



**Ministère de la Santé
et des Services sociaux**

**Cadre de développement
des pratiques préhospitalières**
Guide numéro 1
Régulation

Rédaction et collaboration

Membres :

Michel C. Doré, président
Caroline Barbir
André Caron
Robert H Desmarteau
Pierre Guérette
Anie Samson
Nadine Seguin
Serge Tremblay

Analystes :

Jessica Harrisson
François Gravel
Denis Lamothe
Vanessa Pérugien
Maxime Robitaille-Fortin

Administration :

Sabrina Boughlali
Johanne Chrétien

Contribution :

Marie-Soleil Tremblay

Le ministère de la Santé et des Services sociaux remercie toutes les personnes qui ont contribué à la réalisation du présent document.

Édition :

La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux

Le présent document s'adresse spécifiquement aux intervenants du réseau québécois de la santé et des services sociaux et n'est accessible qu'en version électronique à l'adresse :

www.msss.gouv.qc.ca, section Publications

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépot légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2021
Bibliothèque et Archives Canada, 2021

ISBN : 978-2-550-88774-4 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2021

Table des matières	
Introduction	1
1. Contexte : historique et état des connaissances en matière de régulation.....	3
1.1 Composantes de la régulation	3
1.2 Recommandations des rapports antérieurs favorisant le développement de la régulation	3
2. Gouvernance particulière à ce champ pratique	5
2.1 Déploiement des activités reliées à la régulation.....	5
2.2 Encadrement légal et réglementaire	5
2.3 Encadrement clinique et opérationnel.....	5
2.4 Modalités de traitement de la demande.....	6
2.5 Reddition de comptes	7
3- Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique	9
4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet.....	11
4.1 Nature des interventions de régulation	11
4.2 Portée de la régulation”.....	13
4.3 Clientèle cible’	14
4.4 Prestataires de service	14
4.5 Parties prenantes associées à ce champ de pratique.....	15
4.6 Modalités de déploiement	15
4.7 Période de service	16
4.8 Dimension géographique	16
4.9 Ressources requises	16
Conclusion.....	17
Annexes.....	19
Annexe 1 - Suggestion d’indicateurs de performance.....	21
Annexe 2 - Éléments du plan de communication.....	27
Bibliographie	29

Liste des abréviations

AAOR : Accueil, analyse, orientation et référence

ACR : Arrêt cardiorespiratoire

AQ : Amélioration de la qualité

AQA : Amélioration de la qualité de l'acte

CCS : Centre de communication santé

CH : Centre hospitalier

CLSC : Centre local de services communautaires

CNTSPU : Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence

CU 9-1-1 : Centre d'urgence 9-1-1

DGAPUAC : Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accueil clinique

DEAU : Direction de l'enseignement et des affaires universitaires

DSAPA : Direction des soins aux personnes âgées

DSI : Direction des soins infirmiers

DSM : Direction des services multidisciplinaires

EOSS : Équipes d'organisation de soins et de services

FABO : Formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation

GMF : Groupe de médecine familiale

GMF-R : Groupe de médecine familiale – réseau

GMF-U : Groupe de médecine familiale – universitaire

MSSS : Ministère de la Santé et des Services sociaux

PIC-TAP : Protocoles d'intervention cliniques à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics

PR : Premier répondant

RAMQ : Régie de l'assurance maladie du Québec

RMU : Répondant médical d'urgence

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic (soins primaires)

Introduction

Les appels des usagers, les protocoles de traitements des demandes, les règles opérationnelles et les trajectoires de soins se traduisent par une augmentation importante des volumes de transports ambulanciers et une contribution significative à l'encombrement des urgences. Ces éléments soulèvent des enjeux pour assurer la disponibilité des ressources pour les personnes en détresse.

Ce contexte invite à revoir la régulation des demandes. De l'information publique à la spécificité des protocoles en passant par une diversification des trajectoires de services, plusieurs mesures bénéficieraient des retombées de ces projets.

Bien qu'il puisse sembler urgent de modifier les processus en place, la multiplicité de projets non évalués et non arrimés peut entraîner une réduction des bénéfices escomptés. La réalisation des projets dans le respect du Cadre de développement des pratiques préhospitalières et du présent guide assure la cohérence et l'efficacité de nos efforts collectifs.

Ce guide constitue avant tout une invitation à réfléchir à diverses opportunités d'amélioration de la régulation des demandes et à soumettre des projets permettant d'en évaluer les retombées.

Objectif

Ce document définit les modalités de développement de la pratique de la régulation.

Portée

Ce guide s'adresse aux promoteurs désirant mettre en place une pratique préhospitalière de régulation pour les appels de la population et les demandes de services des organisations partenaires aux SPU.

Avis important

L'implantation d'un projet de régulation doit respecter le Cadre de développement des pratiques préhospitalières ainsi que le présent guide.

1. Contexte : historique et état des connaissances en matière de régulation

La régulation constitue une fonction qui, à l'aide de divers processus, favorise l'identification d'un problème de santé permettant ainsi aux différentes ressources préhospitalières de répondre à leur mission primaire. Ceci vise donc à assurer au patient les soins et les services appropriés, au bon moment, au bon endroit et par la combinaison de ressources la mieux adaptée aux circonstances. Par ailleurs, le fait d'offrir un choix autre que celui du transport ambulancier vers une salle d'urgence, peut engendrer des bénéfices sur certains aspects de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence, notamment sur la gestion des demandes urgentes et l'utilisation adéquate des ambulances.^{1, 2}

1.1 Composantes de la régulation

La régulation se compose de trois volets :

- le triage secondaire,
- la réorientation et la référence,
- le constat de décès à distance.

1.2 Recommandations des rapports antérieurs favorisant le développement de la régulation

En 2000, le rapport Dicaire, *Urgences préhospitalières : un système à mettre en place*³, soulignait la nécessité « Que l'encadrement médical en temps réel soit implanté dans les centres de communication santé, selon un modèle à deux niveaux : le premier étant assuré par des techniciens ambulanciers de formation plus avancée, œuvrant à temps plein dans les centres; le deuxième étant assuré par une équipe de médecins dédiés à ce type d'intervention et regroupés dans deux centres de communication santé, soit à Montréal et à Québec, et desservant l'ensemble des régions du Québec. » (Recommandation 72, p. 32).

Par ailleurs, en 2014, le rapport Ouellet, *Services préhospitaliers : urgence d'agir*⁴, recommandait « de mettre en place des mesures et des contrôles appropriés, pour que les

¹ -Brown, L. H., M. W. Hubble, D. C. Cone, M. G. Millin, B. Schwartz, P. D. Patterson, M. E. Richards (2009). Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis. *Prehospital Emergency Care*, 13(4), 516-527. DOI:10.1080/10903120903144809

² Brydges, M., C. Spearen, A. Birze et W. Tavares (2015). « A Culture in Transition: Paramedic Experiences with Community Referral Programs. » *CJEM*, 17(6), 631-638. DOI :10.1017/cem.2015.6

³ Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et A. Dicaire. Québec (province) (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Rapport. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

⁴ Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (Ouellet), Québec (province), ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir* : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence. Rapport. Repéré à : <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>

règles d'affectation des ressources soient uniformes dans tous les CCS et appliquées en tout temps » (Recommandation n° 22, p. 38). Il ajoutait « d'élaborer des mesures pour que l'utilisateur demandeur d'une ambulance puisse être dirigé vers un autre endroit qu'une salle d'urgence ou véhiculé par un transport alternatif, selon des critères dûment approuvés par le corps médical; » (Recommandation n° 54, p. 75).

2. Gouvernance particulière à ce champ pratique

2.1 Déploiement des activités reliées à la régulation

La régulation est un projet de nature régionale impliquant plusieurs parties prenantes. À titre de porteur du dossier, l'autorité régionale doit veiller à l'adhésion et à la pleine collaboration de l'ensemble des acteurs (voir la liste des parties prenantes, p. 15).

2.2 Encadrement légal et réglementaire

La régulation s'inscrit dans un cadre légal et réglementaire notamment :

- la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (chapitre S-6.2),
- le règlement sur les activités professionnelles pouvant être exercées dans le cadre des services et des soins préhospitaliers d'urgence,
- les autres lois ou règlements qui encadrent la pratique des parties prenantes concernées.

2.3 Encadrement clinique et opérationnel

L'encadrement clinique et opérationnel de la régulation est assuré par :

- les ordres professionnels,
- le soutien médical à distance,
- les protocoles cliniques et les protocoles de traitement de la demande.

L'autorité régionale doit appliquer un processus d'amélioration de la qualité de l'acte⁵ afin de maintenir un haut standard de soins. Des évaluations sur les cas cliniques devront être effectuées périodiquement et s'inscrire dans un processus de veille. Pour assurer un système qui évolue constamment dans le sens d'une sécurité accrue pour les patients, un concept de culture juste⁶ devrait être adopté lors de la mise en place du système d'assurance qualité.⁷

⁵ **Amélioration de la qualité de l'acte** : processus permettant de s'assurer de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés.

Collège des médecins. (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>.

⁶ **Définition d'une culture juste en matière de sécurité** : Dans une culture juste en matière de sécurité, les dirigeants et tous les membres du personnel s'engagent à prodiguer aux patients les soins les plus sécuritaires possible. Il y a un engagement commun à tirer des leçons des événements indésirables et des accidents évités de justesse afin d'apporter des améliorations. Les intérêts des patients et des professionnels de la santé sont protégés. (Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM). (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à : <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>)

⁷ Boysen P. G., 2d (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » The Ochsner journal, 13(3), 400-406. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

En plus d'assurer l'amélioration de la qualité de l'acte, l'autorité régionale doit garantir une surveillance des indicateurs de performance et de sécurité pour les patients à partir des données standardisées extraites des rapports préhospitaliers (Rapport informatique AS803-AS810), des notes et des rapports rédigés par les partenaires qui ont pris en charge le patient. L'annexe 1 précise des indicateurs⁸ de performance. L'autorité régionale devra fournir trimestriellement au MSSS les données pour fin de comparaison et d'analyse dans le processus d'évaluation des programmes.

Les processus de régulation devront être revus en tenant compte des nouvelles orientations.

Triage secondaire et réorientation

Le triage secondaire s'effectuera conformément aux encadrements et protocoles de régulation émis par le MSSS. L'autorité régionale pourra implanter la fonction sur son territoire en mobilisant les ressources de son milieu pouvant y contribuer. Les travaux devront minimalement comprendre les éléments suivants : la liste des partenaires associés à la régulation, les protocoles cliniques et opérationnels, les procédures et traitements de filtres des demandes, les mesures d'encadrements, les cartographies de tous les processus incluant celui de la transmission des données, ainsi que toutes les composantes nécessaires à l'implantation.

Le constat de décès à distance

En concordance avec les protocoles d'intervention cliniques à l'usage des techniciens ambulanciers paramédics (PIC-TAP), le TAP communiquera avec le soutien clinique à distance pour établir le constat de décès.

2.4 Modalités de traitement de la demande

Triage secondaire : l'appel entrant au CCS est identifié et redirigé vers l'équipe de triage secondaire désignée.

Réorientation : à la suite au triage secondaire ou de la co-évaluation entre le TAP et la ressource clinique désignée⁹ qui effectue la réorientation.

Constat de décès à distance : le TAP communique avec le clinicien légalement désigné.

⁸ Un indicateur est une mesure quantitative ou qualitative qui sert à évaluer ou à apprécier les résultats, l'utilisation des ressources, l'état d'avancement des travaux, l'atteinte d'une cible ou d'un objectif. (Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446).

⁹ Ressource clinique désignée : personne qui évalue les ressources et les besoins de santé du patient ainsi que ceux de leurs proches si nécessaire. Elle guide le patient dans l'organisation des soins et des services offerts, le dirige vers d'autres professionnels de la santé ou vers une ressource mieux adaptée à ses besoins.

2.5 Reddition de comptes

Indicateurs de performances : la régulation doit apporter un bénéfice pour le patient ainsi que pour le système dans son ensemble. La détermination de ces bénéfices nécessite la cueillette et l'analyse d'indicateurs de performance. L'annexe 1 précise la liste d'indicateurs de performance clinique et opérationnelle.

Mécanismes de coordination : l'autorité régionale doit superviser le déploiement et la gestion des projets de régulation sur son territoire.

Mécanismes de contrôle : il appartient à l'autorité régionale d'apporter des correctifs en fonction des résultats des indicateurs de performance qui n'atteindraient pas une cible fixée par le MSSS. Le MSSS fera périodiquement le suivi des résultats de performances et s'assurera que des actions sont prises par les autorités régionales. Ces données devraient être disponibles et partagées pour l'ensemble des autorités régionales qui pilotent un projet de régulation afin de contribuer à l'apprentissage et à l'optimisation du système de manière collective.

3- Éléments de veille et vigie spécifiques à cette pratique

Le processus de veille lié à la régulation doit contenir des données recueillies à partir :

- des suivis des patients de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ),
- du formulaire « accueil, analyse, orientation et référence » (AAOR),
- de la note ou du rapport rédigé par le clinicien ou l'intervenant qui a pris en charge le patient,
- des archives des centres hospitaliers concernant l'inscription ou l'admission du patient après le contact avec le centre de triage secondaire.

4. Éléments spécifiques à prendre en considération dans la planification du projet

Services de première ligne et organismes communautaires : Privilégier l'utilisation d'outils déjà existants à des fins d'orientation des patients, tels que le formulaire d'analyse du besoin prioritaire à des fins d'orientation (FABO). Ce formulaire d'analyse est utilisé par les différents intervenants de l'accès intégré et harmonisé de plusieurs autorités régionales. Il permet de synthétiser l'essentiel des données recueillies concernant le besoin prioritaire de l'utilisateur, de les analyser et de formuler une opinion professionnelle en vue d'une orientation. Le FABO s'inscrit dans la volonté ministérielle d'améliorer et de satisfaire l'ensemble des besoins de santé et de bien-être de la population, et ce, en actualisant les standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Éléments à considérer : le FABO est complété par les intervenants de diverses disciplines qui ont des fonctions d'accès dans l'établissement pour toute référence vers les programmes clientèles. Il ne constitue pas une évaluation disciplinaire ni un acte réservé, mais bien une analyse sommaire à des fins d'orientation seulement.

Outils d'identification et de dépistage des facteurs de risques environnementaux tels que l'utilisation d'outils d'identification et de dépistage de problématiques en lien avec des contextes de maltraitance physique et/ou psychologique, d'enjeux d'hygiène et de salubrité. L'utilisation de ces outils par les services de police et d'incendie devrait être encouragée dans le cadre de la collaboration avec les SPU.

4.1 Nature des interventions de régulation

La régulation se compose de trois volets :

Triage secondaire : Le triage secondaire s'effectue à distance par le clinicien désigné et implique une évaluation complémentaire afin de décider du besoin de service du patient une fois que le triage initial par le centre de régulation a déterminé une situation non urgente et dont la chronométrie n'aurait pas d'effet sur son état de santé.

Réorientation et référence : La réorientation résulte du triage secondaire ou de l'analyse des grilles, des outils et des données recueillis par la co-évaluation, et entraîne une référence du patient auprès de la ressource la plus apte à répondre au besoin de santé physique ou psychosociale.¹⁰

¹⁰ Finn & al. (2013). « *Evidence-based paramedic models of care to reduce unnecessary emergency department attendance – feasibility and safety.* » BMC Emergency Medicine, 13, 13. DOI :10.1186/1471-227x-13-13

Processus de régulation

Milieu urbain, rural et isolé	Réorientation	<p>Porte d'entrée :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 8-1-1 (volet réorientation) - Ressource clinique désignée, équipe soignante qui effectue des visites planifiées dans les communautés (spécifiquement en milieu isolé) - Service de police - Service d'incendie <p>Référence vers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ressources communautaires - GMF/GMF-R/GMF-U/Cliniques - CLSC (services de santé courants) - Centre hospitalier - Urgence (liaison EOSS, service multidisciplinaire) - Maintien à domicile
	Traitement, conseil santé et fin de l'épisode de soins	<ul style="list-style-type: none"> - 8-1-1 Info-Santé - 8-1-1 Info-Social - Ressource clinique désignée

Constat de décès à distance : Le constat de décès à distance s'effectue lorsque les TAP sont en présence d'un patient en arrêt cardiorespiratoire qui répond aux protocoles cliniques en vigueur reliés à cette pratique. Les TAP collectent des données à l'aide d'un formulaire et contactent la ressource désignée pour effectuer l'attestation du décès.

Éléments essentiels inclus dans les volets de la régulation :

- **La co-évaluation** permet l'échange entre le TAP et le clinicien désigné¹¹ sur de l'information clinique reliée au contexte du patient afin de le réorienter et de le référer, au besoin, vers d'autres ressources.
- **L'annulation de la demande** représente une résultante potentielle des trois volets de la régulation. L'annulation de la demande peut également résulter de la demande du patient.
- **Le suivi planifié** est un processus systématique intégré permettant de s'assurer que le patient a été pris en charge dans un délai approprié ou qu'il a reçu les services nécessaires pour répondre à ses besoins.

¹¹ Toute personne désignée par l'autorité régionale conformément aux lois et règlements en vigueur.

- **Le soutien clinique aux intervenants** permet au TAP de contacter le clinicien désigné, en lien avec une intervention préhospitalière, afin de répondre à toutes questions cliniques de santé et de le soutenir dans le choix des soins et des trajectoires des patients.

4.2 Portée de la régulation^{12,13,14}

Les motifs de développement d'un projet de régulation incluent

- La disponibilité des ressources pour les personnes en détresse;
- L'augmentation à venir du nombre de transports vers les centres hospitaliers (CH) en raison du vieillissement de la population;
- Un grand nombre d'appels P4-P7 qui ne nécessitent possiblement pas un transport vers un CH;
- L'engorgement des urgences;
- La disponibilité restreinte d'autres services. Certaines prises en charge pourraient être effectuées de manière sécuritaire dans un délai maximal de 24 à 48 heures après le contact avec la ressource clinique désignée.

Les bénéfices attendus d'un projet de régulation incluent

- Une meilleure adéquation entre le besoin et le service offert (bon patient, bon soin);
- L'amélioration de l'expérience patient;
- L'augmentation de la disponibilité des ressources ambulancières;
- L'amélioration des temps de réponse des ressources ambulancières;
- La réduction de la mortalité et de la morbidité;
- La réduction de l'achalandage dans les services d'urgence;
- La réduction du nombre d'hospitalisations;
- Le nivellement des écarts dans les soins de santé;
- La réduction du nombre de déplacements véhiculaires (environnement).

¹² Goldstein, J., J. McVey et S. Ackroyd-Stolarz (2016). « *The Role of Emergency Medical Services in Geriatrics: Bridging the Gap between Primary and Acute Care.* » CJEM, 18(1), 54-61. DOI :10.1017/cem.2015.73

¹³ Gray, J. T. et J. Wardrope (2007). Introduction of non-transport guidelines into an ambulance service: a retrospective review. Emergency Medicine Journal, 24(10), 727. DOI :10.1136/emj.2007.048850

¹⁴ Mason, S., E. Knowles, B. Colwell, S. Dixon, J. Wardrope, R. Gorringer, J. Nicholl (2007). « *Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderly people in the community: cluster randomised controlled trial.* » BMJ, 335(7626), 919. DOI :10.1136/bmj.39343.649097.55

4.3 Clientèle cible^{15,16}

Triage secondaire : Des appels entrants au CCS qui relèvent d'une situation non urgente et dont la chronométrie n'aurait pas d'effet sur l'état de santé du patient.

Réorientation et référence :

- Patient identifié par les TAP en contexte non urgent, présentant une problématique de santé physique, psychosociale ou liée à son environnement domiciliaire;
- Patient identifié par les TAP, présentant un problème de santé aigu et transporté dans un CH, qui sera et pris en charge, le cas échéant, par une ressource extrahospitalière une fois que l'état de santé sera stabilisé.

Constat de décès à distance : patient en arrêt cardiorespiratoire qui répond aux directives cliniques en vigueur reliées à cette pratique.

4.4 Prestataires de service

Les services peuvent être fournis par les TAP, les ressources cliniques désignées (infirmières ou infirmières praticiennes spécialisées en première ligne), ou autres ressources désignées (exemple : travailleurs sociaux).

Qui	Actions
TAP	<ul style="list-style-type: none">— Effectuer une collecte de données— Utiliser les outils pour identifier la bonne ressource (orientation)— Contacter la ressource clinique désignée
TAP et ressource clinique désignée	Effectuer une co-évaluation
Ressource clinique désignée	<p>Si réorientation et référence :</p> <ul style="list-style-type: none">— Transmettre le FABO;— Effectuer la prise de rendez-vous; <p>ou</p> <ul style="list-style-type: none">— Effectuer la prise en charge du patient. <p>Si « traité terminé » :</p> <ul style="list-style-type: none">— Donner des conseils santé et terminer l'épisode de soins;
Ressource administrative	<ul style="list-style-type: none">— Effectuer le suivi de la prise en charge du patient et des soins et services reçus.

Type et cheminement de formation

L'autorité régionale doit assurer au personnel des SPU et aux ressources engagées dans la régulation, la formation et les outils de soutien nécessaires à une régulation de qualité.

¹⁵ Kamper, M., B. Mahoney, S. Nelson et J. Peterson (2001). « *Feasibility of paramedic treatment and referral of minor illnesses and injuries.* » Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, 5(4), 371.

¹⁶ Kue, R., E. Ramstrom, S. Weisberg et M. Restuccia (2009). « *Evaluation of an Emergency Medical Services–Based Social Services Referral Program for Elderly Patients.* » Prehospital Emergency Care, 13(3), 273-279.

DOI :10.1080/10903120802706179

4.5 Parties prenantes associées à ce champ de pratique

Élaboration de trajectoires de soins et de réorientation (régional et national) :

- Autorité régionale,
- Direction des services multidisciplinaires (DSM) : 8-1-1, Info-Santé/Info-Social, équipe Accès intégré harmonisé (services de premières lignes en santé physique et mentale offerts à tous),
- Direction des soins aux personnes âgées (DSAPA),
- Direction des soins infirmiers (DSI),
- Direction de l'enseignement et des affaires universitaires (DEAU),
- Chaire de recherche (axe vieillissement de la population),
- Centres de communication (9-1-1 et CCS),
- Établissements de santé,
- Centres de réorientation,
- Services ambulanciers,
- Ministère de la Sécurité publique (services de police et services d'incendie).

Structurel :

- National : MSSS, ordres professionnels (médecins, infirmières, pharmaciens), associations représentant les professionnels de la santé,
- Régional : associations de gestionnaires, associations patronales et syndicales.

Lors de la conception du projet, le promoteur devra déterminer l'ensemble des parties prenantes et préciser leurs contributions.

4.6 Modalités de déploiement

La mise en œuvre de la régulation doit respecter le Cadre de développement des pratiques préhospitalières et des orientations du MSSS. Celui-ci précisera les modalités par lesquelles la mise en œuvre respectera le cadre organisationnel et financier visant l'optimisation des ressources.

Comme mentionné dans la section gouvernance, l'autorité régionale doit mobiliser les ressources de son secteur dans la mise en œuvre des centres de régulation désignés par le MSSS.

Éléments d'un plan de communication spécifiques à considérer :

Les plans de communications en lien avec la régulation doivent être adaptés à l'auditoire. En ce sens, les informations transmises aux TAP, aux partenaires et au grand public varieront. L'annexe 2 présente les éléments de communication spécifiques à chaque auditoire.

4.7 Période de service

Afin d'assurer un processus unique et fiable ainsi que pour préserver la disponibilité des ressources (préhospitalières et urgences), la régulation s'exerce en tout temps (24 heures sur 24, sept jours sur sept). Un mécanisme de suivi devra être mis en place pour les situations où le patient ne peut être pris en charge que le lendemain.

4.8 Dimension géographique

- La régulation doit idéalement s'appliquer dans toutes les régions sociosanitaires. Des adaptations peuvent être apportées selon les besoins ou les ressources spécifiques d'une région.
- Facteurs militants pour la mise en place de la régulation :
 - le taux d'occupation élevé des équipes ambulancières,
 - le taux d'occupation élevé des urgences du territoire,
 - le taux d'appels non urgents validé par le CCS ou le CH.

4.9 Ressources requises

La régulation s'effectue dans un contexte particulièrement étendu. En ce sens, les besoins en matière de ressources humaines, de technologie, d'équipement et de modalité de financement peuvent s'avérer très importants. Ces éléments devront être clairement définis dans la phase d'élaboration de chaque projet comme il est stipulé dans le Cadre de développement des pratiques préhospitalières.

Conclusion

La régulation des demandes constitue une voie privilégiée pour assurer à chaque demandeur l'accès aux soins appropriés et requis par sa condition. Le recours aux ressources du système préhospitalier d'urgence pour des demandes non urgentes réduit d'autant la disponibilité des ressources pour les demandes urgentes et critiques.

Si certaines pistes de solutions paraissent évidentes, plusieurs d'entre elles nécessitent des développements, des arrimages et des modifications législatives ou réglementaires pour en assurer les bénéfices. La réalisation des projets en conformité avec le Cadre de développement des pratiques et le présent guide évitent des omissions et des écarts retardant ou limitant les bénéfices.

Le Ministère souhaite mobiliser le milieu préhospitalier et les partenaires du réseau de la santé afin qu'ils concertent leurs efforts pour assurer à chaque usager l'accès aux soins et aux services nécessaires à sa condition tout en préservant la disponibilité des ressources d'urgence pour les demandes vitales.

Annexes

Annexe 1 - Suggestion d'indicateurs de performance¹⁷

Critères implicites

Les études par critères implicites permettent d'avoir un regard d'ensemble sur le dossier d'un épisode de soins. La lecture du dossier selon l'ordre chronologique des événements doit permettre au réviseur d'évaluer la qualité des soins à la lumière des normes de pratique en vigueur au moment et dans le contexte où les soins ont été effectués. Une grille d'évaluation par critères implicites doit être utilisée (voir le modèle de la figure 1).

Les situations suivantes doivent faire l'objet d'une évaluation par critères implicites :

- tout arrêt cardiorespiratoire (ACR) ou décès non attendu suivant un processus de régulation,
- tout patient qui a présenté une ou des complications suivant un processus de régulation,
- à la suite d'une plainte d'ordre clinique ou administrative,
- un échantillon d'un minimum de 5 % des interventions effectuées (interventions ciblées par thématique ou aléatoires selon les besoins).

L'indicateur de performance clinique peut être mesurable en pourcentage. La performance clinique compare l'élément pertinent de l'indicateur par rapport au nombre total de fois où l'indicateur est évalué. Un taux de conformité de 100 % est recherché, et la cible minimale à atteindre est de 95 % notamment pour :

- la qualité de l'information au dossier,
- l'absence de facteurs évitables ayant mené à une complication,
- l'absence de préjudice évitable,
- la présence d'une amélioration ou d'une stabilité dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence de détérioration dans la condition clinique médicale ou mentale du patient,
- l'absence d'éléments de non-conformité aux directives en vigueur pouvant contribuer à des complications cliniques du patient.

¹⁷ Secrétariat du Conseil du Trésor. (2003). *Modernisation de la gestion publique, guide sur les indicateurs*. Repéré à : https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf

Figure 1. Grille d'analyse par critères implicites

Service préhospitalier :	Réviseur :
Nom du patient :	Prénom du patient :
Date de naissance :	Âge :
N° RAMQ :	
Date d'intervention :	
Dossier CCS :	Code clinique :
Matricules des intervenants concernés :	
Raison(s) justifiant l'étude de ce dossier :	
<hr/>	
<hr/>	
<hr/>	
Diagnostic(s) hospitalier(s) :	

QUALITÉ DE L'INFORMATION AU DOSSIER		
<input type="checkbox"/> Insuffisante	<input type="checkbox"/> Acceptable	<input type="checkbox"/> Très bonne

FACTEURS AYANT CONTRIBUÉ À UNE COMPLICATION OU AU DÉCÈS		<input type="checkbox"/> S.O.
Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Protocole/procédure de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Communication entre les intervenants	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

PRÉJUDICES DÉCOULANT D'UN ACTE MÉDICAL QUI AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉS		<input type="checkbox"/> S.O.
Des souffrances physiques ou morales	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une prolongation probable du séjour en milieu hospitalier	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Une invalidité à moyen ou à long terme	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Un décès	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

ÉLÉMENTS DE NON-CONFORMITÉ POUVANT CONTRIBUER À UNE DÉTÉRIORATION CLINIQUE DU PATIENT (processus d'amélioration de la qualité de l'acte)

Évaluation clinique	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des examens et interprétation	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Choix des traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Détérioration à la suite de l'administration d'un traitement	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Délai inapproprié dans les traitements	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Conformité pour l'équipement/matériel utilisé	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Respect des protocoles/procédures de soins	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Erreur humaine	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

SUIVI DE L'ÉTAT DU PATIENT

- ☐ Amélioration
☐ Détérioration
☐ Aucun changement

COMMENTAIRES GÉNÉRAUX ET CONCLUSIONS

RÉTROACTIONS ET RECOMMANDATIONS

Le dossier requiert une évaluation supplémentaire ou l'évaluation du dossier médical hospitalier ☐ OUI ☐ NON

Signature du réviseur :

Date :

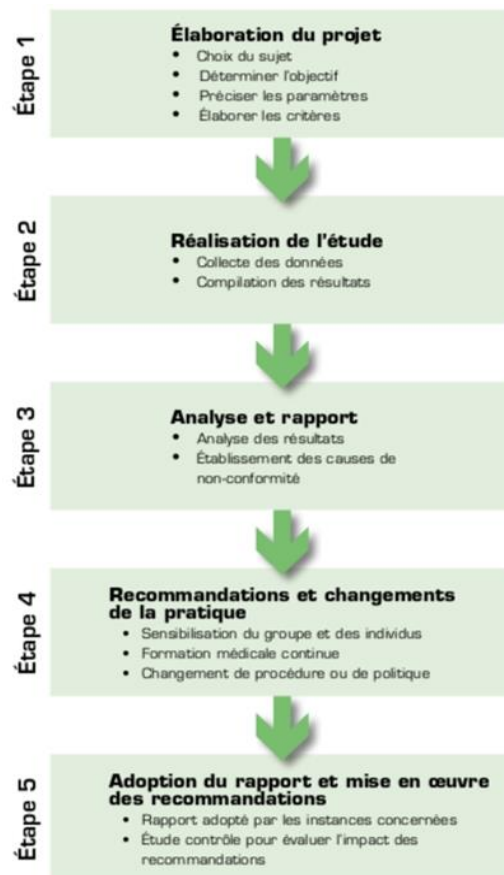
Rétroaction donnée aux intervenants concernés : ☐ OUI ☐ NON

Critères explicites

Les études par critères explicites représentent probablement une des meilleures façons de mesurer la qualité des soins. Il s'agit d'une approche qui permet l'évaluation objective des soins. **Il s'agit d'une méthode d'appréciation de la qualité des soins en fonction d'une norme scientifiquement reconnue ou d'un consensus.** Par exemple, l'analyse de l'évolution clinique des patients traités pour un ACR tout au long de la chaîne de survie (Utstein) ou encore la démarche de suivi provinciale sur les patients qui subissent un infarctus aigu du myocarde (IM Québec) sont des exemples concrets déjà en place dans le système.

Selon les besoins et les orientations du MSSS et/ou de l'autorité régionale, des analyses par critères explicites devront être effectuées dans le but d'améliorer de façon notable les soins aux patients pour certaines pratiques spécifiques. Les constats devront être partagés dans le réseau afin de contribuer à l'amélioration globale de la qualité de l'acte sur le plan national. La figure 2 illustre le déroulement d'une étude par critères explicites.

Figure 2. Déroulement d'une étude par critères explicites¹⁸



Évaluation des données opérationnelles

¹⁸ Collège des médecins du Québec, 2013. *L'évaluation de l'acte médical*, p. 19. Repéré à : <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>. Consulté le 8 octobre 2020.

Sur le plan opérationnel, il convient de collecter des données pour juger de l'efficacité et du rapport coût/service/bénéfice de la régulation dans une région donnée. Notamment, les données suivantes doivent être colligées :

Le nombre quotidien

- de demandes régulées,
- d'heures de disponibilité pour la régulation.

Le nombre et le pourcentage

- d'appels de nature adulte et pédiatrique (<16 ans),
- d'appels nécessitant un support médical à distance,
- d'appels avec demande de support médical sans réponse téléphonique du médecin,
- d'interventions avec une complication suivant un traitement (autodéclarée ou retrouvée à l'AQ).

Le taux en pourcentage

- de conformité en matière de formation continue minimale annuelle pour chaque intervenant.

Le temps moyen

- sur les lieux de prise en charge,
- pour une intervention complète.

Remarque : La liste n'est pas exhaustive et pourrait être modulée en fonction des besoins du MSSS et en fonction du développement de la pratique.

Annexe 2 - Éléments du plan de communication

Éléments	Clientèle cible*
Les améliorations dans la prestation de soins offerts dans le contexte du projet de régulation.	Tous
Bénéfices attendus de l'implantation du projet.	Tous
Information sur les situations cliniques qui pourraient bénéficier de la régulation.	Tous
Information sur les standards minimaux de formation continue pour demeurer actif au sein de la régulation.	Tous
Information sur le rôle général que joue la régulation dans la chaîne de réponse préhospitalière.	Tous
Information sur l'historique et l'état de la situation dans les autres provinces canadiennes.	Tous
Information sur le mode de déploiement opérationnel des parties prenantes pour ce projet.	TAP-partenaires
Information sur la formation offerte pour participer au projet de régulation.	TAP-Partenaires
Information sur l'encadrement clinique particulier à la régulation.	TAP-partenaires
Information sur le cadre légal de la régulation.	TAP-partenaires
Information sur les indicateurs de performances suivis dans le cadre du projet.	TAP-partenaires
Notions de travail d'équipe pour l'optimisation d'une intervention en régulation.	TAP-partenaires
Rôle des parties prenantes lors d'une demande de co-évaluation.	TAP-partenaires
Information sur les effets que la régulation pourrait avoir sur le quotidien des partenaires.	TAP-partenaires

* Signification des clientèles cibles

- « Tous » signifie le public et les partenaires;
- Les partenaires sont la police, les services d'incendie, les infirmières, les médecins, les premiers répondants, les RMU et tous les autres travailleurs impliqués dans les soins d'urgence.

Bibliographie

Association Canadienne de Protection Médicale (ACPM) (2010). *Une culture juste en matière de sécurité*. Repéré à: <https://www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2010/just-culture-of-safety-why-protecting-quality-improvement-reviews-is-important-for-everyone>

Boysen P. G., 2d (2013). « *Just culture: a foundation for balanced accountability and patient safety*. » The Ochsner journal, 13(3), 400-406. Repéré à : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776518/>

Brown, L. H., M. W. Hubble, D. C. Cone, M. G. Millin, B. Schwartz, P. D. Patterson, M. E. Richards (2009). *Paramedic Determinations of Medical Necessity: A Meta-Analysis*. Prehospital Emergency Care, 13(4), 516-527. DOI :10.1080/10903120903144809

Brydges, M., C. Spearen, A. Birze et W. Tavares (2015). « *A Culture in Transition: Paramedic Experiences with Community Referral Programs*. » CJEM, 17(6), 631-638. DOI :10.1017/cem.2015.6

Collège des médecins (2013). *L'évaluation de l'acte médical*. Repéré à: <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-08-01-fr-evaluation-acte-medical.pdf>.

Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence et A. Dicaire. Québec (province) (2000). *Urgences préhospitalières : Un système à mettre en place*. Rapport. Repéré à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-000598/>

Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence (Ouellet), Québec (province), ministère de la Santé et des Services sociaux et Bibliothèque numérique canadienne (Firme). (2015). *Services préhospitaliers : Urgence d'agir : rapport du Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence*. Rapport. Repéré à: <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001029/>

Finn, J. C., D. M. Fatovich, G. Arendts, D. Mountain, H. Tohira, T. A. Williams, I. G. Jacobs (2013). « *Evidence-based paramedic models of care to reduce unnecessary emergency department attendance – feasibility and safety*. » BMC Emergency Medicine, 13, 13. DOI :10.1186/1471-227x-13-13

Goldstein, J., J. McVey et S. Ackroyd-Stolarz (2016). « *The Role of Emergency Medical Services in Geriatrics: Bridging the Gap between Primary and Acute Care*. » CJEM, 18(1), 54-61. DOI :10.1017/cem.2015.73

Gray, J. T. et J. Wardrope (2007). *Introduction of non-transport guidelines into an ambulance service: a retrospective review*. Emergency Medicine Journal, 24(10), 727. DOI :10.1136/emj.2007.048850

Kamper, M., B. Mahoney, S. Nelson et J. Peterson (2001). « *Feasibility of paramedic treatment and referral of minor illnesses and injuries*. » Prehospital emergency care: official journal of the National Association of EMS Physicians and the National Association of State EMS Directors, 5(4), 371.

Kue, R., E. Ramstrom, S. Weisberg et M. Restuccia (2009). « *Evaluation of an Emergency Medical Services–Based Social Services Referral Program for Elderly Patients*. » Prehospital Emergency Care, 13(3), 273-279. DOI :10.1080/10903120802706179

Mason, S., E. Knowles, B. Colwell, S. Dixon, J. Wardrope, R. Gorringer, J. Nicholl (2007). « *Effectiveness of paramedic practitioners in attending 999 calls from elderly people in the community: cluster randomised controlled trial*. » BMJ, 335(7626), 919. DOI :10.1136/bmj.39343.649097.55

Secrétariat du Conseil du Trésor. (2003). *Modernisation de la gestion publique, guide sur les indicateurs*. Repéré à:
https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/cadre_gestion/guide_indicateur.pdf

Voyer, P. (1999). *Tableaux de bord de gestion et indicateurs de performance*. Presses de l'Université du Québec, 2e édition, 446.



msss.gouv.qc.ca