



**COMITÉ NATIONAL DE TRANSFORMATION
DU SYSTÈME PRÉHOSPITALIER D'URGENCE**

**RAPPORT PRÉLIMINAIRE
RÉPONSE PRÉHOSPITALIÈRE
À LA PANDÉMIE DE LA COVID-19**



7 août 2020

Table des matières

Rédaction et collaboration	3
Remerciements	3
Sommaire exécutif	5
Introduction	7
1.0- CONTEXTE	8
1.1- Mandat du CNTSPU dans le cadre de la première vague	8
1.2- Le système préhospitalier d'urgence	9
1.3- Description de l'événement	10
1.4- Chronologie des événements	11
2.0- MÉTHODOLOGIE : LA TRIANGULATION	13
2.1- Principes directeurs	15
3.0- DIAGNOSTIC	16
3.1- Conceptualisation de l'événement	16
3.2- Diagnostic: l'absence d'une gouvernance porteuse de valeur pour les SPU	16
4.0- PROBLÉMATIQUES, DÉFIS ET RECOMMANDATIONS	20
Thème 1- Santé et sécurité :	20
Thème 2- Gestion des ressources humaines :	23
Thème 3- Protocoles cliniques et opérationnels:	25
Thème 4- Coordination :	28
Thème 5- Gestion de l'information et des communications :	30
5.0- SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET REDDITION DE COMPTE	34
Conclusion	35
ANNEXES	36
Annexe 1 : Liste des acronymes	36
Annexe 2 : Sommaire des recommandations	37
Annexe 3 : Chaîne d'intervention préhospitalière	39
Annexe 4 : Gouvernance préhospitalière	40
Annexe 5 : Mécanismes de réponse à la pandémie	41
Annexe 6 : Santé publique	42
Annexe 7 : Sécurité civile	44
Annexe 8 : Plan de contingence national — Pandémie	44

Annexe 9 : Sondage en ligne — Questionnaire	50
Annexe 10 : Sondage en ligne — Résultats	54
Annexe 11 : Entrevues individuelles et de groupe — Questionnaire.....	55
Annexe 12 : Système de gestion des informations des SPU durant la COVID-19	57

Rédaction et collaboration

Membres

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

Analystes

Johanne Chrétien
François Gravel
Denis Lamothe
Vanessa Pérugien

Administration

Kareen Boulanger
Sabrina Boughlali

Remerciements

Les membres du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) souhaitent remercier toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce rapport. Ces remerciements s'adressent à l'ensemble des participants aux entrevues et au sondage en ligne, sans oublier les nombreuses personnes et organisations ayant partagé des documents relatifs à la réponse préhospitalière lors de la première vague de la pandémie de la COVID-19.

Soulignons l'appui de la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accès clinique ainsi que de la Direction nationale des services préhospitaliers d'urgence sans lequel le CNTSPU n'aurait pu réaliser ce mandat. Un remerciement particulier à la Direction des communications du CHU Saint-Justine pour la conception de la page couverture et à la Coopérative des paramédics de l'Outaouais pour la photo.

Le CNTSPU remercie à l'avance les acteurs et partenaires du système préhospitalier d'urgence pour l'intérêt que vous porterez à ce rapport ainsi qu'à vos efforts dans la mise en œuvre de ces recommandations.

Sommaire exécutif

Le 17 novembre 2019, une éclosion virale survient en Chine et se propage rapidement à travers le monde. Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire sur l'ensemble de son territoire. Cette déclaration entraîne une mobilisation inégalée du réseau de la santé et des services sociaux. Cette mobilisation, ainsi que les directives émises par la santé publique se répercutent dans l'ensemble de la société civile.

Par sa nature particulière, le système préhospitalier d'urgence se situe à la frontière entre les établissements du réseau de la santé et les services d'urgence de proximité aux côtés des services de police et d'incendie. Les intervenants et partenaires du système préhospitalier d'urgence représentent des témoins directs de l'impact ainsi que des mesures exceptionnelles mises de l'avant pour affronter la première vague de cette pandémie.

Ce rapport intérimaire consigne les observations, analyses et recommandations de nombreux acteurs qui sont intervenus lors de la première réponse préhospitalière à la pandémie de la COVID-19. La période observée se situe entre le 13 mars et le 31 mai 2020. La mise en œuvre des recommandations permettra aux intervenants et partenaires du système préhospitalier d'urgence de réinvestir les leçons apprises de cette expérience récente, et ce, tant en préparation de la seconde vague que dans tout autre événement similaire.

Par la mise en commun de l'analyse des documents relatifs à la pandémie, des entrevues et d'un sondage en ligne, émerge un diagnostic et des défis illustrant la réalité à laquelle les intervenants ont dû faire face. Ces défis se concentrent autour de cinq thèmes :

- La santé et la sécurité;
- Les protocoles;
- La coordination;
- La gestion des ressources humaines;
- La gestion de l'information et des communications.

Le rapport présente vingt-sept recommandations¹ qui interpellent une diversité d'acteurs impliqués dans la chaîne d'intervention préhospitalière. Ces recommandations s'attardent aux améliorations attendues à court terme. La Direction des services préhospitaliers d'urgence du ministère assurera le suivi de ces recommandations.

¹ La liste exhaustive des recommandations est présentée à l'annexe 2.

Introduction

La première vague de la pandémie de la COVID-19 demeurera l'un des défis importants qu'aura connus l'humanité au cours du présent siècle. Cette situation marque l'imaginaire quant à sa virulence, son étendue et ses incertitudes dans tout le réseau de la Santé et des Services sociaux. Le système préhospitalier d'urgence n'y échappe pas, car il intervient en première ligne auprès des victimes les plus affectées.

Le maintien du service dans un tel contexte reflète le niveau d'engagement et de professionnalisme de celles et ceux qui œuvrent au sein du système préhospitalier d'urgence québécois. Cette capacité d'application professionnelle s'appuie aussi sur les expériences et les préparatifs propres à chaque organisation en matière de planification opérationnelle, de continuité de services essentiels, de sécurité civile et de gestion de contingence.

L'aplatissement de la courbe épidémiologique apparue en mai au Québec apporte d'abord un répit pour celles et ceux qui ont multiplié leurs contributions aux efforts sanitaires des derniers mois. Cette accalmie permet aussi de prendre un moment de réflexion suivant l'expérience de la réponse préhospitalière à la pandémie.

L'objectif de ce rapport intérimaire vise à faire le bilan des constats, établir le diagnostic et soumettre les recommandations pour des mesures applicables à court terme devant l'imminence d'une deuxième vague. Les éléments plus systémiques relatifs à la gouvernance, la structure, la culture et la stratégie feront l'objet des réflexions du CNTSPU dans le cadre du plan de transformation.

Ce rapport se divise en cinq parties. La première présente les faits et la trame chronologique du déroulement des activités préhospitalières. La seconde partie traite de la méthodologie et du cadre conceptuel. Ensuite, un diagnostic propre au système préhospitalier d'urgence introduit les défis à relever. Le diagnostic et les défis proviennent d'extraits de verbatim recueillis lors des entrevues et du sondage réalisés. La quatrième section reprend, par thème, les problématiques, défis et recommandations qui expriment les propositions formulées. Ceci permet d'explicitier la réponse orientée par les défis auxquels le système préhospitalier d'urgence aura à faire face lors d'une deuxième vague. Enfin, la conclusion porte, quant à elle, sur les éléments de mise en œuvre, de suivi et de reddition de comptes.

1.0- CONTEXTE

1.1- Mandat du CNTSPU dans le cadre de la première vague

C'est en juillet 2019 que le ministère de la Santé et des Services sociaux met sur pied le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU). Son mandat consiste à optimiser le système préhospitalier d'urgence du Québec pour en assurer l'efficacité et l'efficience. Le but de la démarche vise à renforcer la contribution préhospitalière à la réduction de la mortalité et la morbidité des personnes en situation de détresse au Québec.

Le CNTSPU débute ses travaux à l'automne 2019. Avec l'arrivée de la pandémie de la COVID-19, les travaux du CNTSPU sont suspendus le 29 mars 2020. À partir de cette date, l'expertise du CNTSPU est mise à contribution pour assister l'équipe de la Direction générale adjointe du préhospitalier, des urgences et de l'accès clinique (DGAPUAC) dans la coordination nationale de la réponse préhospitalière. L'équipe participe aux activités de la DGAPUAC pendant environ deux mois. L'équipe du CNTSPU revient à son mandat principal en juin 2020.

Considérant la similitude avec les travaux en cours, le 28 avril 2020, la DGAPUAC confie au Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU), le mandat de conduire le retour d'apprentissage de la réponse préhospitalière à la première vague de la pandémie de la COVID-19.

Par l'analyse des documents, des entrevues et des résultats d'un sondage, il devient possible de dessiner un portrait représentatif de la situation, des opportunités et des défis. Les leçons apprises supporteront la construction de la réponse à la seconde vague appréhendée mais aussi, à tout autre événement qui sollicitera une réponse concertée du système préhospitalier d'urgence.

Sachant que la pandémie de la COVID-19 constitue le plus important test de robustesse du système préhospitalier d'urgence de ces dernières décennies, les informations ainsi obtenues alimenteront les travaux du CNTSPU dans la poursuite de son mandat principal.

1.2- Le système préhospitalier d'urgence

Il appartient aux établissements (CISSS, CIUSSS) et à la Corporation d'urgences-Santé d'établir le plan triennal d'organisation des services préhospitaliers d'urgence² sur leur territoire respectif conformément aux orientations nationales. Cette responsabilité va au-delà des orientations et de l'attribution des ressources. Elle requiert notamment de mobiliser l'ensemble des acteurs de la chaîne d'intervention préhospitalière, du public aux gestionnaires des urgences en passant par les municipalités et les organismes communautaires. Cette mobilisation doit se traduire par une orchestration harmonieuse des capacités de chacun de venir en aide aux victimes en situation de détresse tout en assurant la sécurité des intervenants.

Les citoyens, par leur vigilance et leur perspicacité, reconnaissent une situation de détresse et composent le 9-1-1. Ils peuvent aussi pour les besoins de santé non vitaux, communiquer avec Info-Santé 8-1-1 et ainsi contribuer à la disponibilité des ressources préhospitalières pour les urgences vitales.

Les centres de communications santé (CCS) assurent la réception et le traitement des appels ainsi que l'acheminement des ressources. Ils traduisent dans l'action, la volonté d'assurer aux personnes en situation de détresse l'accès rapide à des soins de qualité en continuité avec les intervenants d'urgence et ceux du réseau de la santé. Par une gestion des informations, ils permettent de suivre, en continu, l'évolution des demandes dans un contexte de pandémie.

Les services de premiers répondants et les premiers intervenants contribuent à la chaîne d'intervention préhospitalière. Ils assurent des soins vitaux aux victimes en situation de détresse. Leur intervention s'effectue sans mettre en danger leur propre santé et sécurité.

Les organisations ambulancières cumulent les fonctions de dispensations des soins et celles du transport des victimes. Elles incarnent l'agilité, la rapidité, la qualité et la continuité des soins entre le lieu de prise en charge et l'urgence du centre hospitalier receveur.

Les urgences des centres hospitaliers receveurs complètent la chaîne d'intervention préhospitalière. Elles accueillent, trient et dispensent les soins aux patients. Pour ce faire, elles doivent assurer des processus d'accueil fluides aux urgences afin d'assurer la continuité des soins aux patients et permettre une remise en service rapide des ambulances pour les prochains appels.

Cette description illustre la chaîne d'intervention préhospitalière (détaillée davantage à l'annexe 3). Le système préhospitalier d'urgence opère en complémentarité avec le réseau de la santé publique, les services d'urgence et la sécurité civile lors d'événements d'envergure. Les annexes 4 à 7 présentent un aperçu de ces différentes structures.

² Loi sur les services préhospitaliers d'urgence, RLRQ, chapitre S-6.2, art.7.

1.3- Description de l'événement

La pandémie de la COVID-19 apparaît en novembre 2019 dans la ville de Wuhan en Chine et provoque d'importantes pressions internationales qui se répercutent sur le système de santé du Québec. Le 13 mars 2020, le gouvernement du Québec déclare l'état d'urgence sanitaire. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) débute le déploiement de mesures pour faire face à la pandémie.

Confrontés à une propagation rapide, le MSSS et sa Direction nationale de la santé publique mettent en œuvre des moyens de protection et apportent des modifications aux procédures d'intervention. Ces mesures s'appliquent aux établissements de soins aigus, de soins prolongés, mais aussi aux services préhospitaliers d'urgence.

Selon les données recueillies par le CNTSPU, c'est le ou vers le 29 mars que la Direction des services préhospitaliers d'urgence (DSPU) s'organise. Elle mobilise ses différents partenaires comme les coordonnateurs régionaux, les centres de communications santé, les directeurs médicaux régionaux (DMR), les organisations ambulancières, techniciens ambulanciers paramédics (TAP) et les syndicats. La DSPU, puise dans les différentes mesures antérieures de préparation de pandémie (dont celles utilisées pour le virus de l'influenza A(H1N1)) et interpelle également les établissements du réseau, la santé publique et la sécurité civile du ministère dans la conduite de ses opérations.

Les diverses mesures mises en place ont tôt fait de confirmer la nécessité d'une coordination nationale puis régionale des mesures de pandémie. Ces efforts permettent d'élaborer des plans de contingence nationaux et régionaux, présentés à l'annexe 8.

La pénurie d'équipements de protection individuelle (EPI) tels que les masques, jaquettes et gants vient faire obstacle aux efforts du milieu. De plus, les changements fréquents d'approche et de soins au patient ainsi que les procédures de transfert entre les SPU et les urgences des hôpitaux génèrent des disparités qui exacerbent les inquiétudes des intervenants des SPU.

Les niveaux de protection et les équipements utilisés par les intervenants diffèrent, laissant certains croire qu'ils sont moins bien protégés. Les incertitudes quant à la propagation et la virulence de la COVID-19 ainsi que les conséquences sur le personnel soignant crée un climat d'insécurité persistant, entraînant des répercussions psychologiques chez les intervenants et leur famille.

Quelques initiatives de paramédecine communautaire et de régulation des appels d'urgence visent à explorer des avenues nouvelles afin d'éviter des transports non nécessaires vers les urgences.

Dans la période du 29 mars au 31 mai 2020, 34 % des patients pris en charge et transporté par les SPU étaient des cas suspectés de la COVID-19 (soit 32 005 patients sur 93 599).

Dans les faits, seulement 8,9% des cas suspectés³ ont été testé positifs à leur arrivée à la salle d'urgence (soit 2 858 sur les 32 005). Par conséquent, plus de 90% des patients suspectés (soit 29 147 personnes) ont reçu des soins selon les protocoles en fonction de la COVID-19 alors qu'ils n'étaient pas porteurs.

1.4- Chronologie des événements

Dates	Faits
28-févr-20	1er cas « COVID-19 » confirmé au Québec
11-mars-20	Déclaration de pandémie mondiale par l'OMS
11-mars-20	Mise en place par le ministère de la Santé et des Services sociaux d'un comité tactique sur le plan de pandémie de la COVID-19 pour les secteurs préhospitaliers et des urgences
13-mars-20	Déclaration d'état d'urgence sanitaire par le gouvernement du Québec. Début des mesures de restriction préventives (fermeture des établissements scolaires, annulation des événements publics...) Mobilisation de la DSPU (200 personnes en appel téléconférence)
14-mars-20	Mesures de confinement pour les 70 ans et plus
15-mars-20	Mesures de distanciation physique. Fermeture des activités non essentielles
18-mars-20	Premier décès rapporté au Québec dans la région de Lanaudière
20-mars-20	Interdiction des rassemblements intérieurs
20-mars-20	Suspension des travaux du CNTSPU, assignation des ressources en soutien à la gestion de la réponse d'urgence du préhospitalier
22-mars-20	Fermeture des centres commerciaux
24-mars-20	Mesures de confinement complétées : maintien des activités et commerces essentiels
26-mars-20	Activation des liens d'accès aux sites internet paramédics/DMN et paramédics/MSSS sur les tablettes véhiculaires des techniciens ambulanciers paramédics.
26-mars-20	Envoi d'une correspondance de la DMN qui annonce le processus de réactivation des statuts des retraités au moment de l'activation du plan de contingence
27-mars-20	Envoi d'une correspondance de la DMN qui annonce le processus d'activation temporaire des étudiants finissants en soins préhospitaliers au moment de l'activation du plan de contingence
28-mars-20	Fermeture des régions
30-mars-20	Enjeu des EPI généralisé dans toutes les régions : Risque de bris de service en raison des pénuries. Les enjeux d'approvisionnement et de risque de rupture ont perduré jusqu'au mois de juin.
31-mars-20	1re version du plan de contingence national pour les SPU.

³ Données issues des tableaux de bord de la gestion de la réponse à la COVID-19 du préhospitalier produits par le MSSS.

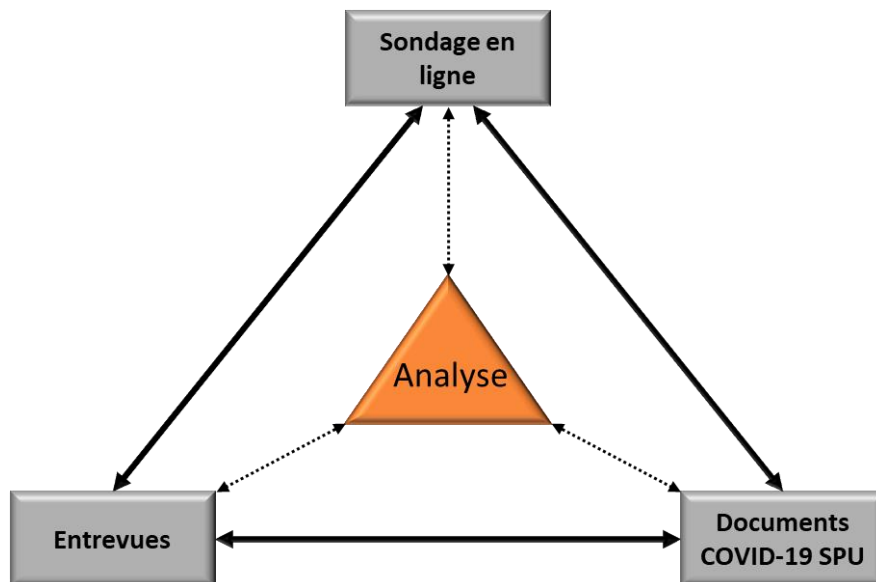
Dates	Faits
31-mars-20	Avis officiel aux coordonnateurs des services préhospitaliers d'urgence et aux directeurs généraux des centres de communication santé du lancement des sites internet paramédics/DMN et paramédics/MSSS et du lancement de la collecte de données pour la mise en place de la Vigie COVID-19.
01-avr-20	Préoccupation des TAP liée aux risques de contamination familiale : demande d'accès à des chambres d'hôtel et nettoyage des uniformes en buanderie. Relance de la Direction des services préhospitaliers d'urgence auprès de la direction des approvisionnements pour s'assurer que la priorité soit accordée aux SPU pour les EPI.
01-avr-20	Les taxis et transports adaptés commencent à refuser les patients suspectés « COVID-19 » qui demandent à se rendre vers les centres de dépistage : report sur le transport ambulancier pour des cas non urgents. Des discussions sont engagées entre le MSSS et le MTQ pour arrimer les plans d'action liés au transport sociosanitaire non urgent.
02-avr-20	Annonce par le premier ministre d'une prime de salaire pour les employés de première ligne : les TAP en sont exclus
03-avr-20	Déploiement de la Vigie COVID-19 et de la diffusion quotidienne de l'état de situation provincial. Mise en demeure d'une association d'entreprise auprès du fournisseur de RAO afin d'empêcher la transmission de données des centres de communication santé au ministère
04-avr-20	Annonce de transmission communautaire sur l'ensemble du territoire par le Directeur national de la santé publique
05-avr-20	Annonce d'un décret ministériel en lien avec la prime de 8 % incluant les TAP
05-avr-20	Retrait par l'association d'entreprises ambulancières de sa mise en demeure auprès du fournisseur de RAO
07-avr-20	Envoi d'une correspondance du sous-ministre aux PDG d'établissements pour l'arrimage avec les services ambulanciers
10-avr-20	Écllosion à la résidence Herron et mise en lumière des difficultés dans les CHSLD
16-avr-20	1er webinaire de la directrice médicale nationale – Thème : Bulletins cliniques
22-avr-20	Deuxième version du plan de contingence national pour les SPU et mise en place d'un protocole et du suivi en lien avec le triage secondaire
05-mai-20	Annonce de la directrice médicale nationale qu'il n'y aura pas de permis restrictifs pour les étudiants. Imposition par le sous-ministre d'un moratoire sur les projets cliniques ou informatiques ainsi que sur les projets de paramédecine communautaire.
13-mai-20	2e webinaire de la directrice médicale nationale – Thème : PNIC
26-mai-20	Vague de chaleur accablante : enjeux pour les TAP avec les EPI
28-mai-20	3e webinaire de la directrice médicale nationale – Thème : Semaine des services préhospitaliers d'urgence

2.0- MÉTHODOLOGIE : LA TRIANGULATION⁴

Dans la réalisation de son mandat, le CNTSPU applique les principes de l'administration publique et de la démarche scientifique. Ainsi, les valeurs d'intégrité et d'impartialité tiennent une place dominante dans le déroulement du mandat pour assurer l'intérêt public. Pour sa démarche scientifique, le CNTSPU poursuit des objectifs de qualité, de validité et de crédibilité en combinant différentes méthodes⁵. Le recours à la triangulation multiple favorise une compréhension exhaustive⁶ de la réponse préhospitalière à la pandémie de la COVID-19.

La triangulation (Fig.1) permet de mettre en relation les données provenant de diverses sources pour alimenter une démarche unique de recherche et d'analyse. La démarche du CNTSPU s'appuie sur une analyse documentaire, des données quantitatives et des données, qualitatives.

Figure 1 : Triangulation



⁴ En [géométrie](#) et [trigonométrie](#), la **triangulation** est une technique permettant de déterminer la position d'un point en mesurant les [angles](#) entre ce point et d'autres points de référence dont la position est connue, et ceci plutôt que de mesurer directement la [distance](#) entre les points. Ce point peut être considéré comme étant le troisième sommet d'un [triangle](#) dont on connaît deux angles et la longueur d'un côté. Par [analogie](#), la triangulation fait également référence à l'usage croisé de techniques de recueil de données¹ en [étude qualitative](#), notamment en [sciences sociales](#). Wikipédia consulté le 13 juillet 2020.

⁵ Patton M. Q. (1999). Enhancing the quality and credibility of qualitative analysis. Health services research, 34 (5 Pt 2), 1189–1208.

⁶ Denzin, N.K. (1970). The research act: A theoretical introduction to sociological methods. Chicago: Aldine.

L'analyse documentaire permet d'identifier les principaux acteurs de la réponse préhospitalière et de suivre l'évolution de la situation à travers les observations notées et partagées par ceux-ci. Parmi les documents recueillis et analysés on retrouve, les plans de contingence préhospitaliers pour la gestion de la COVID-19, les rapports de situations, les tableaux quotidiens des enjeux ainsi que les correspondances et directives échangées parmi les partenaires du système préhospitalier d'urgence.

Les données quantitatives résultent d'un sondage en ligne, tenu entre le 8 et le 19 juin 2020 auprès de 586 répondants. Le questionnaire, le profil des répondants ainsi que leurs régions de travail apparaissent respectivement aux annexes 9 et 10.

Les données qualitatives émanent de deux séries d'entrevues (questionnaire en annexe 11) permettant d'explorer et de valider le déroulement des activités, les défis rencontrés ainsi que les opportunités d'amélioration. La première série d'entrevues interpelle des acteurs clés de la réponse préhospitalière à la pandémie. La seconde série d'entrevues prend la forme de discussions de groupe sur des thèmes ou perspectives particulières. La participation de trente-sept intervenants clés à des entrevues individuelles donne accès aux perspectives détaillées des organisations ambulancières, des répartiteurs médicaux d'urgence, des techniciens ambulanciers paramédics, des directions médicales et des coordinations opérationnelles régionales et provinciales.

La tenue de quatre groupes de discussion permet ensuite de valider les données et d'en évaluer la généralisation. Vingt-neuf personnes, provenant notamment des centres de communication santé, de la coordination régionale, des établissements receveurs et des établissements d'enseignement collégiaux ont participé aux rencontres de groupe dont l'objectif vise à valider la perception collective générale de la réponse préhospitalière à la première vague de pandémie

C'est par la combinaison des méthodes et des sources des données dont il dispose, que le CNTSPU définit et alimente le portrait de la réponse préhospitalière à la pandémie de la COVID-19, qu'il identifie un diagnostic organisationnel du système préhospitalier et qu'il dégage des pistes d'amélioration pour la réponse à une prochaine mobilisation préhospitalière d'envergure. Ces apprentissages contribueront aussi à la démarche de transformation en cours.

2.1- Principes directeurs

Afin d'assurer la rigueur et la cohérence de la démarche avec le mandat du CNTSPU, la conduite de ce retour d'expérience s'appuie sur les principes directeurs suivants :

- Miser prioritairement sur des recommandations à court terme voire, immédiates pour affronter la deuxième vague anticipée de la pandémie de la COVID-19. Les recommandations à moyen et long terme alimenteront quant à elles, les réflexions visant la transformation en cours.
- Mobiliser et optimiser les contributions des différentes structures et partenaires du MSSS, du réseau de la santé et des services sociaux du gouvernement du Québec et de la société civile pour mieux affronter la deuxième vague.
- Optimiser les partages d'informations et la chaîne des processus en soutien aux trajectoires de soins des patients.
- Assurer la continuité et la cohérence des approches de soins, de santé publique et de sécurité civile.
- Orchestrer la délégation de l'autorité, la gestion de l'information et la prise de décision pour l'ensemble du réseau et de ses partenaires.

3.0- DIAGNOSTIC

3.1- Conceptualisation de l'événement

La manière dont un événement est perçu conditionne la réponse d'un individu et d'une organisation. La pandémie de la COVID-19 apparaît comme un virus contre lequel les personnes ne possèdent aucune immunité. Cette situation sollicite une réponse de santé publique. Pour les travailleurs de la santé, cette éclosion soulève des enjeux d'exposition, de risques et de mesures de protection requérant une approche dédiée de santé et sécurité au travail. Pour plusieurs organisations, l'anticipation de demandes accrues ainsi que le manque de ressources humaines et d'équipements exigent une approche dédiée de maintien de services essentiels et de continuité des opérations. Pour d'autres, l'incapacité de résoudre les enjeux à partir des ressources et processus habituels entraîne le recours aux mécanismes de sécurité civile.

Lors de la première vague de la réponse préhospitalière à la pandémie, les intervenants et gestionnaires opèrent selon leur propre lecture de la situation. L'absence d'une approche collective, convergente et partagée, contribue à la confusion et aux nombreux défis identifiés ci-dessous.

3.2- Diagnostic: l'absence d'une gouvernance porteuse de valeur⁷ pour les SPU

De façon explicite, le premier défi vise l'obtention d'une structure de gouvernance « harmonieuse » entre les entités nationale et régionales, tant en période pandémique qu'en temps régulier. Les opinions et pistes de solutions énoncées sont à plusieurs enseignes : « autonomie » versus « direction centrale » ; rôle des centres intégrés en situation de pandémie; stratégie nationale Versus opérations régionales; rôle de la santé publique, de la sécurité civile; rôle des soins et des services de santé; système centralisé ou décentralisé, concentré ou déconcentré, etc. Cet énoncé s'exprime sous différents aspects :

Perturbation des activités régulières

La pandémie de la COVID-19 perturbe de manière importante le réseau de la santé et le système préhospitalier d'urgence. La méconnaissance du substrat viral de même que de la façon de le combattre obligent les acteurs du préhospitalier, à s'adapter et parfois, à improviser diverses mesures générant ainsi une source significative d'inquiétude. Le confinement de la population entraîne une réduction majeure des activités courantes de la

⁷ La notion de création de valeur trouve son plein sens dans le dépassement des attentes. Perspective dédiée retrouvée dans l'extrait suivant à partir des entrevues. « Bonifier un projet global de gouvernance au MSSS » (14A).

société. Ce phénomène se traduit également, dans la majorité des régions, par une réduction significative du nombre d'appels et de transports ambulanciers.

Augmentation des tâches spécifiques

Le nombre de cas suspectés de contamination de la COVID-19, pour sa part, augmente tous les jours. Cet accroissement provoque une tension accrue sur le système préhospitalier d'urgence, particulièrement sur le nombre d'EPI utilisé et sur la durée de chacune des interventions (utilisation des EPI complets et décontamination après transport). Ce nouveau contexte augmente les délais d'interventions ainsi que de remise en service et complique la tâche des intervenants.

Santé et sécurité des travailleurs

La santé et sécurité des travailleurs du domaine préhospitalier et de leur famille s'impose dans la réalité des opérations. Les questions d'accessibilité aux EPI, l'information sur les appels, la décontamination, l'entretien des uniformes, l'accessibilité aux tests de dépistages, les délais de réception des résultats, les conditions des retraits préventifs ou post-exposition, constituent une trame de fond persistante pour la durée de la première vague. Il importe au CNTSPU de souligner ici, le professionnalisme et l'engagement des intervenants de première ligne puisqu'aucun bris de service majeur n'est venu perturber les opérations et mettre en danger la population.

Contact avec la population

Tout au long de la période de la pandémie, l'anxiété vécue par la population est palpable directement auprès des intervenants. Alors que les patients et leurs proches cherchent des réponses à leurs nombreuses questions, les intervenants, normalement sources de réconfort, disent avoir peu de réponses à offrir en guise d'apaisement.

Communications omnidirectionnelles

Les incertitudes relatives au virus et à sa propagation, aux mesures de protection et aux mécanismes de coordination entre les différents partenaires perturbent les opérations des SPU. La DNSPU, les directions médicales (nationale et régionales), les coordinations régionales, les centres de communications santé et les organisations ambulancières mettent en œuvre des initiatives pour pallier ces circonstances particulières. Devant le besoin de diffuser rapidement des informations, des consignes et des nouveaux protocoles à

l'ensemble des intervenants, la DNSPU multiplie ses interventions tant au niveau des services, des outils et des méthodes de communication. Malgré les bonnes intentions, les besoins d'informations cohérentes sont revendiqués sous plusieurs angles et ce, tout au long de la première vague. Pour plusieurs observateurs, c'est ici un premier constat à l'effet que le "réseau est en manque de réseautage."

Responsabilité et gouvernance des SPU

Pour étoffer ce diagnostic "d'un réseau en manque de réseautage", il faut se tourner vers la gouvernance du réseau préhospitalier au MSSS

Concrètement et légalement, le MSSS est le premier responsable⁸ de la mission Santé du Plan national de sécurité civile (PNSC). Néanmoins, pour assurer la couverture de tous les services essentiels lors d'une catastrophe, l'arrimage complémentaire avec la sécurité civile du MSSS devient un objectif de premier ordre. Aux questions de savoir qui est responsable de quoi et pourquoi ? Les individus interviewés et les personnes sondées avancent de sérieuses difficultés d'arrimage entre les soins préhospitaliers, la santé publique et la sécurité civile. Le relevé des verbatims présenté à la page suivante en donne un exemple.

Ces constats s'accumulent et convergent avec les conclusions des rapports nationaux antérieurs : Urgences préhospitalières — un système à mettre en place (Rapport Dicaire) et Services préhospitaliers : Urgence d'agir — (Rapport Ouellet).

⁸ Il partage en grande partie cette responsabilité avec les centres intégrés.

Relevé de verbatims

- « Les soins préhospitaliers ne sont pas le plus bel exemple de gouvernance. Pas évident depuis 20 ans. (I06)
- Absence d'une structure véritable de gouvernance. (I15)
- Les DMR travaillent en silo, plusieurs ne s'approprient pas les dossiers de façon régionale, beaucoup de compétitivité. (I18)
- À Montréal :
 - o Tout le monde était en attente d'une vraie structure d'urgence. (I15)
 - o Les cinq CIUSSS ne se sont pas coordonnés. (I15A)
 - o Pas de leader régional, pas de leader COVID, pas de FORUM pour la décision. (I4,I4 A)
 - o Nous, nous demandions s'il y avait un pilote dans l'avion.
- Ne serait-il pas souhaitable de penser une gouvernance qui intégrerait : le civil, les soins de santé et la santé publique (I16)
- On n'a pas besoin de se faire dire comment gérer nos opérations. Toutefois, la coordination d'un tel événement devrait s'intégrer dans la structure de gestion de sécurité civile pour une coordination intégrée multimissions avec un commandement central. (G1-7)
- Toutes les erreurs ont été faites. La hiérarchie avec les canaux de la sécurité civile n'a pas été respectée. (I11)
- Un meilleur arrimage entre les entreprises et les CISSS ou CIUSSS régionaux. Les enjeux politiques ont pris beaucoup trop de place dans une situation comme celle-ci : DMN, DMR, CH, entreprises ambulancières, associations d'employeurs, syndicats, etc. (S30)
- Uniformisation des régions minimalement, puis provincialement, chaque employeur gère comme bon lui semble le type de matériel fournit, les endroits pour se changer et le paiement du salaire en cas d'infection au COVID. Nous devrions également être en soutien aux équipes terrain de test COVID, soutien communautaire aux personnes âgées dont le service d'Infirmière à domicile a été perdu. (S24)
- Avoir moins de paliers entre le MSSS jusqu'aux TAPS. Application provinciale sur-le-champ des protocoles (pas d'attente d'une région à l'autre). Pas de filtration d'information par l'employeur en lien avec des informations concernant des changements aux protocoles (S66)
- Faire partie intégrale du système en étant reconnu donc plus d'info et mieux forme et équipe (S165). »

9

⁹ **Identification des verbatims** : la lettre I est mise pour les verbatims issus des entrevues individuelles; la lettre G pour les entrevues de groupe et la lettre S pour le sondage.

4.0- PROBLÉMATIQUES, DÉFIS ET RECOMMANDATIONS

L'analyse des constats problématiques issus de la triangulation a permis de dégager cinq thèmes majeurs :

- La santé et la sécurité
- Les protocoles
- La coordination
- La gestion des ressources humaines
- La gestion de l'information et les communications

Thème 1- Santé et sécurité :

La santé et la sécurité des travailleurs du domaine préhospitalier et de leur famille doit demeurer une priorité de tous les instants. Cet aspect doit se manifester dans la planification, l'organisation, la communication et l'évaluation de toutes les politiques et procédures.

Problématique :

Les inquiétudes des intervenants, tant en termes de procédures que d'équipements pour assurer leur protection ainsi que celles de leurs familles sont nombreuses.

Préoccupations principales relevées :

- Les difficultés liées aux EPI sont généralisées dès le 30 mars 2020. Les changements de protocoles en lien avec l'annonce du 4 avril 2020, relative à la transmission communautaire sur tout le territoire ainsi que l'éclosion massive dans les CHSLD entraînent une augmentation de l'utilisation des EPI en mode préventif. Cette situation se répercute également sur les difficultés d'approvisionnement.
- Les difficultés des CISSS et CIUSS à partager leurs EPI avec les organisations ambulancières de leur territoire, obligent la Direction des services préhospitaliers d'urgence à intervenir auprès de la direction des approvisionnements afin de donner la priorité de distribution aux SPU.
- Les disparités entre les équipements utilisés (types, qualités et niveaux de protection) entre les régions ou entre les travailleurs du préhospitalier et ceux des établissements.
- Les risques de contamination des intervenants (traçabilité, retrait pour mise en quarantaine) entraînent une réduction des effectifs.
- Les risques de contamination des travailleurs et de leurs proches en raison de leur exposition et du manque de solutions quant à la décontamination des uniformes de travail.
- Les difficultés d'accessibilité aux tests de dépistage et les délais de réception des résultats.
- Les difficultés d'accès à des zones adéquates en centres hospitaliers pour le nettoyage et la décontamination des équipements et des véhicules, (endroits

- couverts, chauffés¹⁰ et équipés). Dans certains centres hospitaliers, l'accès aux salles de bain pour les TAP est même refusé.
- L'augmentation des risques de contamination lors de prise en charge de patients dans des résidences où il y avait des cas « COVID-19 » confirmés, sans que les TAP en soient informés.

Relevé de verbatims

- « Difficulté d'accès à la santé publique (G-1)
- Ne pas ramener ce virus à la maison, mais comme je devais laver mon uniforme moi-même... (S41)
- Ne pas infecter ma famille lors de mon retour à la maison, les possibilités sont infinies dans une ambulance pour se contaminer même lors d'une désinfection optimale (S24).
- D'attraper la COVID-19 sur un appel ou à l'hôpital et d'infecter mes proches. (S49)
- Avoir des jaquettes de protection qui ne se déchirent pas, des gants qui ne percent pas, et des masques chirurgicaux qui ne laissent pas passer d'air par les yeux. (S107)
- Contamination croisée dans les hôpitaux, hôpitaux avec directives contradictoires aux directives des SPU, directives différentes partout, hôpitaux non concernés par notre sécurité (nous demande de se déshabiller sur un étage lors de transfert alors que nous devons déplacer civière contaminée sur parcours déjà emprunté et non nettoyé). (S193)
- L'équipement de protection n95 et masques chirurgicaux. Le nombre disponible a été limité, calculé et diminué dans les véhicules alors que la disponibilité est devenue encore plus importante. L'évidence que les protocoles et l'équipement de protection n'étaient pas prêts et adaptés à l'arrivée d'une pandémie, et ce malgré la formation Ebola que nous avons eue il y a quelques années déjà. » (S141)

Défis :

- Adapter les mesures de santé et sécurité au travail en regard des risques connus et émergents dans un continuum qui va de la prise d'appel au retour à la maison.
- S'assurer de la pleine collaboration de toutes les parties prenantes dans l'élaboration, la diffusion, l'application et l'évaluation des mesures de protection des travailleurs.

¹⁰ À noter que les produits décontaminant perdent leurs propriétés actives à basse température.

Recommandations :

1. Assurer en tout temps la disponibilité des EPI en nombre suffisant.
2. Actualiser les protocoles cliniques et en assurer une diffusion uniforme selon des modalités connues de tous.
3. Mobiliser la communauté de la santé et sécurité au travail du MSSS et du réseau préhospitalier pour se préparer à la 2e vague.
4. Mettre en place un système de suivi de l'exposition des TAP à des cas « COVID-19 » confirmés, à partir des résultats des tests des patients par les laboratoires. Ceci, afin d'identifier rapidement les TAP pouvant nécessiter un dépistage et un suivi.
5. Tenir compte des impacts météorologiques dans la considération des enjeux de santé-sécurité (voir encadré ci-dessous).

Les impacts météorologiques sur la santé et la sécurité des intervenants :

- La décontamination des équipements est inefficace à basse température
- Les basses températures rendent le port des EPI complexe : buée dans les visières, gants sensibles au froid, jaquettes non imperméables et qui ne se portent pas au-dessus d'un manteau d'hiver
- Les impacts des précipitations (pluie, neige) sur les processus de décontamination.

Si la première vague au printemps nous a permis d'utiliser les installations extérieures, il en sera autrement pour la deuxième vague appréhendée cet automne ou cet hiver.

Thème 2- Gestion des ressources humaines :

La nature des services préhospitaliers requiert des travailleurs possédant des formations spécialisées en intervention médicale extrahospitalière. Étant donné la nature des services offerts, ce type de ressources doit être disponible en tout temps sur le territoire et actuellement, aucune autre ressource ne possédant les mêmes compétences, peut facilement le substituer.

Problématique :

Le système préhospitalier est un ensemble complexe qui fait partie du grand système de la santé. Pourtant les travailleurs du préhospitalier peinent à s'intégrer comme membres à part entière au sein du réseau : leur contribution semble souvent marginalisée et peu considérée.

Préoccupations principales relevées:

- Les services ambulanciers et les CCS ont élaboré des plans de relève en collaboration avec les instances régionales afin de pallier le manque de personnel. Cependant, dans l'éventualité d'une absence massive de travailleurs lors d'une seconde vague, ces plans seraient difficilement applicables, car plusieurs travailleurs à temps partiel ont d'autres obligations qui affectent leur disponibilité.
- L'omission des travailleurs du préhospitalier dans l'attribution initiale de la prime « COVID-19 » a engendré un sentiment général de non-reconnaissance. Malgré la correction apportée dans les jours suivants, cet événement a eu un impact négatif sur la motivation des travailleurs.
- La difficulté pour les responsables du préhospitalier (DSPU, CISSS, CIUSSS) de connaître exactement le niveau d'absentéisme et d'exposition des ressources humaines pose un défi de taille pour estimer la vulnérabilité du système à un manque d'effectifs.
- La confusion signalée, concernant la gestion des mises en quarantaine du personnel exposé à un cas « COVID-19 » suspecté.
- L'absence de ligne directrice pour le retrait préventif des employés présentant des vulnérabilités face au virus.
- Le recours au droit de refus pour les travailleurs du préhospitalier auprès de la CNESST.
- Les mises en quarantaine et les difficultés à recevoir les résultats des tests des employés du préhospitalier (également mentionné dans le thème précédent).
- La confusion dans le statut des travailleurs par rapport à ceux du réseau de la santé (protocoles d'intervention, accès aux EPI, délais dans l'attribution des primes).

Relevé de verbatims

- « La mission du SPU a été largement respectée : ([I02, I2A], I03, I11, I18, I19, [I20, I20C] [I21A], I22, I23, I26, I27 et I29)
- À vouloir bien faire, on a mis en péril la vie des patients. La tenue d'un bilan détaillé est essentielle (I13).
- Les paramédics se sont découvert des passions en CHSLD. (I12)
- Difficulté à intéresser ou retenir des paramédicaux (I1)
- On nous dit qu'on fait partie du réseau, mais on ne le sent pas (24, 25A, 26)
- Préserver l'intégrité et la disponibilité des effectifs. (S581)
- Savoir garder son personnel. Donner des instructions claires dont des réunions, quand quelque chose change. (S437)
- Prendre les mesures adéquates afin de maintenir l'intégrité du service et éviter une rupture de services. (S42)
- La peur de ne pas avoir suivi adéquatement, les très nombreux et quotidiens changements. (S100) »

Défis :

- Retenir les effectifs en s'assurant d'un lien de confiance et d'un engagement renouvelé.
- S'assurer de l'intégration globale des SPU avec le réseau.

Recommandations :

6. Assurer l'élaboration et la mise en œuvre des plans de relève des organisations pour faire face au manque de personnel ou de matériel.
7. Soutenir les organisations ambulancières dans la mise en œuvre des plans de relève.
8. Élaborer et soutenir des mécanismes prévoyant la mobilisation des étudiants et le rappel au travail des TAP (retraités, congés spéciaux) ainsi que le prolongement des horaires de travail pour le personnel.
9. Élaborer et mettre en œuvre un plan de gestion des ressources humaines pour faire face à l'exposition ou la contamination par des maladies infectieuses.

Thème 3- Protocoles cliniques et opérationnels:

Afin de garantir des interventions de qualité auprès de la population, la DMN développe des protocoles d'intervention clinique. De plus, des protocoles de transfert de patients aux salles d'urgence contribuent à la continuité des soins. Les protocoles constituent un élément pour garantir un contrôle de la qualité des interventions préhospitalière.

Problématique :

Face à un virus dont on ignore presque tout, il devient difficile de faire évoluer et d'adapter les protocoles au même rythme que l'évolution des connaissances scientifiques de la maladie et de ses impacts.

Préoccupations principales relevées:

- La fréquence des changements de protocoles dictée par les nouvelles connaissances au sujet du virus et les problématiques opérationnelles d'application soulevées par les équipes sur le terrain.
- Le délai du processus entre le besoin d'adaptation, la rédaction d'un protocole et le moment où il est rendu disponible pour les équipes sur le terrain était trop long. Par conséquent, les équipes sur le terrain ne travaillaient pas toujours avec les dernières mises à jour.
- Les protocoles étaient difficilement applicables ou compréhensibles en dépit des webinaires et bulletins d'information.
- La déclaration par la santé publique d'une transmission communautaire a entraîné une augmentation disproportionnée de l'application des protocoles des patients suspectés d'être atteints de la COVID-19 par rapport à la prévalence réelle dans la communauté.
- La majorité des patients ont été traités comme des cas « COVID-19 » suspectés alors qu'ils n'étaient pas porteurs du virus.
- L'arrêt d'affectation des premiers répondants sur les situations de première nécessité à la suite de la déclaration de transmission communautaire.
- L'arrêt des manœuvres de réanimation lorsque le patient était suspecté avoir contracté la COVID-19.
- Les protocoles d'utilisation des EPI étaient souvent développés sous un angle hospitalier, ne tenant pas compte des réalités du milieu préhospitalier : les TAP travaillent en uniforme, à l'extérieur, etc. (voir encadré sur les impacts météorologiques sur la santé et la sécurité des intervenants p.25).
- Les protocoles de transferts d'un patient entre les ambulances et les salles d'urgence ainsi que le questionnaire sur les critères de la COVID-19 étaient souvent différents d'un centre hospitalier à un autre.

Relevé de verbatims

- « Difficile de suivre l'évolution des protocoles cliniques. Info qui venait de toutes les directions : locale, régionale et nationale. ([I2A, I2B], I20, [I21, I21A])
- Les protocoles changeaient trop souvent et devenaient difficiles à suivre. (S15)
- Les changements de protocoles/directives du MSSS qui ne cadraient pas avec la réalité régionale. (S57)
- Des protocoles changeants ; très difficiles à comprendre ; très mêlant. Les interventions jugées à risques et non claires surtout en début. (S305)
- Différence entre nos protocoles et ceux des centres receveurs. (S346)
- Le nombre incalculable de protocoles, mises à jour et bulletins cliniques qui changeaient très souvent, c'était dur à suivre et l'application ne s'est sûrement pas toujours bien faite. (S518)
- Suivre les changements de protocole. Vision du préhospitalier et où le national se dirige. Nous vivons dans l'incertitude. » (S552)

Défis :

- Assurer l'adaptation et la diffusion efficace des protocoles auprès des intervenants préhospitaliers.

Appel à l'éclairage scientifique

L'émergence d'un nouveau virus interpelle la communauté scientifique toute entière. Dans ce contexte particulier, on peut s'attendre à ce que les connaissances validées prennent un certain temps à émerger. De plus, les connaissances initiales laissent souvent place à des ajustements subséquents qui apparaissent contradictoires.

La pandémie de la COVID-19, comme tout autre nouveau phénomène, soulève des interrogations et incertitudes dans la société civile de même que dans le milieu préhospitalier. Ce contexte devient propice à des spéculations et théories parfois étrangères à la réalité.

Devant ces nombreuses sources de confusion, il apparaît utile de solliciter les éclairages d'un scientifique indépendant et surtout branché sur l'actualité scientifique qui favoriserait une meilleure compréhension de la science et de ses apports dans des contextes de grandes incertitudes.

Recommandations :

10. Établir une cellule de veille stratégique afin de suivre l'évolution de la pandémie dans les autres pays et s'inspirer des meilleures pratiques préhospitalières quant à l'adaptation des protocoles et aux stratégies d'intervention.
11. Assurer la considération des réalités préhospitalières dans le développement des protocoles et des procédures de la santé publique et des urgences des établissements.
12. Adapter et moduler les protocoles en fonction du niveau de contamination communautaire.
13. Organiser un forum virtuel avec le concours des intervenants qui ont été fortement exposés à des situations « COVID-19 » confirmées, afin de permettre aux autres intervenants d'apprendre de l'expérience de ceux-ci et d'adapter leur niveau de planification qui assure une cohérence avec la réalité vécue par les intervenants.
14. Développer des protocoles qui soient moins sensibles aux variations cliniques, donc plus spécifiques afin d'éviter une surcharge d'intervention en maladies respiratoires sévères infectieuses (MRSI) et permettant à la population non « COVID-19 » d'obtenir les soins selon les protocoles usuels.
15. Interpeller les autorités du MSSS afin de solliciter l'implication d'un scientifique à l'intérieur du plan de communication afin d'assurer la crédibilité de la science dans le contexte de la pandémie.

Thème 4- Coordination :

Le système préhospitalier repose sur plusieurs acteurs interdépendants opérant aux paliers municipaux, régionaux et national. La concertation et la collaboration des tous les acteurs devient un enjeu dominant lors d'événements majeurs.

Problématiques :

On constate de grandes disparités quant à l'accès aux salles d'urgence et aux équipements des établissements pour la décontamination ou les besoins personnels des intervenants d'urgence.

Bien que le milieu préhospitalier participe activement aux efforts de sécurité civile tant dans les régions qu'au niveau gouvernemental, on déplore l'absence de plans de sécurité civile et de plans de contingence particuliers à la pandémie pour le système préhospitalier québécois.

Préoccupations principales relevées :

- L'absence de vision systémique.
- Les disparités dans la régulation des appels : certaines régions avaient mis en place des processus de triage secondaire et de co-évaluation, d'autres non.
- L'autonomie des établissements a multiplié les possibilités d'arrimage et d'harmonisation des protocoles.
- La pandémie de la COVID-19 est venue aggraver les lacunes dans l'arrimage entre les salles d'urgence et le préhospitalier : certains établissements du réseau refusent de recevoir des ambulances avec des patients suspectés porteurs de la COVID-19 ; les trajectoires et les corridors de services sont modifiés sans concertation avec les SPU. Ces derniers voient les temps de transport s'allonger. Des salles d'urgence refusent l'accès à une zone adéquate pour le nettoyage et la décontamination des équipements et des véhicules, ainsi qu'à des salles de bain pour les intervenants. Ces situations ont donné lieu à la transmission de directives du sous-ministre à l'intention des PDG des établissements.
- Les aménagements physiques temporaires faits dans les urgences ne prenaient pas en considération les besoins des services ambulanciers afin que les véhicules soient remis rapidement en disponibilité pour répondre à d'autres urgences.
- L'absence de transport alternatif et la réduction de transport adapté ont engendré une augmentation du transport ambulancier non urgent.
- Les défis supplémentaires pour plusieurs régions connaissaient déjà des enjeux de bris de service avant la COVID-19.

Malgré l'absence de plans de sécurité civile ou de contingence spécifiques au secteur préhospitalier, les trois régions qui avaient déjà prévu un mécanisme de coordination en lien avec la sécurité civile semblent avoir mieux performé, toujours selon les informations recueillies.

Relevé de verbatims

- « Difficile harmonisation entre les autorités civiles et sanitaires (I2, I4, I4A, I7, I13)
- Le plus gros problème c'est l'arrimage entre les salles d'urgence et les SPU. (I24B, I28)
- L'expertise hors du national est souvent ignorée. (I15A)
- Les différences entre chaque centre hospitalier sur la façon de recevoir ainsi que les changements quasi quotidiens dont nous n'étions pas informés. (S258)
- Les CH, pas un n'a les mêmes protocoles... difficile de s'y retrouver. (S163)
- Le manque de cohésion et de concertation dans les actions et le manque de leadership clair du MSSS. Chaque organisation improvisait en fonction de leur perception de la situation sans avoir d'encadrement précis. (S277)
- Le manque de présence, de préparation et de proaction de nos dirigeants, autant sur le terrain que dans nos espaces de travail. Nous étions laissés à nous-mêmes. (S360) »

Défis :

- Assurer une réponse préhospitalière coordonnée avec le réseau de la santé et la santé publique qui tienne compte des réalités régionales.

Recommandations :

16. Élaborer des normes de prise en charge des patients à l'urgence afin de limiter les retenues de civières et de permettre une remise en disponibilité des ambulances plus rapide.
17. Mettre en place d'une table de concertation multipartite au sein des CISSS et CIUSSS qui assument des responsabilités préhospitalières.
18. S'assurer de la mise en place d'une équipe de coordination avec les salles d'urgence, ayant pour mandat d'harmoniser les procédures de transfert de patients et de faciliter les interactions et les relations des parties prenantes selon les orientations ministérielles.
19. Mettre en place des mécanismes de coordination de sécurité civile (élaboration et mise en œuvre d'un plan de sécurité civile) qui incluent la concertation de l'ensemble des parties prenantes dans la gestion de la réponse (incluant la santé publique et les municipalités).

Thème 5- Gestion de l'information et des communications :

Pour assurer des services efficaces, le système préhospitalier d'urgence dépend de la qualité et la rapidité de ses communications. De plus, en raison du nombre et de la diversité de ses composantes, le système préhospitalier requiert des mécanismes de communication et de gestion de l'information fluides et omnidirectionnels afin d'alimenter la prise de décision rapide et adéquate dans une situation en constante évolution.

Problématique :

Les mécanismes de gestion de l'information et de communication ne sont pas suffisamment efficaces pour prendre les décisions adéquates dans une situation en constante évolution.

Préoccupations principales relevées :

- La confusion dans la chaîne de communication entre les différents intervenants du système, démontrée par la multiplicité des canaux de communication à tous les niveaux (local, régional, national).
- L'absence de diagramme de gestion de l'information à la DSPU, qui permettrait une validation l'information ainsi que sa transmission rapide et efficace à travers son réseau.
- Les premiers états de situation permettant d'avoir une vision nationale des services préhospitaliers ont été produits le 29 mars soient plusieurs jours après la déclaration d'urgence sanitaire. La collecte des informations qui ont permis au ministère de faire cet état de situation a été laborieuse. L'absence d'un système de gestion de l'information global et le manque de collaboration de certains intervenants à partager l'information ont contribué à cette difficulté.
- La DSPU a rapidement développé un tableau de bord sur plateforme géomatique (présenté à l'annexe 12), afin d'obtenir une cartographie de la situation sur le territoire. Ce système d'information continue d'être utilisé à ce jour, mais le processus de collecte de données, actuellement entièrement manuel, demande encore des améliorations.
- Les CCS exploitent des plateformes de répartition assistée par ordinateur (RAO) différentes et non compatibles entre elles contribuant à la difficulté d'établir rapidement et en continu, un portrait de la situation.
- La validation et la transmission des protocoles s'effectuaient selon un processus lourd et compliqué qui compromettait un déploiement efficace sur l'ensemble du territoire. La DSPU communiquait les protocoles via différentes plateformes technologiques telles que les terminaux véhiculaires, le site Internet d'Urgences-santé, les employeurs et les syndicats.
- L'absence de canal de communication efficace lors de signalement des problèmes perçus en CHSLD par les TAP. Bien qu'ils aient avisé de la situation, il semble que l'information n'ait pas permis de corriger les situations.
- La difficulté d'accès aux informations liées aux sites d'éclosion. Malgré des demandes répétées auprès de la Direction de la santé publique (DSP), l'information n'a jamais été partagée. Cette situation induit des problématiques d'opération et de gestion de l'exposition des intervenants.

- La DSPU a confié à la région Mauricie-Centre du Québec le mandat de développer une approche informatique (Vigie COVID). Cette approche, en développement, est accessible sur l'ensemble du territoire québécois, mais n'est pas encore utilisée à son plein potentiel.

Relevé de verbatims

- « Absence d'une culture de veille sur une base permanente. (I2, I3, I11, I15A) »
- « Personne n'avait une vision globale. L'angle mort des CHSLD était pourtant finalement très perceptible. Nous avons une vision tunnel. (I3)
- « Nous sommes devant un déficit de communication (I10)
- Il faut améliorer la communication en provenance du ministère en intégrant la perspective régionale. (I28)
- Planter immédiatement, une structure nationale avec les CIUSSS pour mettre en place une communication unifiée avec toutes les régions. (G1-2)
- Les processus de communication en général du MSSS et des CISSS/CIUSSS vers les partenaires ont été déficients. Les SPU n'avaient aucune plateforme numérique provinciale pour y colliger les informations pertinentes et des documents cliniques ou opérationnels. (S5)
- La diffusion de l'information efficace au TAP présent sur le terrain : les autorités n'ont pas su rejoindre les intervenants de manière rapide et efficace. » (S55)

Défis :

- Mettre en place un système de communication et d'information fluide au sein du système préhospitalier ainsi qu'avec ses partenaires.

Recommandations :

20. Élaborer et rendre accessible à l'ensemble des acteurs un diagramme de gestion et de validation interne des communications, incluant tous les flux d'informations (*Flow chart*).
21. Diffuser sur une base régulière des webinaires afin d'expliquer les états de situation, l'état d'avancement des connaissances en regard de la COVID-19, pourquoi certains protocoles sont modifiés ou ajoutés.
22. Établir une plateforme web, administrée par le ministère, permettant une communication directe et rapide entre la DMN avec les intervenants (RMU, PR et TAP) afin de faciliter l'accès aux dernières mises à jour des protocoles.

23. Accompagner les nouveaux protocoles d'une capsule vidéo explicative.
24. Automatiser les transmissions des données entre les CCS et la DPSU afin d'alimenter automatiquement les différents tableaux de bord.
25. Mettre en place des cellules de veille stratégique qui permet aux TAP de déclarer une situation problématique sur le territoire à titre d'agent de vigie sanitaire.
26. S'assurer que les CCS aient accès aux informations permettant d'associer l'adresse d'affectation avec les lieux d'éclosion ou les cas confirmés de contamination afin que ceux-ci puissent lancer une préalerte aux équipes d'intervention.
27. Compléter le développement et le déploiement de l'application de la Vigie COVID dans toutes les régions du Québec.

Sentinelles préhospitalières, une avenue à exploiter

En raison de la nature de leur travail, les TAP ont une grande proximité avec la population. Ils interviennent à domicile, dans les résidences pour personnes âgées, etc. Ils sont à même de voir le patient dans son environnement. En ce sens, le TAP peut-constituer une vigie sanitaire pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Dans le sondage, nous avons posé la question suivante : les ressources préhospitalières devraient-elles jouer un rôle de sentinelle des réalités locales et communautaires en matière de santé publique ? Les résultats ci-dessous indiquent que 96% des personnes ayant répondu, sont en accord avec cette potentielle contribution.

	Nombre	Pourcentage
1- Très en désaccord	15	1%
2- Désaccord	32	3%
3- En accord	159	23%
4- Très en accord	380	73%
Total général	586	100,00%

Relevé de verbatims

- *« Les ambulanciers sont nos yeux et nos oreilles. Ils ont un accès privilégié au quotidien des gens, leurs observations doivent être partagées afin de mieux préparer la réponse aux soins à domiciles. Mieux utiliser la ressource (I10)*
- *Il faut développer le référencement et les possibilités d'être une sentinelle selon les besoins de la région (I1A, I2A, I2B, I4A, I05, I12)*
- *Clairement les TAP pourraient effectuer une vigie sociosanitaire (I21, I22B, I10A)*
- *Meilleure sentinelle que l'on puisse avoir. Avec structure de paramédecine communautaire bien établie, ce serait bien. (G1-2)*
- *Élargir le champ d'activité et leur contribution de préventionniste (I13)*
- *Développement du volet communautaire et avancé de la profession. Nos paramédics sont compétents, mais sous-utilisés considérant les nombreux avantages qu'ils pourraient apporter au système de santé québécois. (S76)*
- *Je crois sincèrement que le soutien téléphonique UCCISPU est nécessaire en tout temps et que la paramédecine communautaire doit être mise en place rapidement à travers de la province et des régions. Aussi, la formation continue pour les paramédics de soins primaires devrait être régulière durant l'année afin de maintenir nos compétences cliniques à jour. Pour la majorité des paramédics, je crois sincèrement que nous avons prouvé que nous sommes prêts aux changements et à l'évolution de la profession à court, à moyen ainsi qu'à long terme. (525)*

5.0- SUIVI DES RECOMMANDATIONS ET REDDITION DE COMPTE

Devant une probable seconde vague de la pandémie de la COVID-19, l'ensemble des acteurs du milieu préhospitalier doit se mobiliser. Il faut donc réfléchir collectivement aux opportunités que rendent possibles les recommandations du présent rapport. Afin d'en maximiser les retombées, il importe d'en assurer le suivi à différents niveaux.

Niveau local et organisationnel

- Suivre mensuellement la mise en œuvre des recommandations;
- Discuter avec les partenaires locaux, des collaborations et arrimages souhaitables;
- Identifier les opportunités d'améliorations complémentaires;
- Faire rapport trimestriellement à la coordination régionale des SPU;
- Intégrer au rapport annuel d'activités, une évaluation quant aux capacités locales et organisationnelles d'intervenir avec efficacité et efficience lors d'une situation de pandémie ou d'autres catastrophes majeures.

Niveau régional

- Suivre mensuellement la mise en œuvre des recommandations;
- Établir, en collaboration avec les partenaires locaux et organisationnels, un portrait régional des capacités préhospitalières;
- Discuter avec les partenaires régionaux, des collaborations et arrimages souhaitables;
- Identifier les opportunités complémentaires;
- Faire rapport trimestriellement à la coordination nationale des SPU;
- Intégrer au rapport annuel d'activités, une évaluation quant à la capacité régionale d'intervenir avec efficacité et efficience lors d'une situation de pandémie ou d'autres catastrophes majeures.
-

Niveau national

- Suivre mensuellement la mise en œuvre des recommandations;
- Établir, en collaboration avec les partenaires régionaux, un portrait national des capacités préhospitalières ;
- Discuter avec les partenaires nationaux, des collaborations et arrimages souhaitables
- Identifier les opportunités complémentaires;
- Faire rapport trimestriellement aux autorités ministérielles;
- Intégrer au rapport annuel d'activités, un état de situation quant à la capacité nationale d'intervenir avec efficacité et efficience lors d'une situation de pandémie ou d'autres catastrophes majeures;
- Partager sur les plateformes publiques du ministère, les indicateurs de performance du système préhospitalier d'urgence.

Conclusion

La pandémie de la COVID-19 sollicite tant la société civile que le réseau de la santé. Le système préhospitalier d'urgence n'échappe pas à ce défi de taille. Ce rapport intérimaire met en lumière un diagnostic qui s'apparente aux constats d'importants rapports nationaux antérieurs¹¹ portant sur les SPU.

Tel que présenté au début de ce rapport, les défis et recommandations s'articulent autour de cinq thèmes :

- La santé et la sécurité;
- Les protocoles;
- La coordination;
- La gestion des ressources humaines;
- La gestion de l'information et les communications.

Les recommandations visent prioritairement les améliorations à court terme. Les améliorations à moyen et long terme s'intégreront aux travaux du CNTSPU. La mise en œuvre des recommandations interpelle une diversité d'acteurs au sein du MSSS et de son réseau. Il appartient d'abord au MSSS de préciser les mécanismes qu'il entend privilégier pour conduire la réponse à la prochaine vague. Ces mécanismes permettront de mieux arrimer les SPU aux mesures de santé publique, de sécurité civile et de dispensation des soins et services de santé au sein du réseau de la Santé et des services sociaux, mais aussi avec les autres ministères, municipalités et acteurs de la société civile.

Devant l'imminence d'une seconde vague appréhendée, il importe que chacun des acteurs du système préhospitalier d'urgence se mobilise et traduise dans l'action les recommandations de ce rapport. Chacun de ces thèmes constitue un chantier à réaliser au cours des prochaines semaines.

Le rapport identifie l'importante contribution de chacun des maillons de la chaîne d'intervention préhospitalière. Ainsi, les actions concertées des citoyens, des centres de communications santé, des services premiers répondants, des organisations ambulancières et des centres hospitaliers receveurs, par le biais de la contribution des centres intégrés pourront collectivement assurer des soins appropriés aux personnes en situation de détresse au Québec.

Les leçons apprises au cours de la première vague de la pandémie de la COVID-19 doivent permettre de mieux répondre aux besoins de demain. Suite à ce test de robustesse du système, plusieurs constats amènent à repenser certaines façons de faire et ce, dans le but d'offrir de meilleurs services alliant à la fois efficience et efficacité.

¹¹ Rapports Dicaire (2000) et Ouellet (2014)

ANNEXES

Annexe 1 : Liste des acronymes

CCS : Centre de communication santé

CH : Centre hospitalier

CHSLD : centres d'hébergement de soins de longue durée

CISSS : Centre intégré de santé et de services sociaux

CIUSSS : Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux

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

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

DMR : Directeur médical régional

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

DMN : Direction médicale nationale

DSP : Direction de la santé publique

DSPU : Direction des services préhospitaliers d'urgence

EPI : Équipements de protection individuelle

MRSI : Maladies respiratoires sévères infectieuses

MSSS : ministère de la Santé et des Services sociaux

PDG : Président(e) directeur (ice) général

PNIC : Programme national d'intégration clinique

PR : Premier répondant

RAO : Répartition assistée par ordinateur

RMU : Répondant médical d'urgence

SPU : Services préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic

Annexe 2 : Sommaire des recommandations

Thème 1- Santé et sécurité :

1. Assurer en tout temps la disponibilité des EPI en nombre suffisant.
2. Actualiser les protocoles cliniques et en assurer une diffusion uniforme selon des modalités connues de tous ;
3. Mobiliser la communauté santé et sécurité au travail du ministère et du réseau pour se préparer à la 2e vague ;
4. Mettre en place un système de suivi de l'exposition des TAP à des cas « COVID-19 » confirmés à partir des résultats des tests des patients par les laboratoires afin d'identifier rapidement les TAP pouvant nécessiter un dépistage et un suivi.
5. Tenir compte des impacts météorologiques dans la prise en compte des enjeux de santé-sécurité (voir encadré ci-dessous)

Thème 2- Gestion des ressources humaines :

6. Assurer l'élaboration et la mise en œuvre des plans de relève des organisations pour faire face au manque de personnel ou de matériel.
7. Soutenir les organisations ambulancières dans la mise en œuvre des plans de relève.
8. Élaborer soutenir des mécanismes prévoyant la mobilisation des étudiants et le rappel au travail des TAP (retraités, congés spéciaux), prolongement des horaires de travail pour le personnel.
9. Élaborer et mettre en œuvre évaluer un plan de gestion des ressources humaines face à l'exposition ou la contamination par des maladies infectieuses.

Thème 3- Protocoles cliniques et opérationnels:

10. Établir un système de veille stratégique afin de suivre l'évolution de la pandémie dans les autres pays et s'inspirer des meilleures pratiques préhospitalières quant à l'adaptation des protocoles et aux stratégies d'intervention.
11. Assurer la considération des réalités préhospitalières dans le développement des protocoles et procédures de la santé publique et des urgences des établissements.
12. Adapter et moduler les protocoles en fonction du niveau de contamination communautaire.
13. Organiser un forum virtuel avec le concours des intervenants qui ont été fortement exposés à des situations « COVID-19 » confirmées afin de permettre aux autres intervenants d'apprendre de l'expérience de ceux-ci et d'adapter leur niveau de planification.
14. Développer des protocoles qui soient moins sensibles et plus spécifiques afin d'éviter une surcharge d'intervention en *maladies respiratoires sévères infectieuses* (MRSI) et permettant à la population non « COVID-19 » d'obtenir les soins selon les protocoles usuels.

15. Interpeller les autorités du MSSS afin de solliciter l'implication d'un scientifique pour établir un plan de communication afin de rétablir la crédibilité de la science dans le contexte de la pandémie.

Thème 4- Coordination :

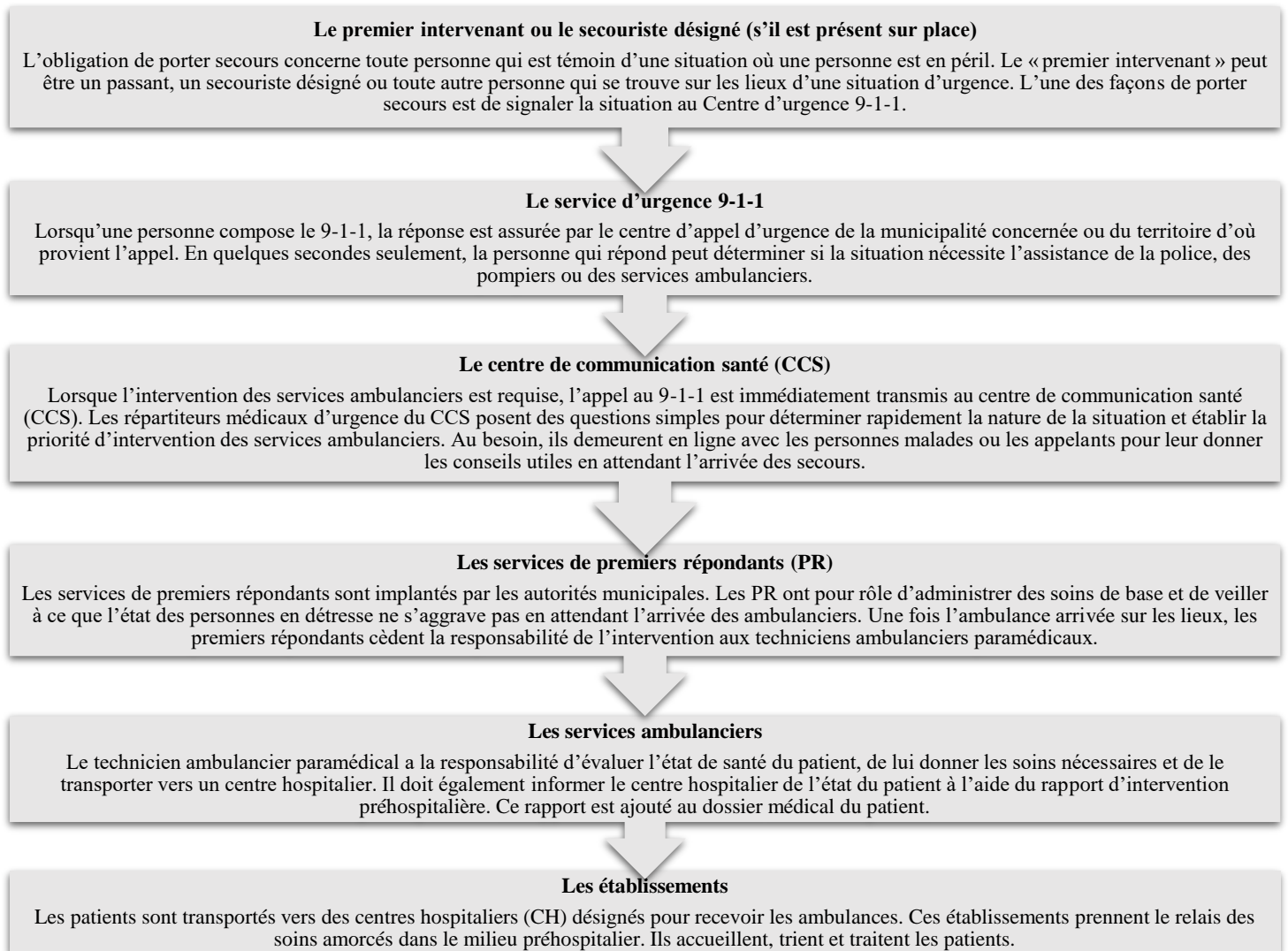
16. Élaborer des normes de prise en charge des patients à l'urgence afin de limiter les retenues de civières et de permettre une remise en disponibilité des ambulances plus rapide.
17. Mise en place d'une table de concertation multipartite au sein des CISSS et CIUSSS qui assument des responsabilités préhospitalières.
18. S'assurer de la mise en place d'une équipe de coordination avec les salles d'urgence, ayant pour mandat d'harmoniser les procédures de transfert de patients et de faciliter les interactions et les relations des parties prenantes selon les orientations ministérielles.
19. Mettre en place des mécanismes de coordination de sécurité civile (élaboration et mise en œuvre d'un plan de sécurité civile) qui incluent la concertation de l'ensemble des parties prenantes dans la gestion de la réponse (incluant la santé publique et les municipalités).

Thème 5- Gestion de l'information et des communications :

20. Élaborer et rendre accessible à l'ensemble des acteurs un diagramme de gestion et de validation interne des communications, incluant les flux d'informations (*Flow chart*).
21. Diffuser sur une base régulière des webinaires afin d'expliquer les états de situation, l'état d'avancement des connaissances en regard de la COVID-19, pourquoi certains protocoles sont modifiés ou ajoutés.
22. Établir une plateforme web, administrée par le ministère, permettant une communication directe et rapide entre la DMN avec les intervenants (RMU, PR et TAP) afin de faciliter l'accès aux dernières mises à jour des protocoles.
23. Accompagner les nouveaux protocoles d'une capsule vidéo explicative.
24. Automatiser les transmissions des données entre les CCS et la DPSU afin d'alimenter automatiquement les différents tableaux de bord.
25. Mettre en place un système qui permet aux TAP de déclarer une situation problématique sur le territoire à titre d'agent de vigie sanitaire. (Veille stratégique)
26. S'assurer que les CCS aient accès aux informations permettant d'associer l'adresse d'affectation avec les lieux d'éclosion ou les cas confirmés de contamination afin que ceux-ci puissent lancer une préalerte aux équipes d'intervention.
27. Compléter le développement et le déploiement de l'application de la Vigie COVID dans toutes les régions du Québec.

Annexe 3 : Chaîne d'intervention préhospitalière¹².

Le système¹³ préhospitalier d'urgence permet d'assurer à toute personne en situation de détresse des soins appropriés, que la situation soit de nature médicale, traumatique ou psychosociale. Les ressources combinées pour assurer les soins et services préhospitaliers d'urgence constituent la chaîne d'intervention préhospitalière (CIP) au Québec illustrée dans le graphique suivant.



¹² Source MSSS – <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/transport-medical/services-ambulanciers/>

¹³ Ludwig von Bertalanffy, biologiste, a présenté, dès 1937, le concept de *système ouvert* qui évoluera petit à petit vers la [Théorie générale des systèmes](#) (*General System Theory*). « [...] Le but de cette théorie générale était de dégager des principes explicatifs de l'univers considéré comme système à l'aide desquels on pourrait modéliser la réalité. Ceci revient à dire que l'on peut observer et reconnaître partout des objets possédant les caractéristiques de systèmes. Des totalités dont les éléments, en interaction dynamique, constituent des ensembles qui ne peuvent être réduits à la somme de leurs parties. Wikipédia consulté le 13 juillet 2020.

Annexe 4 : Gouvernance préhospitalière

La gouvernance du système préhospitalier d'urgence est définie par la loi sur les services préhospitaliers d'urgence [Chapitre S-6.2].

La gouvernance peut se décrire comme la façon dont la société et les groupes qui en font partie s'organisent afin de prendre des décisions. Les gouvernements gouvernent via les lois et structures votées alors que les organisations prévoient dans leurs règlements et leurs structures, la manière dont ils agissent.

La gouvernance détermine :

1. Qui détient le pouvoir (autorité)
2. Comment décide-t-on et comment les intervenants se font-ils entendre (prise de décision)
3. Comment on rend compte des décisions (imputabilité)

L'imputabilité¹⁴ quant à elle se définit par l'obligation imposée à une personne, à qui une responsabilité fut déléguée, de rendre compte de la façon dont elle s'en est acquittée. Il s'agit de la reddition de comptes concernant l'utilisation de pouvoirs et de ressources attribués à une personne ou à une unité organisationnelle en vue de la réalisation d'objectifs

Les mécanismes d'imputabilité requièrent trois éléments :

- L'identification des responsables et de leurs responsabilités
- Transmission d'informations
- Des sanctions possibles

¹⁴ Source : dictionnaire encyclopédique de l'administration publique.
<http://www.dictionnaire.enap.ca/fr/accueil.aspx?sortcode=1>

Annexe 5 : Mécanismes de réponse à la pandémie

Le système préhospitalier repose à la base sur les relations établies entre le ministère et ses établissements. Les opérations préhospitalières, quant à elles, découlent des ententes contractuelles existantes entre les établissements, les centres de communications santé, les services de premiers répondants et les organisations ambulancières.

Dans un contexte de pandémie, la réponse préhospitalière doit s'adapter pour assurer sa mission essentielle tout en se conformant aux directives de la santé publique. Le contexte opérationnel l'expose à de nouvelles réalités et incertitudes. Les mesures de protection et d'accueil des établissements receveurs ajoutent à la complexité et aux délais d'intervention.

Par son impact et ses conséquences, la pandémie s'apparente à d'autres événements majeurs comme les catastrophes. Pour contribuer efficacement aux opérations multi-organisationnelles associées à de tels événements, le système préhospitalier s'implique dans les mesures provinciales, régionales et locales de sécurité civile.

Ainsi, la réponse préhospitalière s'inscrit dans la convergence de plusieurs mécanismes gouvernementaux décrits ci-après.

Annexe 6 : Santé publique

La pandémie de la COVID-19 constitue une importante menace à la santé publique. Le Québec possède un système de santé publique implanté depuis de nombreuses années. Ce système permet notamment d'identifier les éclosions de maladies infectieuses, d'en suivre l'évolution et de coordonner un ensemble de mesures visant à protéger la santé de la population.

La Loi sur la santé publique

La Loi sur la santé publique [chapitre S 2.2] a été instituée pour protéger la santé des Québécois et mettre en place des conditions favorables au maintien et à l'amélioration de leur santé. L'article 2 de cette Loi accorde le pouvoir aux autorités de santé publique d'exercer une vigie sanitaire et d'intervenir lorsque la santé de la population est menacée par un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

Les autorités de santé publique

Les autorités de santé publique sont le ministre de la Santé et des Services sociaux et le directeur national de santé publique nommé en vertu de la Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux [chapitre M-19.2] ainsi que les directeurs régionaux de santé publique nommés en vertu de la Loi sur les services de santé et les services sociaux [chapitre S-5]. Ils agissent ensemble pour protéger la santé de la population lors d'une menace, et sont responsables de mettre en place diverses stratégies qui visent à améliorer la santé des individus et des communautés, prévenir les traumatismes, les maladies et les problèmes sociaux.

L'Institut national de santé publique du Québec

L'Institut national de santé publique du Québec [INSPQ] est un centre d'expertise et de référence en santé publique mis en place en 1998 en vertu de la Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec [chapitre I-13.1.1], afin de soutenir les autorités de santé publique dans l'exercice de leurs fonctions. L'INSPQ administre aussi le Laboratoire de santé publique du Québec [LSPQ] lequel est responsable de dispenser des services spécialisés de laboratoire et de dépistage en microbiologie et en toxicologie.

La notion de menace à la santé et la déclaration d'un état d'urgence sanitaire

L'article 2 de la Loi sur la santé publique [chapitre S-2-2] définit une menace à la santé de la population comme étant la présence au sein de la population d'un agent biologique, chimique ou physique susceptible de causer une épidémie si la présence de cet agent n'est pas contrôlée.

L'article 118 de la Loi sur la santé publique [chapitre S-2-2] stipule que le gouvernement du Québec peut déclarer, en cas de menace grave, un état d'urgence sanitaire sur l'ensemble, ou une partie du territoire québécois, lorsque des mesures immédiates doivent être appliquées pour protéger la santé de la population. Ces mesures peuvent inclure, entre autres, la vaccination obligatoire, la fermeture d'établissements d'enseignement ou de tout autre lieu de rassemblement, l'interdiction d'accès à tout ou une partie du territoire concerné, la construction ou la mise en place d'installations à des fins sanitaires ou de dispensation de services de santé et de services sociaux.

Annexe 7 : Sécurité civile

La pandémie se répercute dans le domaine de la santé, mais aussi dans tous les domaines de la société québécoise. La réponse à la pandémie interpelle de ce fait, une grande diversité d'intervenants publics, institutionnels, privés et communautaires. La pandémie partage ainsi les caractéristiques des catastrophes qui interpellent les mécanismes de sécurité civile.

Loi sur la Sécurité civile

L'article 2 de la Loi sur la sécurité civile [L.R.Q. S-2.3] définit un sinistre majeur comme « un événement dû à un phénomène naturel, une défaillance technologique ou un accident découlant ou non de l'intervention humaine, qui cause de graves préjudices aux personnes ou d'importants dommages aux biens et exige de la collectivité affectée des mesures inhabituelles, notamment une inondation, une secousse sismique, un mouvement de sol, une explosion, une émission toxique ou **une pandémie** » (le caractère, notre emphase).

Plan national de sécurité civile

Le Plan national de sécurité civile [PNSC] vise :

1. À soutenir les autorités responsables de la sécurité civile, les ministères et les organismes gouvernementaux lorsque l'ampleur d'un risque de sinistre majeur ou d'un sinistre majeur, réel ou imminent, dépasse leur capacité d'action dans les domaines qui relèvent de leur compétence ;
2. À réduire la vulnérabilité de la société à l'égard des risques de sinistre majeur qu'il détermine et dont les conséquences prévisibles sont d'intérêt national, notamment par des mesures de prévention, de préparation des interventions, d'intervention ou de rétablissement ou par une gestion distincte d'un risque, à l'échelle où il se manifeste, avec d'autres gouvernements ou avec les paliers régionaux ou locaux ;
3. À assurer la concertation des ministères et organismes gouvernementaux dans les champs d'activité qu'il détermine compte tenu de leur incidence en matière de sécurité civile. [Art. 80]

Mécanismes de coordination gouvernementale

Pour assurer une intervention gouvernementale efficace et cohérente, le PNSC s'appuie sur 3 mécanismes de coordination ;

- Le Comité de sécurité civile du Québec [CSCQ]
- L'Organisation de la sécurité civile du Québec [OSCQ]
- Les Organisations régionales de sécurité civile [ORSC]

Ces mécanismes de coordination se mobilisent pour soutenir les efforts des municipalités et répondre aux besoins des collectivités.

Mécanismes de coordination sécurité civile du MSSS

Dans la foulée de l'adoption par le gouvernement du Québec de sa Politique de sécurité civile 2014-2024, le MSSS fut le premier ministère à se doter d'une politique ministérielle de sécurité civile. Elle a comme objectif premier « de développer une vision commune des fondements et des actions du MSSS et de son réseau dans ce domaine. » Elle se veut également un levier important pour soutenir et encourager les efforts et les initiatives de l'ensemble des acteurs concernés dans le secteur de la santé et des services sociaux » [p.13].

En complémentarité avec le PNSC, le MSSS articule son Plan de sécurité civile Mission Santé. La mission Santé du PNSC est constituée de six volets de réponse aux conséquences d'un sinistre : 1) préhospitalier d'urgence ; 2) hospitalier ; 3) santé de première ligne ; 4) santé de première ligne ; 5) sociosanitaire spécifique ; 6) psychosocial ; santé publique. (p. 5)

Le MSSS demeure le premier responsable¹⁵ de la mission Santé du PNSC auprès des autorités gouvernementales. Pour assurer la couverture de tous les services essentiels lors d'une catastrophe, l'arrimage complémentaire entre le MSSS et le MSP devient un objectif d'ordre premier pour le gouvernement. La responsabilité de la cohérence de la gouvernance gouvernementale relève de la sécurité civile sous l'égide du MSP.

¹⁵ Il partage en grande partie cette responsabilité avec les centres intégrés.

Annexe 8 : Plan de contingence national — Pandémie

Plan de contingence - Services préhospitaliers d'urgence du Québec - COVID 19

Version 22 avril 2020

<i>Le passage d'un niveau d'alerte à un autre est établi conjointement avec l'établissement</i>				
	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
CRITÈRES D'ACTIVATION	Déclaration de pandémie	Augmentation significative du nombre de transports ou de leur durée menant à l'utilisation maximale des ressources régulières	Augmentation significative du nombre des transports ou de leur durée ne permettant plus de répondre à la demande malgré l'optimisation des ressources régulières et obligeant le délestage d'appels	Augmentation significative du nombre des transports ou de leur durée ne permettant plus de répondre à la demande avec les ressources usuelles. Incapacité de poursuivre le service
		Diminution de la disponibilité des ressources humaines et nécessitant le redéploiement des ressources régionales disponibles	Diminution de la disponibilité des ressources humaines nécessitant le recours à des ressources humaines complémentaires (retraités et étudiants 3ème année)	Diminution de la disponibilité des ressources humaines nécessitant le recours à des ressources humaines alternatives (policiers, pompiers, Forces armées, etc)
		Diminution des inventaires de ressources matérielles entraînant une rationalisation des usages	Diminution marquée des inventaires entraînant la désignation d'équipes dédiées ou de délestage d'appels	Rupture de stocks entraînant des bris de services
		Transmission communautaire		

	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
MSSS	Mise en place des systèmes de surveillance et de suivi opérationnels	Mise en place d'un système de suivi des enjeux émergeants et avérés		
	Évaluation des mécanismes de télé-médecine	Mise en place de mécanismes de coordination clinique pour supporter les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) dans leur pratique (au sein des Centres de communication santé (CCS) ou hors CCS)	Préparation de la mutualisation des ressources ambulancières extra-régionales	
	Modification de mesures de gestion du registre national		Habilitation des étudiants à la pratique clinique	Habilitation des premiers répondants à offrir le transport
	Évaluation de l'offre de service de transports alternatifs	Mise à jour des ententes contractuelles des services de transports alternatifs	Autorisation de déploiement des moyens alternatifs de transport (spécification des types de transport)	Orientation des transports improvisés vers les établissements désignés
	Adaptation des protocoles cliniques selon l'évolution pandémique	Adaptation des protocoles cliniques selon l'évolution pandémique	Adaptation des protocoles cliniques selon l'évolution pandémique	Adaptation des protocoles cliniques selon l'évolution pandémique
	Établir les arrimages en lien avec les besoins de modification de la pratique des intervenants du milieu	Mise en place du protocole d'évaluation secondaire pour les TAP		

	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
	Élaborer les besoins en ressources médicales aériennes (ententes médecins-escortes Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ), Fédération des médecins omnipraticien du Québec (FMOQ))			
	Identification des modifications législatives requises selon limites de la loi	Présentation des modifications législatives aux autorités compétentes		
	Planification d'un plan de relève des télécommunications provincial			
	Diffusion du plan de communication pandémie			

ÉTABLISSEMENTS	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
	Diffuser la liste des établissements désignés (localisation et contacts)	Mise en place de la procédure de triage secondaire pour les P4 et P7 (carte 36)		
		Préparation de la mutualisation des ressources ambulancières intra régionales	Préparation de la mutualisation des ressources ambulancières extra-régionales	
	Gestion dynamique des équipements de protection individuelle (EPI)	Gestion dynamique des EPI	Recours à des EPI alternatifs	Modification des protocoles d'intervention pour l'utilisation d'EPI alternatif
	Planification d'un plan de relève des télécommunications en collaboration avec les CCS	Déploiement du plan de relève des télécommunications en collaboration avec les CCS		

CENTRES COMMUNICATION SANTÉ	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
	Implanter le protocole 36/pandémie Medical priority dispatch system (MPDS)			
	Application des bulletins cliniques en vigueur pour les premiers intervenants (PI) et premiers répondants (PR)	Application des bulletins cliniques en vigueur pour les PI et PR	Application des bulletins cliniques en vigueur pour les PI et PR	Application des bulletins cliniques en vigueur pour les PI et PR
			Mutualisation des ressources ambulancières intra régionales	Mutualisation des ressources ambulancières extra régionales
	Suivi des protocoles cliniques - phase verte	Suivi des protocoles cliniques - phase jaune	Suivi des protocoles cliniques - phase orange	Suivi des protocoles cliniques - phase rouge
		Optimisation des ressources à même les horaires de travail en place	Ajout des ressources humaines additionnelles à même les ressources existantes	Recours à la main-d'oeuvre alternative (policiers, pompiers, Forces armées, etc)
	Planifier les mécanismes de mise en place du centre de relève	Déploiement du centre de relève selon les besoins	Déploiement du centre de relève selon les besoins	Fusions des CCS encore fonctionnels
	Planification d'un plan de relève des télécommunications en collaboration avec les établissements	Déploiement du plan de relève des télécommunications en collaboration avec les établissements		

	VERT	JAUNE	ORANGE	ROUGE
TRANSPORT (terrestre et aérien)		Mise en place d'équipes dédiées selon l'organisation régionale	Déploiement du protocole d'évaluation secondaire	
		Maximisation des ressources pour l'utilisation du transport adapté et du transport aérien	Déploiement des moyens alternatifs de transport selon l'offre régionale de service	
		Maximisation des ressources pour l'utilisation du transport ambulancier pour les transferts interétablissement	Utilisation de moyens alternatifs pour les transferts interétablissement de basse priorité	
	Réviser la priorisation d'usage des aéronefs d'Évacuations aéromédicales du Québec (EVAQ)	Nolisement de services d'évacuation aéromédicales externes	Sélection spécifique des transferts par le Programme d'EVAQ (selon coordination médicale)	Besoin d'évacuations massives pour les régions isolées (par voie aérienne)
RESSOURCES HUMAINES		Optimisation des ressources à même les horaires de travail en place	Ajout des ressources humaines additionnelles (heures de services)	Recours à la main-d'oeuvre alternative
		Préparation du déploiement des ressources complémentaires (retraités et étudiants 3 ^e année)	Déploiement des ressources complémentaires (retraités et étudiants 3 ^e année)	

Annexe 9 : Sondage en ligne — Questionnaire

SONDAGE RETOUR D'EXPÉRIENCE DE LA RÉPONSE PRÉHOSPITALIÈRE À LA PANDÉMIE DE LA COVID-19

Fin de la période de consultation : 19 juin 2020

Le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) sollicite votre contribution.

Soyez nombreux à participer au retour d'expérience de la réponse préhospitalière à la pandémie de la COVID-19 pour mieux affronter l'éventuelle prochaine vague.

Gestion de la réponse préhospitalière de la COVID-19 :

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a mandaté le Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU) pour effectuer le retour d'expérience de la réponse préhospitalière à la première vague de la pandémie de la COVID-19.

Le CNTSPU conduira des entrevues de groupe par secteur d'activité ainsi que des entrevues individuelles avec des acteurs clés de la réponse préhospitalière à la pandémie. De plus, afin de permettre au plus grand nombre d'intervenants de participer à la démarche, le CNTSPU rend disponible ce sondage auquel vous pouvez répondre jusqu'au 19 juin 2020.

Tout intervenant (répondant médical d'urgence, premier répondant, paramédic), gestionnaire de services préhospitaliers, personnel de salle d'urgence, sont invités à participer à ce sondage.

L'objectif de ce sondage consiste à recueillir vos observations afin de mieux préparer le système préhospitalier d'urgence à une éventuelle seconde vague de la pandémie ainsi que d'alimenter les travaux du CNTSPU.

Le CNTSPU vous remercie du temps que vous accorderez pour répondre à ce sondage (± 10 minutes)

Veuillez répondre en considérant les événements survenus entre le 12 mars et le 31 mai 2020.

VEUILLEZ INDIQUER VOTRE APPRÉCIATION DE L'ÉNONCÉ SUR UNE ÉCHELLE DE 1 À 4, 1 ÉTANT TRÈS EN DÉSACCORD ET 4 ÉTANT TRÈS EN ACCORD

1. La réponse préhospitalière à la pandémie correspondait à la mission des services préhospitaliers d'urgence.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

2. Mon organisation était bien préparée à l'arrivée d'une pandémie.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

3. J'étais bien préparé à l'arrivée d'une pandémie.

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

4. J'avais accès à des instructions claires en temps opportun (protocoles cliniques, procédures d'intervention...).
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
5. J'avais accès à des équipements de protection individuelle (EPI) en temps opportun.
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
6. Les informations en provenance des autorités régionales étaient
- a. rapidement accessibles
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- b. facilement compréhensibles
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
7. Les informations en provenance des autorités nationales étaient
- a. rapidement accessibles
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
- b. facilement compréhensibles
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
8. La coordination des interventions de la COVID-19 entre les services préhospitaliers et les établissements receveurs était efficace.
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
9. La coordination de la réponse préhospitalière aux niveaux national et régional était efficace.
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4
10. Les ressources préhospitalières devraient jouer un rôle de sentinelle des réalités locales et communautaires en matière de santé publique.
- ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4

QUESTIONS À DÉVELOPPEMENT

11. Quelles mesures recommanderiez-vous pour que le système préhospitalier d'urgence puisse mieux affronter une éventuelle prochaine vague ?
12. Durant la pandémie, quel a été l'objet de votre plus grande préoccupation ?
13. À la lumière des apprentissages de la pandémie que recommanderiez-vous pour améliorer le système préhospitalier d'urgence ?

LES QUESTIONS SUIVANTES NOUS PERMETTRONT DE MIEUX APPRÉCIER VOS RÉPONSES.

14. Au sein de quel type d'organisation avez-vous œuvré pendant la pandémie ?
 - ☐ Gouvernement (ministère)
 - ☐ Établissement de santé (CISSS, CIUSSS, CHU)
 - ☐ Centre de communication santé (CCS)
 - ☐ Organisation ambulancière publique (Urgences-santé)
 - ☐ Organisation ambulancière privée
 - ☐ Organisation ambulancière : Coopérative
 - ☐ Organisation ambulancière : OBNL
 - ☐ Service de premiers répondants
 - ☐ Autre
15. 15. Lequel de ces énoncés décrit le mieux votre fonction au sein du système préhospitalier d'urgence pendant la pandémie ?
 - ☐ Haute direction
 - ☐ Gestionnaire administratif
 - ☐ Gestionnaire opérationnel
 - ☐ Personnel de salle d'urgence
 - ☐ Paramédic (TAP)
 - ☐ Paramédic en soins avancés (TAPA)
 - ☐ Répondant médical d'urgence (RMU en CCS)
 - ☐ Premier répondant médical (PR)
 - ☐ Premier Intervenant (PI)
 - ☐ Autre

16. Veuillez indiquer la principale région où vous avez exercé vos activités professionnelles pendant la pandémie

- ☐ 01 — Bas-St-Laurent
- ☐ 02 — Saguenay-Lac — Saint-Jean
- ☐ 03 — Québec
- ☐ 04 — Mauricie-Centre-du Québec
- ☐ 05 — Estrie
- ☐ 06 — Montréal
- ☐ 07 — Outaouais
- ☐ 08 — Abitibi-Témiscamingue
- ☐ 09 — Côte-Nord
- ☐ 10 — Nord-du-Québec
- ☐ 11 — Gaspésie Îles-de-la-Madeleine
- ☐ 12 — Chaudière-Appalaches
- ☐ 13 — Laval
- ☐ 14 — Lanaudière
- ☐ 15 — Laurentides
- ☐ 16 — Montérégie
- ☐ 17 — Nunavik
- ☐ 18 — Territoires Cries de la baie James
- ☐ Toute la province

Annexe 10 : Sondage en ligne — Résultats

Plusieurs participants ont émis des commentaires secondaires à chacune des questions. Ces commentaires secondaires seront traités dans le rapport final et ils viendront bonifier les premières observations.

Résultats du sondage en ligne

Le sondage en ligne sur l'opération préhospitalière COVID-19 s'est tenu entre le 08 juin et le 19 juin 2020. Les 586 répondants se distribuent ainsi :

469 (80 %) techniciens ambulancier paramédics répartis comme suit :

- 160 (27,3 %) de services ambulanciers privés
- 128 (21,5 %) des coopératives ambulancière
- 70 (12 %) de services ambulanciers-OBNL
- 69 (11,8 %) d'Urgences-santé

31 (5,4 %) d'un établissement CISSS, CIUSSS ou CHU

11 (2 %) autres organisations (CÉGEP, CCS)

77 (13,2 %) gestionnaires

12 (2 %) répartiteurs médicaux d'urgence

11 (1,9 %) personnel de salle d'urgence

7 (1,2 %) médecins

10 (1,7 %) autres intervenants du SPU PI, PRI, personnel de soutien

Annexe 11 : Entrevues individuelles et de groupe — Questionnaire

Déroulement du guide d'entretien :

Bonjour, je suis _____ membre du CNTSPU. J'aurai le privilège de diriger l'entrevue.

Merci d'avoir accepté de participer à cette rencontre de retour d'expérience

L'objectif de la rencontre consiste à recueillir vos observations afin de mieux préparer le système préhospitalier d'urgence à une éventuelle seconde vague de la pandémie ainsi que d'alimenter les travaux du CNTSPU.

Vous avez lu et rempli le formulaire de consentement et de confidentialité. Avez-vous des questions avant que l'on débute. Tel que mentionné, cet entretien sera enregistré.

Q-1- Pourriez-vous nous décrire votre rôle en regard des services préhospitaliers d'urgence?

I- Pilotage stratégique : réalisation de la mission, vision (optimisation des ressources; légitimation; législation; acceptabilité et équité)

A- Mission

« La présente loi vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse. LOI (QC ») SUR LES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE : Chapitre S-6.2,

Q-2- Comment qualifieriez-vous l'atteinte des objectifs de la mission des services préhospitaliers (Illustrez à l'aide d'exemples)

B- Structure

Q-3- En temps crise, nombreux sont ceux qui préconisent l'unité de commandement pour maximiser l'efficacité. En lien avec des spécificités régionales, il est tout autant reconnu que des adaptations sont judicieusement nécessaires. Voilà bien un difficile arbitrage pour les intervenants de différents niveaux. Fort de l'expérience que vous venez de vivre avec la crise de la COVID-19, quelle est votre appréciation des échanges tenus entre le national et le régional ? Illustrez à l'aide d'exemples.

Q-4- Comment s'est effectuée la coordination de vos actions avec celles de vos partenaires locaux de référence ?

Q-5- Quelle est votre appréciation des instructions a) cliniques et b) administratives transmises durant la pandémie de la COVID-19?

Q-6- En prenant le rôle de responsable national de la pandémie de la COVID-19, dans l'allocation des ressources (humaines, financières, matérielles et informationnelles) quelles recommandations transmettriez-vous en priorité pour faire mieux en prévision d'une éventuelle deuxième vague? Quelles sont les principales leçons apprises? (La chose à changer c'est quoi?)

C- Culture

Q-7- De façon antérieure à la COVID-19, existait-il dans votre organisation une culture des événements majeurs? Type de culture organisationnelle, qui se traduit par exemple dans un plan de contingence ou encore une cellule de crises où des gens sont identifiés à l'avance?

Q-8- Une crise est à la fois un moment fort de remises en question et d'opportunités d'innovation.

- Quel a été l'objet de votre principale remise en question?
- Quelles mesures souhaiteriez-vous que le Ministère mette en place pour affronter plus efficacement une éventuelle prochaine vague?

II- Surveillance et reddition effectives et communication franche

Q-9- Comment qualifieriez-vous les communications du Ministère pendant la pandémie de la COVID-19?

Q-10- « Qu'est-ce qui vous a empêché de dormir pendant la pandémie de la COVID-19 ?

Q-11- Les acteurs préhospitaliers sont de véritables sentinelles privilégiées des réalités locales et communautaires. Que pensez-vous de la proposition d'en faire des éclaireurs pour alimenter les corridors stratégiques du réseau de la santé et des services sociaux du Québec. Bref, l'idée d'implanter une vigie sanitaire?

Q-12- Bon coup à reproduire : pour terminer, quelle serait l'action, idéalement soutenue par des données probantes que vous reproduiriez inconditionnellement la prochaine fois? En d'autres mots ce qui constitue un élément de fierté et qu'il faut préserver.

Q-13- Dans la perspective de la transformation du système préhospitalier d'urgence, quels apprentissages retirez-vous de la pandémie?

Q-14- Y aurait-il d'autres éléments que vous souhaiteriez partager?

Q-15- Avez-vous des questions ou des commentaires au sujet de notre entretien

Annexe 12 : Système de gestion des informations des SPU durant la COVID-19

Phase 1 : Le tableau de bord

Au début de la pandémie, la DSPU souhaitait connaître l'état général des transports ambulanciers, notamment le nombre de cas « COVID suspecté » pour chacune des régions. Afin d'obtenir ces informations, la DSPU devait communiquer avec chacun des dix CCS car il n'existe pas de passerelle informatique qui permette de transférer en temps réel les données vers le ministère. Afin d'accélérer le processus, le MSSS a demandé aux trois fournisseurs de système informatique des différents CCS de faire parvenir directement un rapport quotidien. Ce rapport a été opérationnel dès la première semaine d'avril. Il s'agissait d'un tableur Excel qui comprenait les éléments suivants pour chacune des régions :

Le volume d'appel entrant au CCS ;

Le volume d'appels en lien avec la COVID-19

Le nombre d'affectations d'ambulances sur des interventions suspectées « COVID-19 »

Le nombre de transports suspectés « COVID-19 ».

Le nombre de transports total pour la journée.

Le nombre de transports par ambulance par rapport à l'année dernière à pareil moment ;

Le nombre de transports par ambulance par rapport à l'année dernière à la même période.

Certains délais d'interventions afin de suivre l'impact des appels « COVID-19 » suspectés sur la gestion de la flotte.

Phase 2 Développement d'un tableau de bord avec de la géomatique

Afin de rendre la lecture des données plus conviviale, la DSPU a pris entente avec l'Université Laval pour le développement d'un tableau de bord en ligne qui permet de faire apparaître les différents indicateurs sur une carte. De cette façon, l'équipe de la DSPU pouvait voir les variations de volume de transports et les variations de cas COVID-19 suspectés par région.

Phase 3 Développement de la Vigie COVID

Il est apparu rapidement que le nombre de transports « COVID-19 » suspectés représentait 30 % à 40 % de tous les transports, alors qu'après un diagnostic à l'urgence seulement environ 10 % de tous les cas suspectés s'avéraient être « COVID-19 » positifs. Cela démontrait que le protocole appliqué était trop sensible : trop d'interventions étaient faites en mode « COVID-19 » suspecté par rapport à la réalité. Cela a engendré une demande accrue d'EPI et la mise en place d'une procédure d'intervention spécifique mettant sous tension la chaîne d'intervention préhospitalière.

La DSPU a confié le mandat de développer un outil d'analyse (Vigie COVID) à la région Mauricie–Centre-du-Québec (MCQ). Un des objectifs est de retracer chacun des transports et de suivre l'ensemble de la chaîne d'intervention jusqu'au diagnostic final afin d'analyser les protocoles d'intervention et les rendre plus spécifiques et moins sensibles. Pour obtenir

les données pour tout le territoire québécois, la DSPU et la région MCQ ont développé un questionnaire que les TAP doivent remplir après chacun des appels sur un terminal véhiculaire ou une autre plateforme électronique.

La programmation de la Vigie COVID est encore en développement, mais certaines données sont actuellement disponibles. Le déploiement complet de la Vigie COVID permettra d'avoir accès au diagnostic de patients (sans information nominative). Les régions seront à même de savoir quelle équipe de TAP a transporté un patient « COVID-19 » confirmé et ainsi suivre l'état de santé de l'équipe au cas celle-ci serait contaminée durant l'intervention. Cela permettra une meilleure gestion du niveau d'exposition des ressources humaines.

Les données issues de la Vigie COVID sont transmises tous les jours à la DPSU. Elles sont intégrées au tableau de bord quotidien. La DSPU peut suivre presque en temps réel les endroits où il y a des appels pour des patients atteints de la COVID-19 (suspectés et confirmés). Lors d'une éventuelle deuxième vague, cet outil peut être utile pour les DMR, les coordonnateurs régionaux et même pour la DSP afin d'avoir un suivi global de la situation.

Le graphique suivant présente le tableau de bord avec différents indicateurs. Sur la carte, on peut y voir des points pour les différents appels faits en mode « COVID-19 » à partir des données issues de la Vigie COVID :

