

PROJET DE LOI NO 96
LOI SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS
D'URGENCE ET MODIFIANT DIVERSES
DISPOSITIONS LÉGISLATIVES

POSITION DE L'ASSOCIATION
DES MÉDECINS D'URGENCE DU QUÉBEC

Le 5 juin 2002



Table des matières

<i>Table des matières</i>	<i>3</i>
<i>Mise en situation</i>	<i>5</i>
INTRODUCTION	<i>7</i>
POSITION À L'ÉGARD DU PROJET DE LOI NO 96	
<i>1. Le projet de loi répond aux carences majeures du système préhospitalier québécois</i>	<i>9</i>
<i>2. Le projet de loi demeure timide sur certains aspects du système préhospitalier québécois</i>	<i>11</i>
<i>3. Vision d'avenir</i>	<i>17</i>
CONCLUSION	<i>19</i>
RÉFÉRENCES	<i>21</i>

Mise en situation

Vous êtes un citoyen qui circulez sur une autoroute du Québec en voyage d'affaires. Vous êtes témoin d'un accident de la route et immobilisez votre véhicule sur le bord de la route. Vous saisissez votre téléphone cellulaire et faites le 911. Une standardiste à Montréal vous répond et vous demande de vous situer. Vous êtes quelque part sur une autoroute entre les villes X et Y, mais n'avez aucune idée de quel village vous êtes le plus près ni du service d'urgence qui peut répondre le plus rapidement. On vous relaye au service 911 de la police municipale de la ville X et vous tentez d'expliquer à peu près où vous êtes. On vous répond que ce service 911 ne dessert pas ce secteur et on vous relaye alors au 911 de la ville Y. On décide alors de vous envoyer un policier et on vous dit que celui-ci va venir valider les besoins sur place quant à une intervention santé.

Cependant, vous avez autre chose à faire, une des victimes appelle à l'aide parce que sa copine ne respire plus. Vous vous approchez, mais comme de nombreux Québécois, vous ne connaissez rien aux manœuvres de réanimation cardio-respiratoire et vous avez entendu dire qu'il était dangereux de bouger quelqu'un qui vient d'avoir un accident. Vous vous abstenez donc et attendez les secours.

Quelques minutes plus tard, un policier se pointe. Il a décidé en chemin d'aviser la compagnie d'ambulances A qu'il croyait la plus proche. Il vous fait mention cependant qu'il vient tout juste de croiser une ambulance en sens inverse. Il présume que c'est une ambulance de la compagnie B qui revient à vide de l'hôpital Z, à quelques milles d'ici. Mais comme ce n'est pas une ambulance de la compagnie qu'il a avisée, les techniciens ambulanciers ne pouvaient savoir que cet accident venait de se produire.

Vous mentionnez au policier que l'un des passagers agonise. Il vous avoue humblement ne pas avoir été formé pour répondre aux urgences médicales et qu'il doit lui aussi attendre les ambulanciers. Vous demandez si des premiers répondants, au sujet desquels vous avez lu un article dernièrement, sont disponibles dans le secteur. Le policier mentionne que les municipalités du coin n'ont pas de premiers répondants, faute de budget, mais que l'ambulance appelée devrait être là rapidement.

Malheureusement, ce n'est que dix minutes plus tard que l'ambulance arrive. Les techniciens descendent en hâte et s'excusent du retard. Ils étaient à terminer un appel et les deux autres ambulances habituellement disponibles dans le secteur sont, dans un cas, en route vers un foyer du coin pour ramener de l'hôpital un patient gériatrique à mobilité réduite, et dans l'autre, en route vers Montréal pour le transfert inter-établissement d'un grand brûlé qui durera huit heures.

Lorsque les techniciens ambulanciers prennent connaissance de la scène, les bras leur tombent. Il y a quatre blessés majeurs alors qu'on a demandé une seule ambulance. Le policier n'avait pas identifié qu'il y avait tant de blessés : deux d'entre eux s'étaient

réfugiés dans l'auto d'un passant en raison de la pluie. Mais l'un de ces blessés développe actuellement une forte douleur thoracique et l'autre a mal dans le cou.

Les techniciens ne pourront pas s'occuper de tout le monde. Ils appellent des renforts immédiatement – ce qui prendra encore plusieurs minutes. Le patient en difficulté n'a plus de pouls. On procède aux manœuvres de réanimation, mais les délais font douter de ses chances de survie. La consigne du propriétaire de la compagnie d'ambulance dans un tel cas est d'attendre la deuxième ambulance avant de quitter la scène. Les techniciens sont déchirés quant à la décision à prendre vis-à-vis ce patient mourant. Ils aimeraient contacter le médecin d'urgence à l'hôpital Z pour demander assistance quant aux décisions à prendre, mais n'ont aucun moyen de communication pour le faire. De plus, les médecins de ce centre hospitalier ne sont pas très ouverts à cette idée lorsque les techniciens ambulanciers abordent cette question avec eux.

Finalement, les patients sont transportés et trois ambulances se présentent à l'hôpital Z. Les techniciens ambulanciers se présentent avec des patients très malades dans un vrai capharnaüm. L'unité d'urgence est débordée, la salle de réanimation de deux places contient déjà un patient en infarctus qu'on est à thrombolysé, et comme la région ne dispose pas d'un centre de communication, ni d'un système de communication avec l'hôpital, il n'y avait pas moyen d'aviser le personnel de l'unité d'urgence de l'arrivée de ces quatre traumatisés majeurs.

Les techniciens ambulanciers sèment donc le désarroi dans l'unité d'urgence, on place tant bien que mal les patients, parfois dans les corridors, et le personnel de l'unité d'urgence est très agressif vis-à-vis du personnel du préhospitalier. Personne n'est intéressée à prendre leur rapport – on n'en a pas le temps. Les techniciens ambulanciers ont de la difficulté à récupérer leur matériel dont leurs matelas immobilisateurs pour se remettre en disponibilité car le personnel n'est pas disponible pour transférer les patients. On passe donc plus d'une heure à attendre après le matériel et les techniciens souhaitent qu'aucun arrêt cardiaque ne survienne dans leur zone, puisqu'elle est actuellement complètement découverte. Aucun mécanisme n'est en place pour pallier à cette découverte, certains propriétaires du coin ne voulant « manquer aucun transport ».

Les techniciens ambulanciers quittent finalement l'unité d'urgence frustrés, mais déjà on passe à un autre appel. Deux autres appels urgents sont rentrés et doivent être pris en charge. En quittant l'hôpital, ils croisent deux de leurs collègues qui travaillent pour la compagnie qui dessert la zone de l'hôpital. En effet, le médecin a décidé de transférer un des patients au centre de traumatologie régional. Il aurait été facile pour eux de faire ce transfert et ne pas avoir à recommencer l'immobilisation pendant que ces techniciens se seraient chargés des appels urgents de leur propre zone, mais cela ne se fait pas dans cette région-là...

INTRODUCTION

La mise en situation présentée peut sembler une suite abracadabrante d'événements déplorables et d'incongruités. Elle est cependant le lot de ce que vivent quotidiennement des milliers d'intervenants en préhospitalier. Elle décrit les carences majeures de notre système, carences qui ont été plusieurs fois décriées dans le passé, et que le projet de loi no 96 tente en partie de corriger.

La mission de l'Association des Médecins d'urgence du Québec est de « promouvoir une médecine d'urgence de qualité, afin de contribuer à l'amélioration de la santé de la population ». À cette fin, elle a notamment pour objectif de « favoriser le développement et l'amélioration de la médecine d'urgence en milieu hospitalier et préhospitalier au Québec ».

L'Association est donc fortement intéressée par le développement du système préhospitalier québécois. Après tout, les patients qui sont pris en charge par le système préhospitalier deviennent le plus souvent les patients des équipes des unités d'urgence, et les médecins ont tout avantage à ce que les intervenants en préhospitalier dispensent des soins du meilleur niveau possible et que la coordination des interventions sur le terrain et en milieu hospitalier soit optimale. La situation des Services Préhospitaliers d'Urgence est donc à mettre en parallèle avec celle des urgences, les deux sphères d'activité étant interdépendantes, fondamentalement et intrinsèquement liées.

À cet égard, dans de nombreux documents, l'Association des médecins d'urgence a fait la promotion d'une direction nationale administrative et médicale fortes ainsi que d'une véritable direction médicale régionale. Nous avons encouragé la notion de coordination régionale globale par la mise en place de centres de communication santé dans toutes les régions. Nous avons favorisé le développement concerté et intégré de tous les éléments de la chaîne préhospitalière et une meilleure intégration du préhospitalier à l'hospitalier. Nous avons prôné également un développement concerté et fondé sur les preuves scientifiques des pratiques et des interventions en préhospitalier ainsi qu'une meilleure harmonie entre les intervenants de l'unité d'urgence et ceux du préhospitalier. Seulement dans ces conditions pourrions-nous obtenir un système pleinement fonctionnel, qui permette à chaque intervenant de réaliser sa mission et de se réaliser, et cela pour le plus grand bénéfice du patient qui doit rester au centre de nos préoccupations.

POSITION À L'ÉGARD DU PROJET DE LOI 96

1-Le projet de loi répond aux carences majeures du système préhospitalier québécois

Il est de notre avis que le projet de loi no 96 cible les principales carences du système préhospitalier québécois et permet de renforcer la chaîne d'intervention préhospitalière. Les éléments que nous considérons les plus éloquents à cet égard sont les suivants :

a-Rôles et responsabilités de niveau national

En termes de planification et de vision globale, par les articles du chapitre II section I et II, les rôles du ministre et du directeur médical national sont clairement établis quant à la formation des intervenants, quant aux systèmes d'information, à la recherche et à l'éducation. Nous croyons particulièrement qu'il est essentiel que de grandes orientations nationales touchant à la qualité des soins soient générées par la direction nationale et qu'une autorité clinique soit clairement définie ainsi qu'exercée avec discernement.

b-Rôles et responsabilités de niveau régional

Le chapitre III section I donne à la Régie régionale des pouvoirs réels quant à l'organisation des services préhospitaliers d'urgence sur son territoire ainsi que des moyens d'intervention en cas de non-respect de l'entente contractuelle avec les fournisseurs de services ambulanciers.

La section II de ce même chapitre institue quant à elle un directeur médical des services préhospitaliers d'urgence dans chaque région avec les responsabilités et l'autorité conséquentes, une demande maintes fois formulée par l'Association des médecins d'urgence du Québec. Nous sommes d'avis cependant que le rôle et l'autorité de ce directeur auraient pu être définis plus précisément ainsi que la manière dont celui-ci s'intègre à la structure de la Régie régionale. L'Association croit que le directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence devrait avoir le même statut, par exemple, qu'un directeur de santé publique. Notons toutefois au passage, comme nous le mentionne l'Association des Hôpitaux du Québec, que l'implication de plus en plus importante de médecins cliniciens actifs dans les essentielles activités médico-administratives complique la réalité des pénuries d'effectifs médicaux. Il faut donc dès maintenant tenir compte de cette problématique dans la planification des effectifs médicaux.

Dans la section suivante, le ministre établit bien l'importance des centres de communication santé qui sont la pierre angulaire des services préhospitaliers d'urgence, leur centre nerveux, permettant de coordonner les activités, d'établir des couvertures de zones, de pallier à l'imprévisible et de rendre le système « plus intelligent ». Ces dispositions permettront vraiment aux services préhospitaliers d'urgence du Québec de

s'actualiser, de se fixer des objectifs de performance et d'assurer le suivi nécessaire à cet égard.

c-Rôles et responsabilités de niveau local

L'importance des premiers répondants est quant à elle bien établie au chapitre IV ; les régions rurales sauront particulièrement bénéficier du déploiement à grande échelle de ces intervenants. Nous croyons que les systèmes d'assurance-qualité mis en place par la direction médicale régionale sont cependant la meilleure garantie d'une qualité des soins optimale. À cet égard, les pénalités financières envisagées pour les premiers répondants en cas de non-application de leurs protocoles d'intervention clinique ne sont-elles pas superflues en ce qu'elles risquent de démotiver ou d'empêcher le recrutement de plusieurs de ces intervenants qui sont souvent bénévoles?

Le rôle du technicien ambulancier est quant à lui précisé à la section IV avec des objectifs clairs et des mécanismes bien définis afin d'assurer une qualité de soins optimale. On rejoint à cet égard la notion de « substitut » où le technicien ambulancier agit en lieu et foi du directeur médical, où il est l'extension de l'intervention médicale en préhospitalier.

d-Systèmes d'information et de renseignements

Le titre III prévoit les dispositions nécessaires à la mise en place de systèmes d'information efficaces qui permettent vraiment de prendre le pouls du système et d'intervenir là où les problèmes sont identifiés.

Ainsi, nous désirons féliciter le ministre du courage et du sérieux qui ont été investis dans l'élaboration de cette loi. Finalement, après de nombreuses années d'attente, les intervenants en préhospitalier auront une loi spécifique, encadrant de façon adéquate leur pratique et donnant le ton et une saveur à l'ensemble du système préhospitalier.

2-Le projet de loi demeure timide sur certains aspects du système préhospitalier québécois

Nous aimerions présenter à la Commission des affaires sociales différents éléments qui ont été, de notre point de vue, abordés de façon moins complète. Ce sont des éléments de notre « liste de souhaits » qui demeurent des objectifs importants en préhospitalier et qui devront éventuellement trouver leur place à l'intérieur de l'application future de cette loi.

En effet, l'Association a défendu dans le passé des notions et des concepts qu'elle juge essentiels à la mise en place d'un système préhospitalier performant. En voici les grandes lignes :

a-La notion d'hôpital de base

Il est reconnu à l'échelle internationale que, de manière à créer des liens plus étroits entre les intervenants du secteur préhospitalier d'urgence et le personnel qui oeuvrent à l'urgence, dont les médecins, les sphères du préhospitalier et de l'hospitalier doivent travailler de pair. La façon de réaliser ce rapprochement passe de façon évidente par un meilleur maillage entre l'hospitalier, l'urgence et le préhospitalier. À cet égard, on doit, au Québec, commencer à embrasser davantage le concept d'hôpital de base et favoriser, là où les établissements et les intervenants sont mûrs, le passage des éléments organisationnels cliniques vers les établissements : ramener à un niveau « terrain » l'opération quotidienne des services préhospitaliers d'urgence.

En confiant aux régies régionales le mandat de « déterminer le modèle d'organisation des services préhospitaliers d'urgence qui sont offerts dans sa région (...) », le ministre ne ferme cependant pas cette voie, et il faudra, dans la réglementation qui s'ensuivra, appuyer les régions qui désirent aller dans cette direction ; ce qui ultimement, actualisera pleinement le concept d'un système préhospitalier vraiment intégré au réseau de la santé.

b-La notion de zone ambulancière et de couverture de zone

Le projet de loi maintient la notion de zone ambulancière sur le territoire québécois, mais elle a été nuancée afin d'améliorer la qualité des services ambulanciers et la qualité des soins apportés à la population. À cet égard, en 2002, il faut vraiment s'assurer que ce concept ne soit plus perçu comme une notion « féodale » de propriété, mais bien comme une donnée administrative. Au niveau des opérations, ce concept doit être essentiellement ouvert, permettant une libre circulation des intervenants pour répondre aux demandes urgentes et pour effectuer des couvertures là où une pénurie ponctuelle de véhicules ambulanciers se fait sentir. À cet égard, il est facilement envisageable que des protocoles soient mis en place permettant de façon statutaire que les directives du centre de communication santé d'une région donnée aient priorité sur les zones ambulancières administratives et que des couvertures de zone soient initiées par le centre de

communications, lequel a une perception globale de l'utilisation des ressources dans la région.

c-La notion de transports non urgents

L'ambulance demeure le seul véhicule utilisé dans une très grande majorité de cas, et beaucoup d'ambulances sont assignées au transport de patients dont l'état de santé est stable, et cela particulièrement pour des examens, des retours vers des résidences pour personnes âgées ou des transferts inter-établissements, diminuant parfois de façon importante le bassin de véhicules disponibles pour répondre à une demande urgente, découvrant parfois des zones administratives pour des périodes prolongées. Le transport sanitaire de patients stables ou de patients transférés pour des examens pourrait être assuré à plus grande échelle par des entreprises non ambulancières, ou, à tout le moins, les compagnies ambulancières pourraient gérer des flottes de véhicules « non ambulanciers » pour répondre à ces demandes non urgentes, qui sont souvent prévisibles et qu'on peut coordonner avec les établissements. Il est essentiel que le principe de transport sanitaire non ambulancier se développe de façon coordonnée dans les différentes régions du Québec. Le centre de communications santé régional pourrait alors, à l'aide de protocoles et en fonction du code d'affectation attribué à un transport de ce type, recommander l'affectation d'un véhicule non ambulancier. Des économies d'échelle importantes sont à envisager dans cette optique. Il serait cependant opportun que ce type de transport, actuellement sous la juridiction du ministère des Transports et peu réglementé, soit rapatrié sous la juridiction du ministère de la santé et de la direction nationale du préhospitalier, afin que des standards de qualité en matière de santé et de soins, puissent être élaborés.

d- Les centres d'appel 911

La force d'une chaîne est déterminée par son maillon le plus faible. Tous les maillons de la chaîne préhospitalière doivent donc être solides et bien « attachés » les uns aux autres.

En ce moment, les centres d'appels 911 présentent des standards de qualité qui sont très variables. Bien que la téléphonie soit une problématique touchant plus directement un autre pallier de gouvernement, ce sont les municipalités du Québec qui contractent avec les entreprises offrant des services de prise d'appels 911. On permet alors que certains de ces services sans standards de performance clairs ou processus d'assurance-qualité rigoureux se mettent en place, entraînant parfois au niveau opérationnel des délais indus, des procédures inutiles et des expériences frustrantes pour les citoyens aux prises avec un problème de santé urgent.

À cet égard, le ministre devrait faire les démarches et les pressions nécessaires afin que les municipalités se dotent d'une politique plus uniforme et plus harmonieuse quant à la qualité des services 911 dont ils se dotent afin d'en arriver à un arrimage performant et avec les autres maillons essentiels de la chaîne d'intervention. À quoi bon se donner un système où des premiers répondants peuvent être auprès d'un patient en cinq minutes si cela prend autant de temps avant que l'appel soit orienté de façon adéquate ?

e-Les centres de communication santé et leur conseil d'administration

Certains acteurs du préhospitalier et les régions desservies par les Centres de communication santé nous apparaissent sous-représentés au sein de leurs Conseils d'administration alors que les titulaires de permis d'exploitation de services ambulanciers paraissent sur-représentés. Des réalités régionales importantes ne pourraient-elles pas être ignorées dans certaines décisions ?

f-La formation de la population en réanimation cardio-respiratoire(RCR) et en premiers soins

Bien que cette question ne soit probablement pas du domaine de cette loi, il ne faut pas oublier que la chaîne d'intervention en préhospitalier débute par le premier intervenant, la personne qui de façon fortuite, se trouve sur les lieux d'un événement où la santé d'une Québécoise ou d'un Québécois est en péril. À cet égard, il faut intensifier la formation de nos concitoyens en RCR et en premiers soins. Des modèles ont été élaborés afin de rendre obligatoire la formation en RCR dans les écoles secondaires. Cependant, cette pratique tarde à se généraliser. La proportion des victimes d'arrêt cardio-respiratoire au Québec qui reçoit les premiers secours d'un citoyen est plus faible que dans plusieurs pays industrialisés. Il faut bien comprendre que cette phase des soins préhospitaliers est souvent vitale et qu'elle peut permettre de gagner plusieurs minutes et de réanimer un individu malgré la très grande étendue du territoire québécois. Le ministre devrait prendre les mesures et faire les démarches nécessaires avec les autres ministères concernés afin que la performance de la population québécoise soit relevée à cet égard.

g-Premiers répondants et défibrillation

L'Association accueille de façon très favorable les dispositions relatives à la création de services de premiers répondants. Elle insiste cependant sur le fait que, pour être vraiment efficace et pour que la mortalité soit diminuée dans toutes les municipalités du Québec et particulièrement en régions éloignées, l'équipement nécessaire doit être disponible pour ces premiers répondants, incluant particulièrement des défibrillateurs semi-automatiques, lesquels sont vraiment LA modalité par laquelle une amélioration de la survie a été démontrée.

h-Dispositions particulières relatives à Urgences-Santé

L'Association des médecins d'urgence du Québec se questionne quant aux dispositions particulières dont bénéficiera la Corporation d'Urgences santé selon le projet de loi sur les services préhospitaliers d'urgence (Chapitre VII, titre II). Les notes explicatives du projet de loi précisent en effet que « cette personne morale exercera, pour les territoires des régies régionales de Montréal-Centre et de Laval, les fonctions autrement dévolues à une régie régionale, à un centre de communication santé de même qu'à un service ambulancier. » Bien que l'Association ne s'objecte pas sur le principe de cette triple

responsabilité, elle est néanmoins d'avis que l'on devrait faciliter l'application des mécanismes de contrôle dont ceux prévus dans le projet de loi no 96 afin de garantir une coordination harmonieuse des services, une gestion transparente et la qualité des soins.

En fait, ce n'est pas parce que des responsabilités de gestion, de coordination et d'administration de services sont centralisées et concentrées au sein d'une même organisation que les mécanismes d'autorégulation seront suffisamment efficaces pour garantir l'atteinte des objectifs qui sous-tendent le présent projet de loi. En effet, regroupées au sein d'une seule et même organisation, elles peuvent générer des conflits internes, des coûts et des problèmes de gestion importants. Dans le cas présent, c'est à la corporation, à titre de « régie régionale » que reviendront les rôles de vérifier la qualité des services qu'elle administre, d'enquêter sur eux, d'organiser le service de premiers répondants et de recevoir les plaintes des usagers concernant les services qu'elle mettra en œuvre. Ces responsabilités de « régie régionale » pourraient, en théorie du moins, s'avérer difficiles à exercer compte tenu qu'elle est également responsable de mettre en place un centre de communication santé et de gérer un service ambulancier. De plus, la Corporation doit transiger quotidiennement avec les établissements et deux Régies régionales. Il faut s'assurer que ces transactions soient les plus harmonieuses possibles et que des liens formels forts et clairs soient établis entre ces différentes organisations.

Pour éviter ces écueils, le projet de loi 96 prévoit un bon nombre de mesures de vérification et de contrôle externes aux articles 108, 109 et 110, auxquelles souscrit l'Association. Cependant, dans certains cas, leur application peut devenir difficile. Pourquoi, par exemple, prévoir une période d'au plus six mois pendant laquelle le gouvernement peut suspendre les pouvoirs de la corporation en cas d'enquête par le gouvernement et d'au plus quatre mois pour assumer l'administration provisoire de la corporation (article 112 et 113) ?

Malgré ces réserves, qui s'appliquent à des cas exceptionnels, l'Association reconnaît que les dispositions particulières applicables à la Corporation d'urgences-santé (titre II) s'avèrent fort positives.

i-La formation en soins avancés

Une cohorte de techniciens ambulanciers est en voie d'être formée en soins avancés sur l'île de Montréal. L'Association des médecins d'urgence du Québec est favorable à l'introduction de nouvelles modalités diagnostiques et thérapeutiques en préhospitalier, en autant que de telles initiatives soient bien encadrées au plan médical et qu'elles se fondent sur des évidences scientifiques quant à une valeur ajoutée au système. Nous croyons que de telles initiatives devraient se répandre à l'échelle provinciale tout en restant conscients du fait que les solutions adoptées dans les différentes régions puissent varier en fonction des besoins et de la réalité géographique et socio-économique de chacune d'entre elles.

j-Financement

Les dispositions de la loi amènent de nouvelles responsabilités aux intervenants des Services Préhospitaliers d'Urgence et des perspectives d'avenir intéressantes. Il faut s'assurer cependant que pour bien réaliser ce qui est présenté, atteindre et maintenir le standard de qualité et d'excellence que se fixe le ministre par cette loi, que le système soit financé de façon adéquate et à sa juste valeur dans la perspective où nous sommes convaincus qu'il permettra réellement de sauver des vies et de diminuer la morbidité de nombreux patients aux prises avec un problème de santé urgent.

Par ailleurs, ce financement se doit d'être équitable entre toutes les régions du Québec et cela dans le respect des réalités propres à chacune : des régions les plus vastes et les plus éloignées, devant faire preuve d'innovation et user de parcimonie dans la distribution de leurs ressources, aux régions les plus denses qui peuvent alors réaliser des économies d'échelle importantes.

3-Vision d'avenir

L'Association aimerait amener certains éléments de réflexions tournés vers le futur, certaines pistes à explorer. Les systèmes préhospitaliers sont en effet en questionnement et en évolution constante un peu partout dans le monde. À cet égard, l'effort américain cristallisé dans le projet « Agenda for the future » permet de dégager certaines grandes tendances qui méritent d'alimenter la réflexion concernant nos propres services préhospitaliers d'urgence. Ces travaux situent le préhospitalier au centre des sphères des soins de santé, de la sécurité publique et de la santé publique, lesquels représentent tous des acteurs et partenaires déterminants du système préhospitalier. Nous croyons que les liens doivent être renforcés avec l'ensemble de ces intervenants qui sont côtoyés quotidiennement afin d'assurer une intégration moderne du réseau préhospitalier.

D'autres éléments importants sont :

a-Le rapprochement avec la communauté

On se doit en préhospitalier de favoriser la prévention des blessures, de mettre en place en lien avec la santé publique des mécanismes de dépistage dont ceux par exemple, de conditions socio-sanitaires insalubres, lors des interventions en préhospitalier. Il y aurait avantage à former davantage la population québécoise sur leurs services préhospitaliers d'urgence et les indications d'utilisation du système.

b-La formation et la fin d'emploi

Il y aurait avantage à favoriser des programmes de formation interreliés avec les programmes de sciences infirmières, d'inhalothérapie, etc. permettant une certaine mobilité des individus. Il y aurait lieu de favoriser l'assignation des individus en fin de carrière à d'autres tâches dans le système, par exemple au transport sanitaire non ambulancier. Il serait indiqué de développer des programmes de désamorce du stress pour les intervenants en préhospitalier qui participent à des événements éprouvants psychologiquement.

c-Les mesures d'urgence

On devrait prévoir des systèmes de relève entre centres de communication santé ainsi que des protocoles d'entraide entre les Régies régionales.

d-Les besoins spécifiques

À long terme, il y aurait lieu d'adapter les soins régionaux et territoriaux en fonction des besoins identifiés par les systèmes d'information. À chaque population, à chaque territoire donné, correspondent en effet des besoins de santé particuliers, besoins auxquels le système préhospitalier devrait s'ajuster. Les systèmes d'information permettent d'identifier de tels besoins et de ciseler les services préhospitaliers d'urgence d'une région en fonction de ceux-ci, réalisant ainsi un niveau de performance supérieur.

En résumé, notre société doit viser une meilleure intégration des sphères de la Santé, de la Santé publique et de la Sécurité publique dans le champ d'activité des services préhospitaliers d'urgence.

CONCLUSION

La prise en charge d'un patient qui a recours aux services préhospitaliers d'urgence commence au chevet de ce patient, peu importe où il se trouve, pour se terminer le plus souvent à l'urgence d'un centre hospitalier. Avec une approche constructive et bien ancrée à des éléments cliniques, fondée sur le quotidien vécu en préhospitalier et à l'urgence, l'Association des médecins d'urgence du Québec est heureuse d'avoir pu livrer ces commentaires sur « Projet de loi no 96 sur les services préhospitaliers d'urgence et modifiant diverses dispositions législatives ».

Ce projet de loi devrait permettre d'assurer une meilleure efficacité du système préhospitalier et permettre aux équipes du préhospitalier et aux équipes des unités d'urgence d'être plus efficaces, de mieux remplir leur mission. Il devrait permettre une amélioration du fonctionnement du réseau de la santé et des services sociaux dans son ensemble en ce qu'il vient mieux structurer une partie essentielle des soins fournis à la population, une population souvent démunie, dans le besoin, aux prises avec un problème de santé urgent, qui survient parfois hors de son milieu de vie, dans des conditions extrêmes qui ajoutent à son désarroi.

À cet égard, nous tenons de nouveau à remercier et à féliciter le ministre pour le travail accompli sur ce projet de loi. Particulièrement, sa vision moderne et l'approche « terrain », structurante, prise dans ce dossier.

À la lecture de ce projet, nous sommes convaincus que les Québécoises et les Québécois peuvent s'attendre à un meilleur système préhospitalier, à un système moderne, à la mesure de leurs besoins en santé et de notre réalité sociale.

RÉFÉRENCES

Association des médecins d'urgence du Québec, La direction médicale des Services Préhospitaliers d'Urgence, *Médecine d'urgence*, Été 2000 : supplément.

Association des médecins d'urgence du Québec, Les Services Préhospitaliers d'Urgence de l'avenir, *Médecine d'urgence*, Été 2000 ; 13 : pp7-16.

Association des médecins d'urgence du Québec, Réponse aux questions du Comité national de révision des services préhospitaliers d'urgence, *Médecine d'urgence*, Automne 2000 ; 14 : pp8-20.

Association des médecins d'urgence du Québec, Position de l'Association des médecins d'urgence du Québec sur le rapport du comité national sur les Services Préhospitaliers d'Urgence, *Médecine d'urgence*, Automne 2001 ; 16 : pp12-17.

Collaboration. *Agenda for the Future*, NHTSA, 1996, 96 p.

Projet de loi no 96
Loi sur les services préhospitaliers d'urgence
et modifiant diverses dispositions législatives

Prise de position de l'Association des médecins d'urgence du Québec

*Ont présenté ce mémoire devant la Commission des Affaires Sociales
mercredi 5 juin 2002*

Julien Poitras MD
Président AMUQ

Marie-Claire Baby MD
Secrétaire-trésorière AMUQ

Joanne Laperrière
Directrice générale AMUQ

L'Association des Hôpitaux du Québec a donné son appui à ce mémoire.

