul échelon de techniciens ambulanciers. Les ressources sont limitées quant aux premiers répondants. Il y a une faible participation des municipalités. Il y a un faible pourcentage de formation de la population en RCR. Il y a une faible participation des milieux scolaires à une formation obligatoire en RCR. Le rôle et l'importance des préposés aux appels téléphoniques des appels urgents (PATAU) commencent seulement à être reconnus et valorisés.

Direction médicale : les médecins d'urgence sont peu impliqués dans la gestion globale et l'évolution du système. Voir à cet égard le document « POLITIQUE PORTANT SUR LA DIRECTION MÉDICALE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE » de L'Association des médecins d'urgence du Québec.

Éducation : la formation est non uniforme dans la population des techniciens ambulanciers. Plusieurs techniciens ambulanciers n'ont qu'une formation minimale. Pour des

raisons financières, le recrutement d'étudiants se fait souvent dans des programmes d'emploi ciblés (par exemple, les programmes des Centres locaux d'emploi), ce qui ne favorise pas la sélection des meilleurs candidats. Il existe des barrières à la formation continue des techniciens ambulanciers (budgets, volonté, structure, uniformité, etc.). Le processus est lourd en cas d'échec. Peu d'avenues de recyclage sont offertes aux employés des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Éducation publique : ce rôle est peu développé en ce qui a trait aux Services Préhospitaliers d'Urgence au Québec. Il est essentiel et doit être un des éléments à mettre en priorité. Une population sensibilisée, mieux formée quant à son système préhospitalier, aura tendance à s'y impliquer afin de l'améliorer, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Prévention : ce rôle est également peu développé en rapport avec les Services Préhospitaliers d'Urgence au Québec. La **prévention** (en préhospitalier comme en santé de façon générale) n'étant pas considérée à sa juste valeur dans le réseau ni pratiquée de façon optimale, ceci génère des coûts ainsi qu'une utilisation, parfois abusive, des SPU. Il y a peu de données/études sur les risques pour la santé des travailleurs des Services Préhospitaliers d'Urgence. Très peu de ressources sont affectées à la prévention.

Accès public : il existe une problématique importante quant à la localisation des appels 911 par cellulaire. Il y a absence d'un processus formel d'assurance qualité pour les centrales 911. L'organisme régulateur, le CRTC et les compagnies de téléphonie semblent peu intéressés par la question. Les centrales 911 ont souvent de la difficulté à reconnaître leurs limites et à s'intégrer aux Services Préhospitaliers d'Urgence. Il existe parfois une filtration des appels par les services policiers qui opèrent des 911. De plus, le 911 est présent dans seulement 85 % du territoire québécois. Aucun lien formel n'existe entre les centres 911 et les centrales de coordination.

Communications : il existe de grandes disparités régionales. Il y a absence de centrales de coordination dans plusieurs régions. La prise d'appels n'est pas uniforme. Une partie des régions a pu profiter d'un financement pour l'implantation du système médicalisé de prise d'appels de Clawson, selon des conditions et un processus qui restent nébuleux. Les processus d'assurance qualité ne sont pas appliqués de façon rigoureuse. La communication est déficiente et non intégrée d'une région à l'autre ce qui fait qu'un

véhicule ambulancier se retrouve presque perdu à la sortie de sa région. De plus, s'il y avait une meilleure coordination, le transport à vide serait moins important chez les véhicules ambulanciers. Les systèmes de localisation automatique véhiculaire et de répartition avancée par ordinateur sont quasi inexistantes. Les ondes radio ne sont pas encodées dans plusieurs zones ce qui favorise le « scanning » des ondes par les curieux ou les journalistes.

Soins cliniques : il existe des disparités régionales et il y a peu de directives provinciales. Ceci occasionne des difficultés quant aux mouvements des techniciens ambulanciers entre les régions. Les interventions préhospitalières sont documentées mais peu révisées. Le processus est lourd avec le Collège des médecins lors de l'implantation de nouvelles techniques ou de médicaments. La Loi médicale ne permet pas la délégation des actes à des techniciens ambulanciers ou autres intervenants. Les services de premiers répondants sont peu développés et la défibrillation précoce par les premiers répondants l'est encore moins. L'intégration des nouvelles modalités thérapeutiques ou intervenants est à parfaire (exemple : défibrillation par des secouristes désignés). Il n'y a pas de soins avancés prodigués par des techniciens ambulanciers au Québec ni en milieu rural ni en milieu urbain. À Montréal, les médecins d'Urgences-Santé interviennent à l'occasion, sans que leur rôle et leur pertinence n'aient été étudiés ou ne soient définis clairement. La pertinence de former des techniciens ambulanciers en soins avancés n'a pas été étudiée. Il n'existe aucune harmonisation avec les autres provinces afin de pouvoir libéraliser la mobilité de la main-d'œuvre, et ce, malgré que des travaux soient en cours. La participation du ministère est très limitée à cet égard.

Systèmes d'information : il n'y a à peu près pas de systèmes d'information en préhospitalier au Québec. Les systèmes existants sont déficients et peu compatibles entre eux; les services qu'ils rendent sont limités et ils sont peu adaptés à la réalité de demain (CISPUQ, numérisation des rapports d'intervention préhospitalière, etc.). Il en ressort qu'il y a peu de données objectives sur les Services Préhospitaliers d'Urgence au Québec. Partout dans les régions, des intervenants multiples entrent les mêmes données dans des systèmes différents (inefficacité). Personne n'a exploré le potentiel des systèmes d'information qui existent ailleurs.

En ce qui a trait au développement, les intervenants sont limités en termes de ressources, mais tout le monde veut avoir des données lorsqu'il y a situation de crise.

Évaluation : l'évaluation des interventions cliniques se fait surtout dans les cas d'arrêts cardiaques bien que, encore, certaines régions ne fassent pas une révision stricte de tous leurs cas. Peu d'autres aspects du système sont évalués, sauf dans certaines régions où les cas de décès et d'utilisation de l'Épinéphrine sont révisés. La performance globale n'est pas évaluée; le déficit des aspects informationnels rend cette tâche difficile.

« OÙ NOUS VOULONS ALLER »

OBJECTIFS PRIORITAIRES :

Que les Services Préhospitaliers d'Urgence soient intégrés pleinement au réseau de la santé et deviennent un partenaire majeur de la santé publique et de la sécurité publique dans un esprit communautaire.

Que l'on prépare et adopte des lois concernant les Services Préhospitaliers d'Urgence qui permettent l'innovation et l'intégration.

Que l'on développe des systèmes d'information qui gèrent l'ensemble du processus des Services Préhospitaliers d'Urgence et dont les données sont standardisées afin qu'on puisse comparer les systèmes.

Que l'on assure la présence d'une direction médicale pour tous les aspects du préhospitalier et qu'on y alloue les ressources nécessaires.

Que l'on détermine les coûts et bénéfices des Services Préhospitaliers d'Urgence pour la communauté et que l'on établisse les priorités de développement en fonction de normes comme les *Quality's* (rapport coût-bénéfice) avant d'introduire de nouvelles pratiques/structures.

Que tous les Services Préhospitaliers d'Urgence soient traités sur le même pied et aient accès aux mêmes ressources. Les modes de financement devraient aussi être harmonisés selon des barèmes nationaux, en tenant compte des besoins de la population desservie par chaque service préhospitalier d'urgence.

Que l'on développe et poursuive un programme de recherche intégré concernant les Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on offre une couverture de l'ensemble du territoire québécois par un numéro unique, le 911.

Que l'on s'assure que tous les appels d'urgence soient automatiquement accompagnés d'une localisation automatique, incluant ceux transmis par téléphonie cellulaire.

Que l'on exige la présence d'un système d'assurance qualité avec protocole pour les centrales 911.

Que l'on crée un lien contractuel entre les centres 911 et la centrale de coordination santé.

Que le ministère de l'Éducation, le ministère de la Santé et les autres instances décisionnelles pertinentes soient saisis de la nécessité de rendre obligatoire une formation adaptée en premiers soins et en réanimation cardio-respiratoire à tous les niveaux de l'éducation (primaire, secondaire, collégial et universitaire).

Que l'on s'assure d'une volonté provinciale de développer le concept de premier répondant dans toutes les municipalités.

Que l'on s'assure de l'uniformisation de la formation en matières dangereuses et en gestion des sinistres de tous les intervenants.

Que l'on développe des stratégies de collaboration afin d'identifier et de s'attaquer à des problématiques de santé communautaire et de sécurité.

Que l'on participe en préhospitalier aux efforts de prévention dans la communauté.

AUTRES OBJECTIFS TOUCHANT LES GRANDS THÈMES SUIVANTS : « CONSTRUIRE DES PONTS »

Que l'on améliore les relations de coopération entre les Services Préhospitaliers d'Urgence et les autres intervenants de la communauté.

Que l'on développe des liens de collaboration entre les Services Préhospitaliers d'Urgence et les maisons d'enseignement.

Que l'on développe des programmes d'éducation interreliés.

Que l'on crée des liens avec des partenaires de la communauté pour l'éducation du grand public.

Que l'on développe des protocoles d'entraide mutuelle entre SPU voisins.

« OUTILS ET RESSOURCES »

Que l'on résolve de façon adéquate le financement des SPU et que l'on permette aux SPU performants et non déficitaires des allocations supplémentaires afin de promouvoir le sens de la bonne gestion.

Que l'on rende possible l'évaluation des Services Préhospitaliers d'Urgence sur une base continue et dans leur globalité.

Que l'on favorise la recherche et le développement de programmes académiques pour l'ensemble des intervenants des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on encadre la formation dans les Services Préhospitaliers d'Urgence selon un canevas national.

Que l'on forme les intervenants en préhospitalier en recherche, en amélioration de la qualité, en gestion et en prévention.

Que l'on favorise l'utilisation de systèmes d'information uniformisés entre les différents Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on identifie et cible adéquatement les besoins en préhospitalier de la communauté à l'aide de bases de données portant sur la santé de la population ciblée.

Que l'on s'assure que les patients soient bien protégés lors de la mise en place de protocoles de recherches et d'analyses de coûts.

« DÉVELOPPER DES INFRASTRUCTURES »

Que l'on offre une réponse appropriée du système des Services Préhospitaliers d'Urgence en fonction des besoins du patient.

Que l'on s'assure d'une direction médicale nationale.

Que les organismes participant au développement des Services Préhospitaliers d'Urgence, à leur gestion et à leur fonctionnement aient à rendre des comptes.

Que l'on marie l'évaluation des soins préhospitaliers et la technologie s'y rattachant afin de mieux développer des outils permettant l'amélioration des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on développe le concept de la prévention en

préhospitalier et qu'on en fasse un point majeur dans le continuum et le développement des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'approche des Services Préhospitaliers d'Urgence se colle le plus possible à celle d'une approche client.

« COMMENT Y ARRIVER »

Globalement, le processus de révision des Services Préhospitaliers d'Urgence devrait être continu en ce qui touche à son raffinement et à son développement. La structure doit être évolutive, le système doit être « plus grand que la somme de ses parties » et il doit nous survivre.

« CONSTRUIRE DES PONTS »

Que l'on informe adéquatement les organismes gouvernementaux des éléments majeurs concernant les Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on soit proactif face aux législations existantes et futures concernant les SPU.

Que l'on fasse de la médecine préhospitalière une spécialité de la médecine d'urgence.

Que l'on rende obligatoire la participation des municipalités à des programmes de premiers répondants en leur fournissant le financement nécessaire.

Que l'on s'assure que tous les intervenants de la santé aient des connaissances de base en préhospitalier.

Que l'on inclue le volet prévention dans la formation du personnel des Services Préhospitaliers d'Urgence et que l'on fasse de la prévention un objectif majeur tout en partageant nos connaissances à ce sujet entre Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on crée un système de réciprocité concernant l'accréditation des employés des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on augmente la diversité culturelle du personnel des Services Préhospitaliers d'Urgence, tant du personnel soignant que des formateurs afin d'optimiser les interventions.

Que l'on permette aux gens de la communauté d'être présents dans l'évaluation de leur service préhospitalier d'urgence.

« OUTILS ET RESSOURCES »

Que l'on augmente notre connaissance des dangers à la santé et à la sécurité du personnel des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que le ministère de l'Éducation accrédite obligatoirement l'ensemble des programmes de formation du personnel des Services Préhospitaliers d'Urgence; que cette formation se fasse dans des maisons d'enseignement reconnues et que l'on exige la présence d'une direction médicale pour ces programmes d'enseignement.

Que la formation de l'ensemble des techniciens ambulanciers soit rehaussée afin d'équivaloir au cours de 840 heures.

Que l'on inclue dans le processus de formation des intervenants en préhospitalier des objectifs spécifiques quant à la recherche, l'amélioration de la qualité et la gestion.

Que l'on s'assure d'un bon niveau de qualification des directeurs médicaux, entre autres, par une formation spécifique de directeur médical en préhospitalier, et que cette formation soit reconnue par les pairs (Collège des médecins, fédérations, etc.).

Que l'on identifie et développe des fonds pour la recherche en préhospitalier, que l'on accroisse l'intérêt des médecins en recherche préhospitalière et que l'on développe la recherche dans des programmes académiques reconnus (maîtrise en épidémiologie, Ph. D., etc.).

Que les coordonnateurs administratifs possèdent une formation en gestion (de type MBA).

Que les propriétaires des compagnies ambulancières possèdent une formation en gestion et en assurance qualité.

Que l'on développe des mécanismes de reconnaissance et de valorisation pour les professionnels de la santé travaillant dans les Services Préhospitaliers d'Urgence.

« DÉVELOPPER DES INFRASTRUCTURES »

Que l'on optimise les systèmes d'information et les bases de données des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on favorise l'uniformisation des « data set » dans les systèmes d'information des Services Préhospitaliers d'Urgence.

Que l'on définisse les fonctions des Services Préhospitaliers d'Urgence en relation aux besoins d'une communauté spécifique.

Que l'on maintienne à jour les programmes de traitements d'appels et développe des standards de qualité concernant les communications.

Que l'on implante et évalue des programmes de désamorçage du stress.

Que l'on soit ouverts à la critique constructive des clients et qu'on leur donne entière satisfaction, selon un modèle d'approche client.

APPROCHE NOVATRICE : MODÈLE THÉORIQUE

Il est illusoire, en raison de la complexité de la question, que l'AMUQ puisse proposer un modèle complet ayant réponse à toutes les questions soulevées. Cependant, un modèle intéressant pourrait correspondre à :

a- Un comité national composé :

- d'un comité administratif dynamique, compétent avec une formation universitaire en gestion et en relations de travail;
- 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;
- d'une équipe d'informaticiens et de techniciens en programmation afin de développer les systèmes d'information du réseau;
- du personnel de soutien en nombre suffisant et ayant de l'expertise en préhospitalier et en systèmes d'information.

Ce comité devrait relever d'une autorité responsable, compétente, stable, avec un pouvoir décisionnel sur l'ensemble des Services Préhospitaliers d'Urgence (exemple : un sous-ministre adjoint).

Ce comité aurait comme mandat de :

- standardiser l'ensemble des Services Préhospitaliers d'Urgence au plan provincial;
- établir les normes de fonctionnement;
- établir les budgets;
- 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 (meilleur pouvoir d'achat à moindre coût);

- participer aux négociations des conventions collectives et être capable d'en assurer le suivi et l'actualisation;
- négocier le cadre des contrats des compagnies ambulancières (exigences minimales, performances, responsabilités);
- informatiser le réseau;
- s'occuper de la législation des Services Préhospitaliers d'Urgence et y faire apporter les modifications nécessaires, en collaboration avec les autres ministères;
- développer un programme de recherche intégré.

b- Un ensemble de quatre à cinq centrales de coordination supra-régionales :

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).

c- 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 région régionale, des établissements, des municipalités, des forces policières, de la santé publique, des citoyens, etc.

Les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux seraient responsables de lancer des appels d'offres en fonction des exigences provinciales, de façon périodique, auxquels les compagnies ambulancières pourraient souscrire pour un territoire donné, avec des exigences de performance strictes (dictées par le comité national) alimentées par les systèmes d'information pertinents.

Les compagnies ambulancières devraient être responsabilisées quant à la formation continue des techniciens ambulanciers, avec des exigences de formation continue claires.

Des méthodes de transport de rechange devraient être développées pour les transferts inter-établissements/transports non urgents, avec les modifications nécessaires à la loi. Le ministère de la Santé devrait avoir juridiction sur ces transports et, par l'entremise du Comité national, établir des normes sur l'accréditation des compagnies de transport. Un système d'appels d'offres pour un territoire donné devrait également exister quant à ces transports. On devrait favoriser le recyclage du personnel des Services Préhospitaliers d'Urgence dans l'opérationnalisation de tels modèles.

Les Services Préhospitaliers d'Urgence régionaux seraient responsables de développer des programmes régionaux d'assurance qualité, d'éducation publique et de prévention.

Les municipalités devraient toutes participer à des programmes de premiers répondants avec accès à la défibrillation, lesquels programmes devraient être sous la responsabilité de directeurs médicaux locaux, eux-mêmes sous la responsabilité ultime du directeur médical régional.

Chaque service de 911 devrait répondre à des normes strictes d'assurance qualité et devrait être sous la responsabilité du directeur médical régional quant à la composante santé de ses appels. Chaque centrale 911, afin d'être accréditée et d'être opérationnelle, devrait avoir des liens contractuels et de responsabilité avec les centrales supra-régionales.

L'ensemble des activités d'un service préhospitalier d'urgence régional devra être rapporté de façon périodique au comité central/provincial, lequel aura droit de regard sur ces activités et pourra amener des correctifs au besoin, si lesdites activités s'éloignent trop des standards provinciaux.

CONCLUSION

L'Association des médecins d'urgence du Québec est fortement intéressée par l'évolution des Services Préhospitaliers d'Urgence. Elle représente par ses membres l'essentiel des forces vives en médecine d'urgence au Québec et croit en l'importance d'une direction médicale de qualité fortement impliquée en préhospitalier.

Elle croit également que le système doit 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 l'évidence scientifique, lorsqu'elle existe.

L'Association des médecins d'urgence du Québec désire surtout apporter sa contribution quant à l'évolution de notre système préhospitalier là où elle pourra le faire. En terminant, l'Association désire assurer le Comité national de sa collaboration dans ce processus.

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. MARTINEZ, Ricardo. *New Vision for the Role of Emergency Medical Services*, *Annals of Emergency Medicine*, novembre 1998, 32(5) : p. 594.
6. POLSKY, S.S. et al. *Continuous Quality Improvement in EMS*, ACEP, 1992, 352 p.
7. WERMAN, H.A. et al. *Medical Direction of Emergency Medical Services*, ACEP, 1993, 49 p.