



Webinaire – semaine des paramédics

Alexandre Messier, m.d., CCMF (MU)

Directeur Médical National des services préhospitaliers d'urgence, MSSS

Un nouveau DMN depuis janvier 2023

- Médecin d'urgence (X 2002)
- Md coordonnateur à l'urgence et aux étages HSCM (2007-2017)
- Conceptualisation et déploiement de projet d'accès CIUSSS NDL (2012-2015) et ODI (2021-2022)
- Médecin conseil au MSSS (2016-2019)
- Recherche (X 2018)

Le DMN :

- Niveau de compétence clinique requis des acteurs
 - **Paramédics, RMU, PR et PI**
- Formation continue - assurance qualité a/n des soins
- Recherche
- Équipements
- Coordination interministériels

Engorgement dans les urgences



Littérature sur la mortalité associée

- Visite lors d'engorgement est associé à risque augmenté de mortalité intra-hospitalière
 - Bernstein SL, Aronsky D, Duseja R, Epstein S, Handel D, Hwang U, et al. The effect of emergency department crowding on clinically oriented outcomes. *Academic Emerg Med.* 2009;16:1-10.
 - Richardson DB. Increase in patient mortality at 10 days associated with emergency department overcrowding. *Med J Aust* 2006;184:213-6
 - Sprivulis PC, Da Silva JA, Jacobs IG, Frazer AR, Jelinek GA. The association between hospital overcrowding and mortality among patients admitted via Western Australia emergency departments. *Med J Aust* 2006;184:208-12.
 - Guttman A, Schull MJ, Vermeulen MJ, Stukel TA. Association between waiting times and short term mortality and hospital admission after departure from emergency department: population based cohort study from Ontario, Canada. *BMJ* 2011;342:d2983.
 - Sun BC, Hsia RY, Weiss RE, Zingmond D, Liang LJ, Han W, McCreath H, Asch SM. Effect of emergency department crowding on outcomes of admitted patients. *Ann Emerg Med.* 2013 Jun;61(6)
 - CAEP, CSBE

Engorgement dans les urgences =



Littérature sur la mortalité associée

Association between delays to patient admission from the emergency department and all-cause 30-day mortality

Simon Jones ^{1,2} Chris Moulton ^{3,4} Simon Swift ^{2,5} Paul Molyneux,²
Steve Black ⁶ Neil Mason ² Richard Oakley ² Clifford Mann ^{3,7}

Jones S, et al. *Emerg Med J*

2022;39:168–173.

doi:10.1136/emered-2021-211572

“For every 82 admitted patients whose time to inpatient bed transfer is delayed beyond 6 to 8 hours from time of arrival at the ED, there is one extra death.”



DMN – Vision du mandat

- Cogestion importante avec la DSPU
- Chef d'orchestre, aspects médicaux, au niveau de la transformation
 - Favoriser les forces de l'exécutif DMN, mais aussi des DMR pour qu'il ait « livraison » de résultats
 - Décision avec le comité exécutif, après écoute et consultation des diverses opinions
- Décisions basées sur la science et la Loi
 - Les données : analyses en continue, études indépendantes
 - Les règles : amendement, etc.

Les ressources des services préhospitaliers d'urgence

- 1 registre national des défibrillateurs externes automatisés (DEA)
 - 5000 DEA consignés sur le territoire
- 10 centres de communication santé (CCS)
 - 500 répartiteurs médicaux d'urgence
- 296 services de premiers répondants (PR)

- 53 entreprises ambulancières + Corporation d'Urgences-santé (Montréal et Laval)
 - 6 000 paramédics, dont environ 1 000 à la CUS
 - 900 véhicules ambulanciers

Année	Affectations + transferts inter	Transferts inter
2018-2019	855 896	97 150
2019-2020	868 750	96 449
2020-2021	746 997	90 941
2021-2022	830 285	92 999
2022-2023	637 401	63 947

12% = inter

- Transports sanitaires aériens (EVAQ au CHU de Québec + Service aérien gouvernemental)
 - 4 avions
 - Pas d'hélicoptères



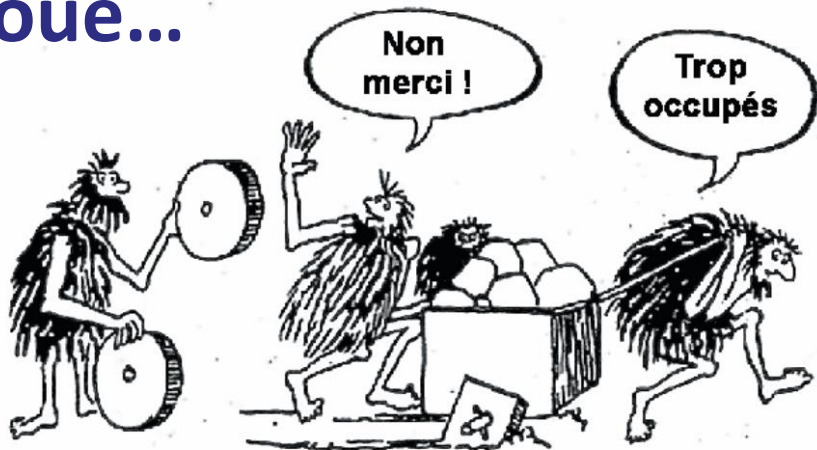
Nos grands enjeux

- Citoyens formés en premiers secours pas assez nombreux
- Cadre légal stricte au niveau de la pratique des TAP
 - Ex : une ambulance = un transport à l'hôpital
- Système préhospitalier d'urgence trop isolé du reste du système de santé
- Système informatique non harmonisé, manque de données
- Manque de main d'œuvre et manque de reconnaissance de celle-ci
- Grand territoire, régions très éloignée
- Écosystème complexe (public, privé, syndicat, etc.)

Écosystème préhospitalier



Ne pas réinventer la roue...



UNE TRANSFORMATION AU BÉNÉFICE DE TOUS

POLITIQUE GOUVERNEMENTALE SUR

LE SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE

Plus de 30 ans de constats

1991 : mémoire du groupe de travail De Coster sur la tragédie du 6 décembre 1989 survenue à l'École polytechnique de Montréal (rapport De Coster).

1992 : rapport sur les services préhospitaliers d'urgence au Québec (*Services préhospitaliers d'urgence au Québec, chaque minute compte!* [rapport Fréchette]).

1999, 2005, 2020 : rapports du Vérificateur général du Québec.

2000 : rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence (*Urgences préhospitalières : un système à mettre en place* [rapport Dicaire]).

2007 : rapport du Comité technique sur le déploiement des services ambulanciers sur le territoire québécois (rapport Gauthier).

2013 : rapport du Protecteur du citoyen sur l'organisation des services d'intervention d'urgence hors du réseau routier (*Une desserte à optimiser pour sauver des vies*).

2014 : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (*Services préhospitaliers : Urgence d'agir* [rapport Ouellet]).

2014 : rapport du Commissaire à la santé et au bien-être (*Les urgences au Québec : évolution de 2003-2004 à 2012-2013*).

2014 : rapport de la Commission de révision permanente des programmes (commission Robillard).

2019 : rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès (rapport Viens).

2020 : rapport du Vérificateur général du Québec à l'Assemblée nationale pour l'année 2020-2021.

2021 : assises de la transformation préhospitalière élaborées par le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU).



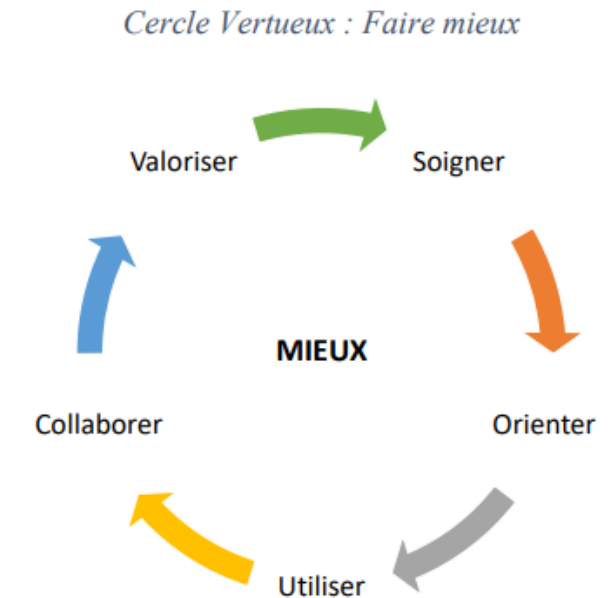
Cadre clinique

Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

2022-2026

4 priorités :

1. Améliorer la réponse rapide
2. Paramédecine de régulation
3. Paramédecine communautaire
4. Soutien médical à distance



Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

2022-2026



<https://www.coeuretavc.ca/maladies-du-coeur/problemes-de-sante/arret-cardiaque>

→ L'application rapide des premiers secours peut **doubler les chances de survie** d'une personne victime d'un arrêt cardiorespiratoire

- 4 priorités :
 1. Améliorer la réponse rapide
 - Citoyen
 - DEA


BMC Emergency Medicine - 2017

RESEARCH ARTICLE

Open Access



A nationwide survey of first aid training and encounters in Norway

Håkon Kvåle Bakke^{1,2,3*} , Tine Steinvik², Johan Angell^{4,5} and Torben Wisborg^{2,6,7}

file:///C:/Users/meal5552/Downloads/s12873-017-0116-7.pdf

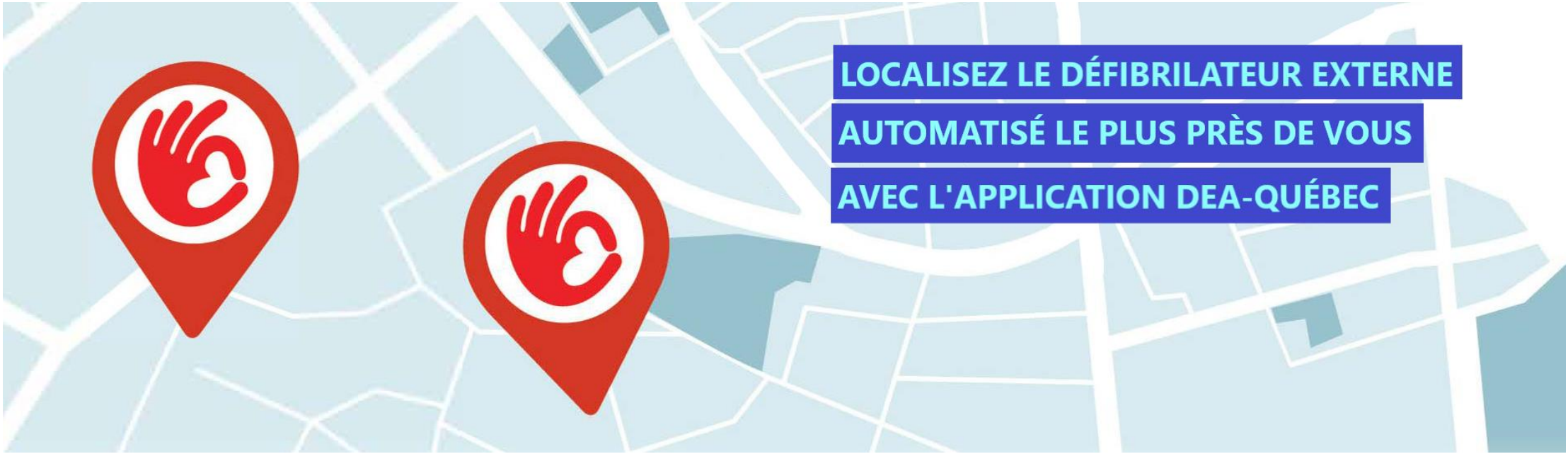
- N=1000
- “90% had received first aid training”



1^{er} février 2023



Dans le cadre d'un projet pilote visant « à sauver plus de vie », Québec installera 100 défibrillateurs externes automatisés (DEA) à la disposition de la population à travers la province.



**LOCALISEZ LE DÉFIBRILATEUR EXTERNE
AUTOMATISÉ LE PLUS PRÈS DE VOUS
AVEC L'APPLICATION DEA-QUÉBEC**

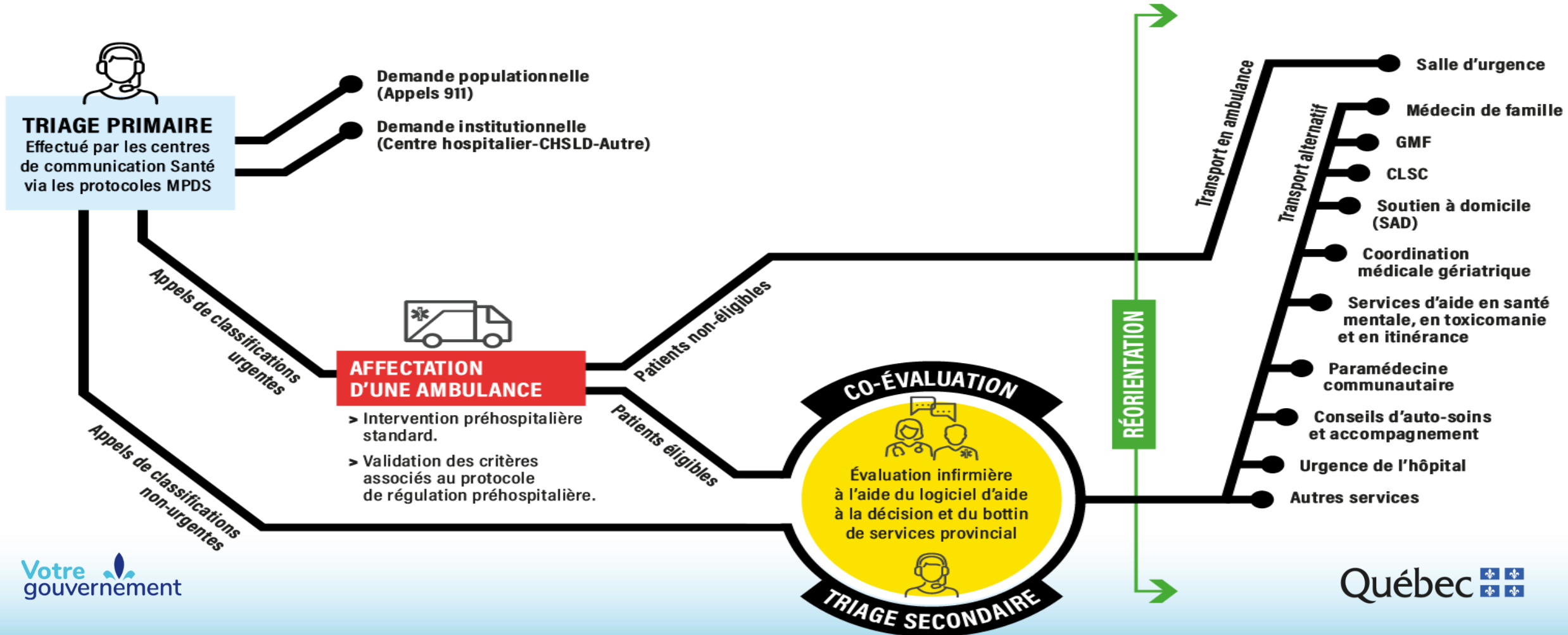
Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

2022-2026

- 4 priorités :

1. Améliorer la réponse rapide
2. Paramédecine de régulation

- Triage secondaire
- Coévaluation



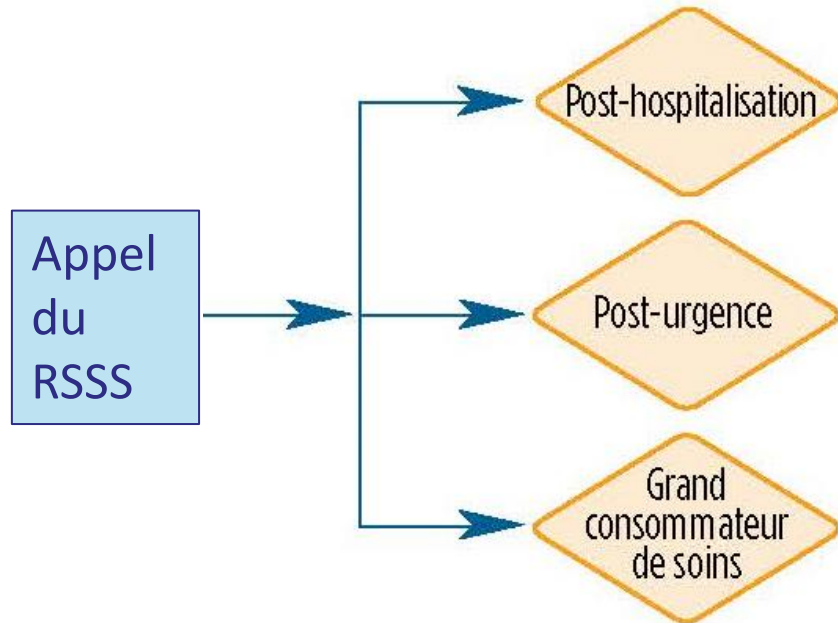


Paramédecine de régulation

- On vise une diminution annuelle de 60 000+ **transports évitables** vers les CH.
- Toutes les régions doivent arrimer leur régulation SPU avec les **GAP** de la première ligne.
- Hiver 2023 :
 - Déploiement provincial (intégration et création).
 - Co-évaluation : autorisé par DMN.

Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

2022-2026



- 4 priorités :
 1. Améliorer la réponse rapide
 2. Paramédecine de régulation
 3. **Paramédecine communautaire** ➤ **Complémentarité avec le soutien à domicile**
- Existe à plusieurs endroits dans le monde (système de santé ≠):
- **Enjeux légaux au Québec**
 - Le développement et l'implantation de la paramédecine communautaire passent par :
 - certaines modifications législatives, ou
 - des projets pilotes en utilisant l'article 434 de la LSSS
- Les gestes cliniques effectués par les paramédics doivent être définis en **partenariat avec le CMQ et l'OIIQ.**

Pourquoi de la Paramédecine communautaire ?

- Développement de l'**expertise** des TAP ;
- Pertinence de soigner les patients directement dans leurs **milieux de vie** / Diminution de l'achalandage dans les **urgences** ;
- Proportion des usagers de **65 ans et plus** qui utilisent les services préhospitaliers ;
- Proportion des appels non-urgents (**P4, P7**).

- Mieux utiliser les ressources disponibles dans des milieux ayant une faible présence d'intervenant de la santé.

- Considérations importantes :
 - Le mandat des paramédics est **d'abord de répondre aux urgences vitales**.
 - Pas de **ressources** de plus.
 - Proximité avec les soins à domicile (**SAD**)

Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale

2022-2026

- 4 priorités :
 1. Améliorer la réponse rapide
 2. Paramédecine de régulation
 3. Paramédecine communautaire
 4. **Soutien médical à distance** ➤ Hôpital de base

Soutenir un TAP à distance lors
d'une intervention complexe

Hôpital de base

Obstétrique

Constat de décès

Application
de l'Échelle québécoise
de triage préhospitalier
en traumatologie

Télé-AVC

Télémétrie

Sinistre

Autres

Soutien médical à distance (hôpital de base) - définition

- Concept de “base hospital” bien implanté en Amérique du Nord.
- Plateau clinique
 - composé de professionnels de la santé (médecin et/ou infirmières)
 - permettant le soutien médical à distance
 - des les paramédics de soins primaires (PSP) et de soins avancés (PSA) sur le terrain.
- Facilité par le développement de la télémédecine et des TI
- Pour patients
 - Instable ou complexe
 - et qui nécessite une intervention urgente ou une expertise spécifique pendant l'épisode de soins préhospitalier.



Un mot sur l'Ordre...

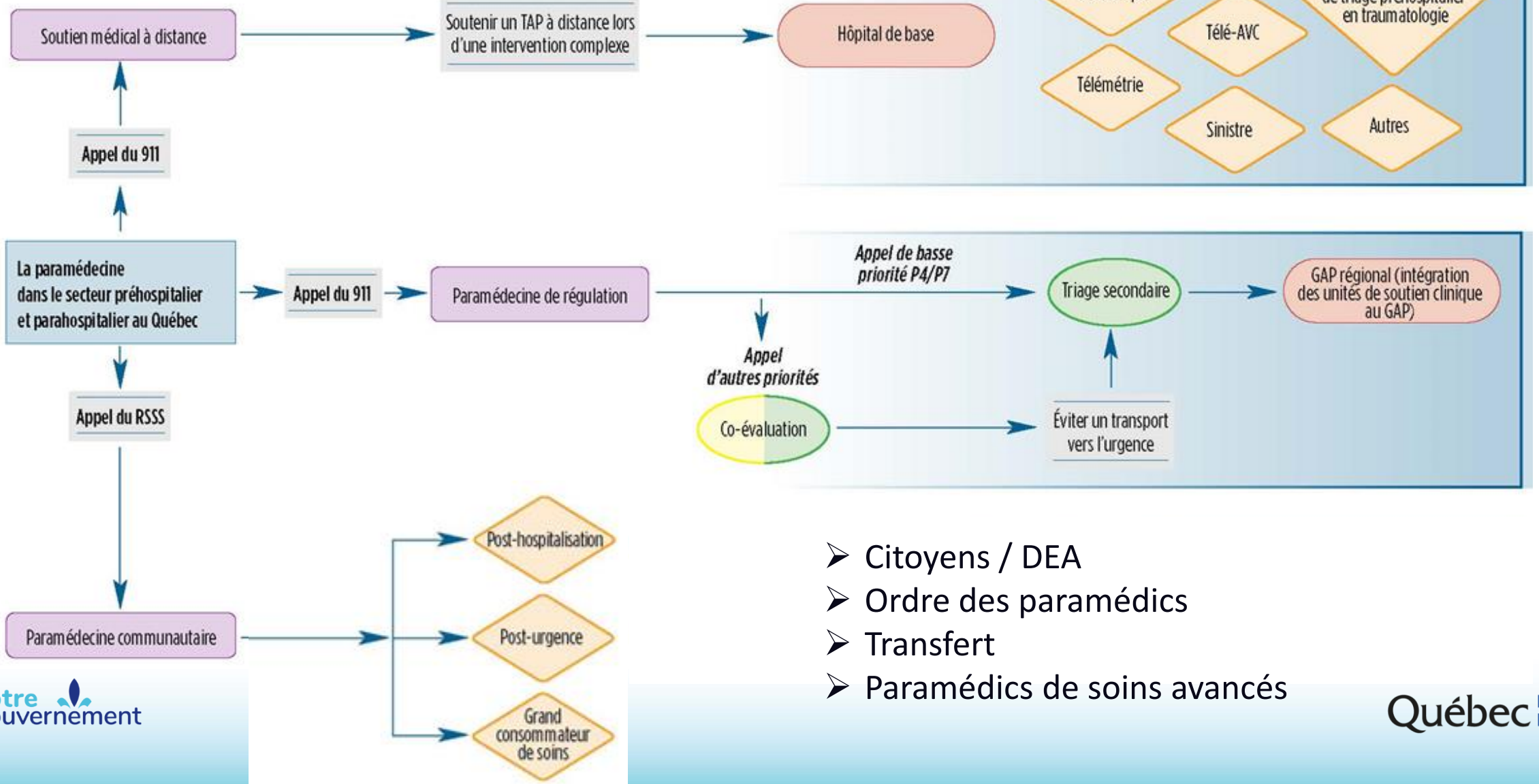
Ordre professionnel

Indication claire dans la politique gouvernementale que le gouvernement souhaite mettre en place à moyenne échéance un ordre professionnel pour les paramédics

- **Rôle et responsabilités** d'un ordre des TAP
 - Favoriser le **développement** de la profession;
 - Contrôler la **compétence** et l'intégrité de ses membres;
 - Gérer le processus **disciplinaire**;
 - Contrôler l'**exercice** illégal de la profession et l'usurpation du titre
- **Enjeux :**
 - Un projet depuis plus de 30 ans
 - La responsabilité des TAP auprès du public est grande
 - La professionnalisation ne doit pas dénaturer le métier
 - **Besoin d'une vision claire du rôle et des responsabilités du TAP**

Reconnaissance !

Conclusion



- Citoyens / DEA
- Ordre des paramédics
- Transfert
- Paramédics de soins avancés



Des certitudes devant ce qui s'en vient

- Pas de marge de manœuvre au niveau de la sécurité des patients
- Accepter : 10 % d'insatisfaction au début → 5 % ensuite
- Approche planifiée des "mauvais joueurs" (environ 15 % des individus / organisation)



Questions