



« Optimiser le système préhospitalier d'urgence dans le but de renforcer la contribution préhospitalière à la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes en situation de détresse au Québec »

Mémoire du syndicat Tasbi

Présenté au Comité national de
transformation du système
préhospitalier d'urgence
(CNTSPU)

SEPTEMBRE 2020



Table des matières

1. Introduction	3
2. Présentation de l'organisation	4
3. Thèmes des consultations	4
3.1 Éducation du public et mobilisation citoyenne	5
a) Développer une bonne connaissance des services préhospitaliers d'urgence.....	5
b) La bonne utilisation des services ambulanciers.....	6
c) Sensibiliser le public à l'importance de porter secours à une personne en détresse.....	7
d) L'accès aux soins vitaux	8
e) Solutions technologiques	9
f) Offrir à la population une formation en secourisme de base	10
3.2 Types et niveaux de soins	12
a) Premier intervenant	12
b) Premiers répondants	13
c) Niveau de soins des TAP québécois	14
1) TAP soins primaires	14
2) TAP soins avancés	16
3) TAP soins critiques.....	17
4) TAP communautaires.....	17
3.3 Formation et encadrement des intervenants	18
a) Historique de la formation	19
b) Le programme national d'intégration.....	20
c) La formation continue	20
d) La formation spécialisée	22
e) Encadrement des intervenants et le nécessité de créer un ordre professionnel ...	23
f) Soutien médical aux opérations.....	29
3.4 Modulation de l'offre	30
a) Types de transports	30
b) Inter-établissement	31
c) Demandes socio-sanitaires.....	31
3.5 Desserte hors route	32
a) Territoires isolés	32
b) Espaces occupés temporairement	33
c) Zone non-carrossables.....	34

d) Aérienne.....	34
e) Nautique.....	36
3.6 Desserte terrestre	36
a) Zone de couverture/régionalisation	37
b) Indicateurs notamment le temps réponse	37
c) Distances maximales.....	38
d) Types de ressources.....	39
e) Points de service.....	40
3.7 Interopérabilité.....	40
a) Arrimages services	40
b) Soutien événementiel organisé	44
c) Soutien événementiel impromptu.....	45
d) Réponse aux catastrophes	46
e) Arrimage système.....	46
4.0 Conclusion.....	48
4.1 Annexe A	49



1.0 Introduction

Le 12 septembre 2019, le sous ministre du ministère de la Santé et des Services sociaux Yvan Gendron, s'engage dans la refonte du système préhospitalier d'urgence afin de renforcer la contribution préhospitalière à la réduction de la mortalité et de la morbidité des personnes en situation de détresse au Québec. On annonce également la mise en place du Comité national de transformation du système préhospitalier d'urgence (CNTSPU).

Le CNTSPU sollicite l'aide de chaque intervenant de la chaîne d'intervention préhospitalière incluant les représentants syndicaux des techniciens ambulanciers paramédics (ci-après appelés les TAP). C'est donc avec enthousiasme, motivation et dans un esprit de collaboration que notre organisation syndicale, Les Travailleurs ambulanciers syndiqués de Beauce (TASBI) vous dépose ce mémoire.

Nos recommandations seront en lien direct avec les rapports Dicaire et Ouellet

Nous aborderons certains des thèmes de consultations des rencontres thématiques en y émettant des recommandations en lien avec les rapports Dicaire et Ouellet, tout en respectant les 5 objectifs que le CNTSPU s'est fixés ainsi que la mission des services préhospitaliers d'urgence

1. Optimiser la gouvernance du système préhospitalier d'urgence
2. Optimiser la desserte du système préhospitalier d'urgence
3. Utiliser judicieusement les ressources disponibles
4. Autonomiser la pratique des techniciens ambulanciers TAP
5. Valoriser la contribution citoyenne au système préhospitalier d'urgence

Mission :

Apporter, 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.



2.0 Présentation de l'organisation

TASBI est une organisation syndicale complètement indépendante qui œuvre depuis 1987 dans la région de Beauce, Bellechasse et des Etchemins. C'est en 2010 que se joignent à TASBI les TAP de Lac-Mégantic, Lambton et La Patrie. Nous représentons donc plus de 200 membres dans 3 compagnies ambulancières distinctes soit Cambi, Dessercor et Ambulance Marlow.

L'organisation syndicale n'a que des TAP libérés sur demande comme représentants syndicaux et il n'est pas possible d'être libérés à temps plein. Nous devons être présents sur le terrain lorsque nous sommes représentants. Cela a toujours été une condition essentielle et elle représente l'une de nos valeurs syndicales. Dans le but d'être bien informé et ainsi mieux comprendre les problématiques que nos membres vivent et pour aussi constater les lacunes du service, un travail assidu sur le terrain est primordial.

Notre organisation a toujours promu le service exemplaire à la population par l'amélioration constante des soins préhospitaliers.

Par sa participation active aux divers projets pilotes, les TAP de TASBI ont souvent été les précurseurs d'amélioration du service à la population. En 2006, nous avons notamment contribué à l'instauration de la télémétrie par un protocole d'électrocardiogramme 12d afin de déceler rapidement les patients souffrant d'infarctus du myocarde, ce qui permettait de sauver les délais dans le transfert interhospitalier, en transportant directement l'utilisateur vers un centre d'hémodynamie et ainsi lui éviter des séquelles importantes. Ce projet, réalisé en coopération avec plusieurs partenaires, a été commandité financièrement en partie par notre organisation. Chapeauté par l'unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU), ce projet permettait également l'administration de la TNT, dans les cas de dyspnée d'origine cardiaque probable.

En 2010, avec notre collaboration, seuls les membres de TASBI se voyaient octroyer par la direction médicale régionale du CISSS Chaudière-Appalaches le droit d'administrer un analgésique en contexte préhospitalier avec support médical. En effet, l'utilisation du fentanyl aujourd'hui plus répandu dans les autres régions du Québec, est protocolisée et nous sommes grandement fiers d'avoir participé à sa mise en place.

En 2011 le constat de décès à distance permet aux TAP de Chaudière-Appalaches de constater les décès à distance à l'aide de l'UCCSPU. En effet lorsqu'aucune manœuvre de réanimation n'est possible ou qu'elle ne réussit pas, les TAP sont à même de ne



pas mobiliser le véhicule ambulancier pour le transport mais de constater, lorsque la situation s'y prête, le décès du patient avec l'approbation à distance d'un médecin. Une autre réalisation qui est aujourd'hui protocolisée et appliquée dans d'autres régions du Québec.

Vous êtes à même de constater que notre organisation et ses membres ont toujours promu le service à la population par sa collaboration exemplaire. Il est donc aisé pour nous de mettre notre « chapeau syndical » de côté afin de pouvoir contribuer de façon positive à l'amélioration, voire même la refonte des soins préhospitaliers d'urgence. Il va sans dire que toutes les organisations syndicales ont permis au fil du temps l'avancement des soins préhospitaliers d'urgence. C'est d'ailleurs le rapport Dicaire qui le mentionne : « *La syndicalisation des techniciens ambulanciers ne s'est pas faite sans heurts : son implantation a été accompagnée de moyens de pression lors de la négociation des conventions collectives. Ces revendications ont toutefois contribué à la mise en place d'un système préhospitalier plus efficace.* »

3.0 Thèmes des consultations

3.1 Éducation du public et mobilisation citoyenne

Dans le cadre de la présente sous-section, nous aborderons différents sujets dont les exposés se termineront par différentes recommandations qui ont pour objectifs de favoriser une meilleure connaissance du public à l'égard des services préhospitaliers d'urgence, tout en permettant de faire en sorte que ce même public développe une mobilisation citoyenne de manière à assurer une meilleure protection de la santé publique.

Ainsi, voici les principaux points qui seront abordés :

- Sensibilisation du public à l'importance de porter secours à une personne en détresse;
- Instruire le public quant aux rôles et responsabilités des TAP;
- Conscientiser le public à la bonne utilisation des services ambulanciers;
- Favoriser l'accès aux soins vitaux (DEA, epipen);
- Développement de solutions technologiques;
- Offre d'une formation de secourisme de base à la population.

a) Développer une bonne connaissance des services préhospitaliers d'urgence

Le rôle et les responsabilités du TAP ne sont que peu ou pas médiatisés ou publicisés. Pour certains, les TAP ne font que très peu de soins et ne sont que des brancardiers qui ne font que transporter les patients vers les centres hospitaliers. Pour d'autres, ils sont considérés comme des médecins. Cette dichotomie importante dans la perception du rôle et des responsabilités des TAP a pour effet d'occasionner une mauvaise utilisation des services préhospitaliers d'urgence, d'en augmenter ses coûts et de gaspiller la saine utilisation des services offerts.

Il y aurait lieu de promouvoir le travail des TAP en augmentant les relations publiques à cet égard, puisqu'ils se révèlent être des acteurs essentiels de la santé des québécois(es). Nous estimons que le développement des connaissances des services préhospitaliers d'urgence passe par la publicisation par le gouvernement de ce rôle et de ces responsabilités des TAP. Rappelons-nous qu'il y a quelques années, le Gouvernement du Québec avait lancé une campagne de promotion visant à faire découvrir aux jeunes Québécois les différentes catégories d'emplois dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pensons au gouvernement fédéral avec sa publicité pour le recrutement chez les Forces armées canadiennes. Des publicités qui favorisent le recrutement, mais qui ont aussi pour effet de faire connaître ce que les personnes qui occupent ces emplois apportent à la société.

Ainsi, cette meilleure connaissance de ces rôles et responsabilités aurait des effets bénéfiques, non seulement sur les services préhospitaliers, mais aussi des effets sur les services hospitaliers puisque cela favoriserait le désengorgement de ces derniers.

b) La bonne utilisation des services ambulanciers

En lien avec l'énoncé précédent, nous estimons que l'exactitude du coût réel et de l'absolue nécessité de faire appel aux services ambulanciers sont inconnues du public. Ainsi, une meilleure connaissance de ces services favoriserait une meilleure utilisation et par voie de conséquence, une optimisation de ceux-ci. À titre d'exemple, certaines personnes usagères croient à tort qu'elles seront traitées plus rapidement par le personnel de l'urgence s'ils elles arrivent en ambulance... En ce sens nous croyons qu'il est primordial que la population soit mieux informée, notamment à l'aide d'une campagne de sensibilisation sur la nécessité de l'utilisation des services ambulanciers, sur l'importance du rôle de chaque intervenant et de leurs responsabilités respectives dans la chaîne de survie. La population doit aussi être mieux informée également sur la nécessité de recourir au service d'urgence 911. D'ailleurs, les auteurs des rapports

Dicaire et Ouellet recommandaient de sensibiliser la population québécoise à cet égard.

No.1 Faire connaître au public le rôle et l'importance des TAP ;
No.2 Faire connaître au public le coût réel de l'utilisation des services préhospitaliers d'urgence ;
No.3 Conscientiser la population à utiliser les services préhospitaliers d'urgence à bon escient.

c) Sensibiliser le public à l'importance de porter secours à une personne en détresse

L'importance du premier intervenant et des premiers soins ne sont pas très populaires ni très connus au Québec. La publicité entourant le rôle et l'importance d'un citoyen secouriste est absente et nous nous retrouvons trop souvent avec des personnes témoins qui appellent et attendent les secours plutôt que d'administrer les premiers soins. Souvent cela est causé par un manque de connaissances ou de formation ou tout simplement par la peur d'intervenir en pensant ne pas faire correctement ce qu'il faut. Certaines personnes peuvent paraître hésitantes à porter secours à une autre en danger et ainsi agir comme premier intervenant auprès de cette dernière.

Pourtant, au même titre que la liberté d'expression ou la liberté d'association que tout le monde connaît, l'obligation d'assistance d'une personne en danger est elle aussi reconnue comme droit fondamental juste avant ces deux libertés¹. En effet, l'article 2 de la *Charte des droits et libertés de la personne*² :

Tout être humain dont la vie est en péril a droit au secours.

Toute personne doit porter secours à celui dont la vie est en péril, personnellement ou en obtenant du secours, en lui apportant l'aide physique nécessaire et immédiate, à moins d'un risque pour elle ou pour les tiers ou d'un autre motif raisonnable.

Or, souvent les personnes peuvent être craintives d'intervenir sous prétexte qu'elles n'ont pas les connaissances, mais la plupart du temps de peur d'aggraver l'état de santé d'un accidenté par exemple. Ainsi, ce qu'il faudrait que les gens sachent, c'est que la non-intervention est souvent plus grave que la tentative avortée d'intervenir.

¹ Les libertés d'association et d'expression sont sanctionnées par l'article 3 de la *Charte des droits et libertés de la personne*.

² *Charte des droits et libertés de la personne*, R.L.R.Q. c. C-12.

Même si l'intervention peut être mineure, elle peut être bénéfique à la personne dont la vie ou la sécurité est en péril. Pour sécuriser ces gens hésitants, il est primordial qu'on publicise non seulement les règles entourant l'obligation d'assistance d'une personne en danger, mais qu'on insiste sur celles entourant les causes de non-responsabilité civile des personnes qui interviennent dans de telles circonstances. L'article 1471 du *Code civil du Québec* est pourtant clair sur cette question :

La personne qui porte secours à autrui ou qui, dans un but désintéressé, dispose gratuitement de biens au profit d'autrui est exonérée de toute responsabilité pour le préjudice qui peut en résulter, à moins que ce préjudice ne soit dû à sa faute intentionnelle ou à sa faute lourde.

À cet effet, il importe de rappeler que l'article 3 paragraphe 14 de la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*³ détermine quels sont les rôles que le ministre de la Santé et des Services sociaux doit assurer dans une telle publicisation de ces règles:

Le ministre de la Santé et des Services sociaux a la responsabilité de déterminer les grandes orientations en matière d'organisation des services préhospitaliers d'urgence. Il propose et élabore des plans stratégiques et des politiques, définit les modes d'intervention, élabore et approuve les protocoles cliniques et opérationnels en cette matière.

Plus particulièrement:

14) il favorise l'implication de la population à titre de premier intervenant dans le cadre de l'organisation des services préhospitaliers d'urgence en faisant la promotion, en collaboration avec les partenaires concernés, de ce rôle et de son importance auprès des personnes en détresse.

NO.4 que le Gouvernement fasse la promotion de l'importance du rôle du premier intervenant / secouriste

d) L'accès aux soins vitaux

Certaines entreprises ambulancières et d'autres organisations ont déjà commencé, dans les endroits stratégiques, à installer des défibrillateurs automatiques (DEA). Il s'agit de belles initiatives que nous ne retrouvons malheureusement pas partout en province.

³ *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence*, R.L.R.Q. c. S-6.2, ci-après appelée la LSPU

Selon les statistiques, dans 70% des cas d'arrêt cardiaque, des témoins sont présents et pourraient agir. À Seattle, par exemple, où l'installation de défibrillateurs est généralisée, le taux de survie est estimé entre 20 et 30 %, alors qu'en France où un tel modèle n'est pas appliqué, le taux de survie n'est que de 2 à 3%. Les TAP sont souvent confrontés aux témoins de scènes d'accident ou d'urgences médicales qui ne font rien en attendant les secours.

Par l'adoption, le 31 janvier 2014, de la *Loi sur l'accès du public aux défibrillateurs*⁴ le gouvernement manitobain obligeait les propriétaires de lieux désignés à installer de manière stratégique des DEA, notamment dans les gymnases, les patinoires, les centres communautaires, les terrains de golf, les écoles et les aéroports.

N'importe quelle personne peut utiliser un DEA de façon sécuritaire, et ce, sans qu'elle n'ait au préalable reçu une quelconque formation. La seule condition est qu'elle puisse lire les instructions et suivre les instructions verbales de l'appareil. Le DEA analyse le rythme cardiaque de la victime d'un arrêt cardiaque pour déterminer si une défibrillation est nécessaire. Si c'est le cas, le DEA demande à l'intervenant d'appuyer sur un bouton pour qu'il administre une décharge électrique appropriée. Bien que l'installation des défibrillateurs soit de plus en plus répandue au Québec aucun programme ne l'encadre, aucune règle ne l'oblige⁵ et aucun moyen ne la publicise. Une telle installation n'est basée que sur la bonne foi des propriétaires d'établissements.

No.5 que le Gouvernement du Québec instaure un programme pouvant mener à l'adoption de règle législative sur l'installation stratégique des DEA et qu'il en fasse la promotion

e) Solutions technologiques

L'arrivée des téléphones portables intelligents et la géolocalisation permettraient d'affecter rapidement un secouriste certifié dès lors qu'il est près d'une situation urgente, et ce, de manière à lui indiquer l'emplacement stratégique d'un DEA ou d'une trousse de secours complète. L'utilisation d'un tel moyen technologique lui permettrait d'être en mesure de prodiguer les premiers soins en attendant l'arrivée des services professionnels des TAP.

⁵ Il y a bien eu en 2012-2013 une initiative nationale liée aux défibrillateurs externes automatisés (DEA) qui avait été mise sur pied par le gouvernement fédéral, mais il ne semble pas y avoir eu d'autres initiatives du même genre par la suite.

Bien que le projet soit toujours embryonnaire au Québec, souvenons-nous qu'en 2019 on pensait à la livraison de défibrillateur par des drones téléguidés. Cette avenue qui semble futuriste, a pourtant fait l'objet d'une étude en Suède laquelle venait démontrer que le drone était en mesure d'arriver à une adresse en moyenne 16 minutes plus rapidement que l'ambulance. Il aurait lieu de s'interroger sur le coût de l'utilisation d'un tel moyen technologique au regard du bénéfice qu'on peut en tirer de sauver une vie, particulièrement pour des régions éloignées ou pour des endroits difficiles d'accès, comme des camps de chasse ou de pêche ou encore des parcs provinciaux ou fédéraux souvent situés en montagnes.

f) Offrir à la population une formation en secourisme de base

Au Québec, la formation de secourisme n'est pas obligatoire à moins que celle-ci ne soit dispensée par une entreprise où un travailleur doit détenir un certificat de secourisme en milieu de travail. On peut penser notamment aux travailleurs de la construction ou aux intervenantes en service de garde.

Si un citoyen désire suivre ce type de formation, il devra personnellement déboursier les coûts afférents pour un cours de base en secourisme comprenant généralement une formation en RCR. L'autre solution qui s'offre à lui est de s'impliquer dans un organisme bénévole tel que l'Ambulance St-Jean ou la Croix-Rouge. Les coûts reliés à une telle formation n'encouragent pas le simple citoyen à ce type d'investissement de temps, d'énergie et d'argent.

Dans leurs recommandations, les auteurs du rapport Dicaire demandent au ministère de l'Éducation du Québec d'intégrer dans ses programmes de niveaux primaire et secondaire, une formation de secourisme de base et d'en assurer l'actualisation au niveau collégial.

Nous pouvons citer en exemple la formation *héros en trente* qui est une formation de 30 minutes offerte par les instructeurs de la fondation des maladies du cœur et de l'AVC. Cette formation est une version simplifiée donnée en 30 minutes aux citoyens désirant connaître les méthodes de désobstruction de voies respiratoires le RCR et l'utilisation d'un DEA. Les TAP d'Urgence santé offrent d'ailleurs cette formation gratuitement dans certains événements.

No.6 que les TAP soient impliqués davantage comme responsable instructeur en secourisme et qu'ils puissent enseigner dans les différents milieux tels les établissements scolaires, les établissements de santé et les milieux de travail

La formation de secourisme de base n'est pas obligatoire au Québec et nous croyons que si celle-ci était dispensée par le ministère de l'Éducation, et ce, en l'intégrant au programme des niveaux primaire et secondaire, « il y aurait une continuité et un intérêt à développer un intérêt pour les premiers soins chez les citoyens tout au long de leur parcours scolaire. Une telle formation pourrait même être complétée par une formation obligatoire en « RCR défibrillation » en vue de l'obtention du permis de conduire. Afin de rassurer les premiers intervenants à l'égard des risques de poursuites, un cadre législatif bonifiant la loi « du bon samaritain » pourrait protéger les actes des secouristes de premier niveau. Les rapports Ouellet et Dicaire rappellent l'importance de la formation en secourisme de base et recommandent que le ministère de l'Éducation l'inclue dans ses programmes scolaires, des programmes à l'intérieur desquels les TAP pourraient être d'excellentes personnes-ressources et formatrices.

En comparaison avec d'autres provinces ou états la situation au Québec est déficiente à ce niveau puisque si l'on regarde nos voisins on pourra y constater que chez eux, la formation en RCR et sur l'utilisation d'un DEA sont obligatoire.

En considérant que chaque minute qui passe réduit le taux de survie de 10% et que les longues minutes d'attente qui s'écoulent avant que les secours ne soient prévenus et qu'ils arrivent sur les lieux contribuent à cette diminution des chances, il est donc primordial que des améliorations soient apportées relativement aux connaissances et de formation de la population.

Il est donc plus que temps que le Québec mette en place les recommandations des rapports antérieurs Dicaire et Ouellet et qu'il forme sa population en ce sens. À cet effet, nous croyons que les TAP, en collaboration avec les organismes déjà en place, sont parmi les meilleurs acteurs pour développer de telles mesures et ainsi valoriser l'apport du citoyen et du premier intervenant dans la chaîne de survie. Comme nous l'indiquions précédemment, il s'agirait là aussi d'un excellent moyen de sensibilisation et de cheminement de carrière pour certains et donnerait la chance aux TAP de faire la promotion des soins préhospitaliers d'urgence.

No.7 que la recommandation du rapport Dicaire à l'effet d'intégrer dans les programmes des niveaux primaire et secondaire, une formation obligatoire en secourisme de base soit appliquée

No.8 qu'une formation obligatoire en RCR et utilisation de défibrillateur soit dispensée à l'obtention d'un permis de conduire.

No.9 que les paramédics conjointement avec les organismes déjà en place développent la formation et en soit les instructeurs afin de susciter l'intérêt des services préhospitaliers d'urgence chez les étudiants

3.2 Types et niveaux de soins

Nous aborderons dans cette sous-section les niveaux de soins de chaque intervenants terrains impliqués dans la chaîne de survie.

a) Premier intervenant :

Le niveau de soins offerts par les différents organismes encadre bien, selon nous, les besoins de la population en termes de réponse immédiate d'un secouriste citoyen, appelons le ici le « premier intervenant. » Nous pensons notamment aux soins immédiats, tels que le RCR, la défibrillation avec DEA, le contrôle des hémorragies, le dégagement des voies respiratoires, etc. Toutefois il y a encore des améliorations qui doivent être apportées, notamment sur l'uniformité de la formation en secourisme de base chez le premier intervenant.

Il aurait lieu ici d'établir également une structure pour chaque premier intervenant en sensibilisant, dès le plus jeune âge, les enfants à demander les secours en composant le 911 et en appliquant des techniques de secourisme de base...

Enfin, nous sommes d'avis que si nous voulons former un maximum de citoyens, la formation doit être simple et efficace. Le dégagement des voies respiratoires, la désobstruction des voies respiratoires, le RCR avec utilisation d'un DEA et le contrôle des hémorragies graves nous apparaissent suffisants.

b) Premiers répondants :

D'entrée de jeu sur ce point, précisons qu'il y aurait lieu selon nous de bien distinguer les définitions de premier intervenant et de premier répondant, lesquelles portent souvent à confusion quant aux rôles et aux responsabilités de chacun. Le public a tendance à penser que le premier répondant est celui qui est témoin de l'incident nécessitant l'intervention des services préhospitaliers d'urgence. Une nouvelle mouture législative de la définition de premier intervenant serait donc appropriée.

Les premiers répondants au Québec agissent principalement lorsque l'effectif ambulancier n'est pas disponible ou qu'il ne peut assurer une réponse plus rapide que le premier répondant, lequel est affecté à une urgence par un CCS. C'est le cas dans certaines municipalités sans service ambulancier. Les premiers répondants travaillent de pair avec les TAP. Dans les régions plus urbaines, le service de premier répondant est souvent assuré par le service de protection contre les incendies. Il s'agit notamment du cas de la ville de Lévis et de Montréal.

Il existe trois niveaux de premiers répondants (PR) au Québec soit le PR de niveau 1, qui intervient sur les arrêts cardio-respiratoires et lors de réactions anaphylactiques en utilisant ainsi un DEA ou en administrant l'épipen. Le PR de niveau 2 bénéficie en plus d'une formation en traumatologie. Quant au PR de niveau 3, ils sont quant à eux affectés sur les appels urgents notamment lors de douleurs thoraciques et peuvent aussi assister le patient dans la prise de sa propre médication.

La LSPU décrit le premier répondant comme un intervenant agissant en complémentarité du technicien ambulancier qui lui voit à appliquer les protocoles appropriés visant la prévention de la détérioration de l'état de la personne en détresse, pour par la suite transférer au TAP la responsabilité des interventions une fois son arrivée sur les lieux⁶. En ce sens nous sommes d'avis que le niveau de soins du premier répondant répond bien aux besoins de la population.

Le rôle du premier répondant est pour notre organisation suffisant à la demande préhospitalière. Il ne faudrait pas que l'on dédouble les coûts d'un service à la population en confiant à d'autres intervenants spécialisés, eux aussi dans certains services d'urgence, comme le service des incendies pour ne pas le nommer, la responsabilité des soins que les TAP sont déjà en mesure d'assumer, notamment par un accroissement de leur spécialisation déjà reconnue.

Une telle façon de faire n'aurait pour effet que de transférer le fardeau financier à un autre niveau, notamment celui des municipalités, qui devraient s'équiper plus adéquatement pour assurer un tel nouveau service. De surcroît, ce ne sont pas toutes les municipalités qui seraient en mesure d'absorber une telle responsabilité financière et de gestion administrative.

Finalement, il est de notre avis que de telles modifications aux services préhospitaliers d'urgence porteraient à confusion dans la population, cette dernière étant habituée depuis fort longtemps à une catégorisation des services offerts par chacun des corps d'emploi.

⁶ Art. 39 LSPU.

Si le comité national tendait à recommander l'implantation plus importante des premiers répondants à travers le Québec, il serait primordial selon nous de ne pas retarder l'amélioration des services ambulanciers en contrepartie.

C) Niveau de soins des TAP québécois

1) TAP soins primaires :

Les paramédics soins primaires du Québec appliquent plus d'une soixantaine de protocoles, quatorze techniques telles que l'électrocardiogramme à 12 dérivations, la pose de tourniquet lors d'une hémorragie incontrôlée, l'utilisation de l'oxylator etc . Ils administrent également le glucagon, l'épinéphrine, la naloxone, le fentanyl, le salbutamol, la nitro et l'aspirine.

Le niveau de formation et d'actes délégués a subi un bond impressionnant au niveau du TAP soins primaires. Le TAP soins primaires québécois représente le niveau de soins auquel la majorité des TAP se qualifient. Sous ce volet le Québec se compare avantageusement avec d'autres provinces, notamment sur la gestion des difficultés respiratoires sévères, alors que les TAP ont la possibilité d'installer à un patient une valve de Boussignac conjointement à l'administration de nitroglycérine et de salbutamol.

Nous dénotons par contre un écart par rapport à d'autres provinces comme l'Île-du-Prince-Édouard, notamment au sujet de l'administration de plusieurs médicaments tel que le tylenol, le dextrose 50, le gravol, le benadryl, le tetracine (anesthésique local) et le toradol (ains). En effet, si on peut se différencier par une bonne prise en charge des difficultés respiratoires, les TAP de niveau soins primaires ailleurs au pays administrent plus de médicaments que les TAP québécois. Ils sont également habilités à installer une voie intraveineuse au patient, ce qui permet de réduire le besoin de personnel médical lors d'un transfert interhospitalier, tout en permettant également l'administration de médication essentielle.

Des protocoles de type « treat and release » ont vu le jour ailleurs dans le monde. Des protocoles de traitement et de libération (T&R) qui permettent aux patients d'être traités par le personnel des services préhospitaliers d'urgence, sans qu'il ne soit nécessaire de les transporter à l'hôpital ou de les référer à un établissement de santé. Ces nouveaux protocoles ont été conçus pour permettre la prestation de soins primaires adéquats sans compromettre la capacité du personnel préhospitalier de répondre à d'autres urgences, ceci afin d'éviter d'encombrer l'urgence d'un centre hospitalier. Aux États-Unis, il a été constaté que l'application des protocoles de T&R réduit les admissions aux urgences et l'hospitalisation d'un patient.

Dans la même veine pourquoi les TAP ne pourraient-ils pas suturer une simple plaie pour, par la suite, après avoir fait une évaluation médicale adéquate du patient, conseiller à ce dernier de faire un suivi auprès de son médecin traitant? Combien de patients sont transportés au centre hospitalier pour une urgence mineure simplement parce que les responsables de la résidence ont donné l'ordre « d'appeler l'ambulance pour une chute, et ce, même s'il n'y a aucun signe ou risque de traumatisme »? L'expression « on ne prendra pas de chance » provoque une surutilisation des services préhospitaliers d'urgence. Comme les TAP n'ont aucun droit de refus, ils sont obligés, dans de telles circonstances, de transporter l'utilisateur, plutôt que de le soigner et de le référer.

Cette façon de faire audacieuse permettrait aux TAP de traiter le patient sur place, sans pour autant être obligés de le transporter vers un centre hospitalier et, lorsque la situation l'exige, de le conseiller afin qu'il consulte un professionnel d'un établissement de santé approprié à sa situation (médecin de famille, clinique de santé, etc). Cela permettrait de désengorger le système préhospitalier et hospitalier tout en prenant adéquatement soin du patient et en le référant ou le transportant ailleurs que dans une salle d'urgence.

En ce sens le rapport Ouellet recommande « *d'élaborer des mesures pour que l'utilisateur demandeur d'une ambulance puisse être dirigé vers un autre endroit qu'une salle d'urgence ou véhiculé par un transport alternatif, selon des critères dûment approuvés par le corps médical.* » Nous reviendrons plus tard sur notre vision du transport alternatif.

Recommandation no.10

Que les TAP soient autorisés à recommander ou transporter l'utilisateur vers un autre endroit qu'une salle d'urgence sous l'approbation du corps médical

2) TAP soins avancés :

Les TAP en soins avancés pourront à la suite d'une formation universitaire, administrer des soins plus spécialisés au niveau préhospitalier. Ils pourront entre autres effectuer des trachéotomies et de la cricothyroïdotomie, en plus des intubations endotrachéales. Ils pourront aussi administrer des perfusions intra-osseuses ou procéder au déblocage des voies respiratoires à l'aide de pinces, à la stimulation cardiaque externe ou transcutanée, à la thoracotomie à l'aiguille ou encore ils pourront administrer plusieurs médicaments.

Les TAP et ce, peu importe leur région et selon la réalité et les besoins de leur région, devraient avoir l'opportunité de se former pour pouvoir donner tout type de niveau de soins. Comme on le sait, dans les zones régionales, le temps de transport est généralement beaucoup plus long que dans les régions urbaines ce qui amène souvent les TAP à constater à leur arrivée une dégradation de l'état du patient, et ce, sans qu'ils puissent administrer des soins de type plus avancé.

Pour ces raisons, le Québec devrait s'inspirer de l'exemple de l'Île-du-Prince-Édouard, alors que quelques équipes ambulancières sont constituées d'un TAP de soins primaires et d'un TAP de soins avancés qui se partagent les tâches selon le besoin de l'intervention. D'autres paramédics de soins avancés sont seuls à bord d'un véhicule d'urgence et portent assistance aux autres équipes lorsque leurs interventions est nécessaire.

Selon le site d'Urgence santé, le Québec compte seulement une vingtaine de TAP en soins avancés qui œuvrent principalement dans la région de Montréal et qui, pour se qualifier, ont dû suivre un cours universitaire d'une durée de 2 ans.

Recommandation no.11

Afin de répondre aux besoins de la population, implanter des TAP formés en soins avancés.

3) TAP soins critiques :

Au Québec il n'existe aucun TAP de soins critiques. Normalement les TAP en soins critiques exercent des fonctions d'accompagnement dans des milieux spécialisés tels les ambulances aériennes, les systèmes de transport de soins critiques ou les centres hospitaliers de haut niveau ayant un service d'urgence, une unité de soins intensifs et

d'autres unités de soins spécialisés. Ils font souvent partie de l'équipe soignante qui comprend des infirmières, des thérapeutes respiratoires et des médecins.

Ce type de TAP aurait un rôle très spécialisé et pourrait œuvrer dans les régions éloignées où certaines localités n'ont aucun établissement de soins de santé. À titre d'exemple, prenons le cas de la municipalité en région éloignée où il n'y a pas de CLSC, mais uniquement des dispensaires. Le TAP en soins critiques pourrait être responsable de stabiliser la personne malade en prodiguant des soins appropriés avant que le patient soit transféré par voie terrestre ou hélicoptée ...

Recommandation no.12

Instaurer un programme de formation pour les TAP en soins critiques afin de développer un plan de carrière en optimisant la ressource.

4) TAP communautaire :

Pour l'instant il n'existe pas officiellement de TAP communautaire au Québec.

Afin de rentabiliser ou de rendre efficace la poursuite des soins, de pallier à un certain manque d'effectif et aussi d'éviter une visite additionnelle au centre hospitalier, les TAP pourraient être appelés à faire les suivis à domicile auprès des patients afin d'éviter qu'ils soient de nouveau hospitalisés. Ils pourraient ainsi les aider à gérer, entre autres, plusieurs maladies chroniques. Ils pourraient vérifier les signes vitaux tout en renforçant les plans de soins et les sensibiliser à la prise de leur médication ou encore les conscientiser à suivre leur plan de nutrition. De telles visites pourraient servir par la même occasion à contrer la solitude de certaines personnes vivant dans l'isolement. Évidemment, il y aurait lieu de s'assurer de ne pas empiéter sur les compétences du corps infirmier, au même titre que, comme nous le soulignons précédemment, les services incendies ne devraient pas entrer en conflit de compétences avec les TAP.

Le TAP communautaire pourrait aussi faire le suivi des interventions des premiers répondants et des autres intervenants d'urgence. Nous pensons ici au simple citoyen qui a agi comme premier intervenant afin de faire l'évaluation du patient. Cela constituerait une façon d'encourager et de développer cette pratique, de la valoriser. Cela permettrait même, dans certains cas de faire un suivi après une intervention difficile.

Dans une vidéo produite par le British Columbia Emergency Health services, les témoignages du ministre de la Santé de la Colombie Britannique, de médecins, d'infirmières, de TAP et de patients sont éloquentes sur l'efficacité d'un tel programme.

Certains programmes de paramédecine communautaire ont vu le jour dans d'autres provinces. C'est notamment le cas en Ontario et en Alberta où les TAP assument les rôles précédemment décrits.

Comme nous le précisions antérieurement, la formation en RCR et secourisme de base n'est pas très répandue au Québec, le TAP communautaire pourrait être un bon agent de transmission d'une telle formation et ce, en collaboration avec les organismes déjà en place comme les enseignants, la CNESST, l'Ambulance St-Jean et la Croix-Rouge.

Le rapport Ouellet recommande d'entamer une réflexion nationale sur le plan de carrière dans le but d'optimiser ces ressources. À cette fin, à partir des expériences vécues ailleurs et de projets pilotes bien encadrés, il suffirait d'élaborer un plan stratégique afin de valoriser le rôle du TAP : soins avancés, TAP communautaire, agent de formation et de prévention auprès du public.

Notre organisation syndicale a la chance de participer et d'appliquer le protocole REMI (RÉagir au phénomène du suicide, Mobiliser et Intervenir en continuité) implanté depuis 2006 sur le territoire de Beauce-Etchemins. Ce protocole permet une meilleure prise en charge d'un usager ayant des idées suicidaires afin qu'il puisse bénéficier d'un suivi adéquat, lui évitant ainsi de se rendre à l'urgence d'un centre hospitalier. Il s'agit là pour nous d'une forme de soins communautaires qui met l'emphase sur l'expression « le bon patient, à la bonne place ».

Recommandation no.13

Mettre en place un programme de TAP communautaire en collaboration avec le corps infirmier.

3.3 Formation et encadrement des intervenants (TAP)

Nous verrons dans cette sous-section l'historique de la formation, le programme national d'intégration clinique, la formation continue, la formation spécialisée, les différentes structures qui assurent l'assurance qualité, l'ordre professionnel et le soutien médical aux opérations.

Nous constatons depuis les dernières années une véritable amélioration de la formation des TAP. De simples transporteurs qu'ils étaient au début de leur pratique,

les TAP sont aujourd'hui des acteurs importants pour administrer des soins de qualité aux personnes en situation de détresse, et ce, grâce à cette formation qu'ils ont reçue. Le TAP, bien que chapeauté par différents et nombreux protocoles, jouit d'une très grande autonomie et a démontré au fil du temps qu'il possédait un grand sens de la débrouillardise. Nous aborderons ici l'historique de la formation, la formation continue, le PNIC, la formation spécialisée, l'ordre professionnel ainsi que la formation entre intervenants.

a) Historique de la formation :

Au tout début, lors de la création de l'emploi de ce qui était convenu d'appeler, un ambulancier, une quinzaine d'heures de formation suffisait. Le matériel médical et les véhicules utilisés pour les transports étaient très peu adaptés. Au fil des années, le gouvernement a modifié plusieurs aspects du métier par l'adoption de certaines lois et l'application des certaines recommandations découlant de divers rapports dont l'objectif était d'améliorer et de mieux d'encadrer les services préhospitaliers. Ces changements ont énormément contribué à l'avancement de la profession de TAP. Notre organisation croit toutefois qu'il y a encore du travail à faire afin de veiller à l'évolution du système préhospitalier au Québec.

Les différentes réformes ont impliqué un rehaussement progressif du niveau de formation des intervenants québécois dans les services préhospitaliers d'urgence. En 1970, lorsque les transports ambulanciers étaient assurés par les compagnies funéraires, une simple formation de 15 heures, en secourisme suivie chez Ambulance St-Jean était suffisante. Quelques années plus tard, la *Loi sur la protection de la santé publique* a été adoptée et exigeait une formation obligatoire de 150 heures pour le « préposé » et de 40 heures pour le conducteur d'ambulance. En 1985, le Rapport Marois jetait les premières bases de la professionnalisation de TAP, en insistant sur la nécessité d'offrir une formation plus poussée et obligatoire de 336 heures. Par la suite, en 1988, la *Loi sur la santé et les services sociaux* exigeait que la formation des techniciens soit augmentée à 825 heures. En 1993, l'emploi de TAP a vu l'implantation de l'attestation d'études collégiales en techniques ambulancières. Le rapport Dicaire recommandait la création du diplôme d'études collégiales en soins préhospitaliers d'urgence. Ce programme débutait en 2006 et comptait quelques 2745 heures d'études et de formation. Les TAP actuellement à l'œuvre dans les services préhospitaliers d'urgence ont donc eu des formations très différentes. En 2011, Le ministère de la Santé et des Services sociaux mettait sur pied le Registre national qui permet d'attester de la compétence d'une personne à exercer à titre de TAP dans l'ensemble du Québec grâce à une carte de statut. Depuis 2014, il est obligatoire

d'avoir un diplôme d'études collégiales ou l'équivalent en formation continue pour exercer le métier de TAP.

b) Le programme national d'intégration clinique

Les finissants en techniques de soins préhospitaliers d'urgence doivent réussir le programme national d'intégration clinique. Nous constatons que cet examen a un taux d'échec questionnable, que les délais entre la reprise possible de celui-ci sont importants et découragent certains étudiants finissants en vue de leur future carrière. Notre organisation croit qu'un finissant qui obtient son diplôme en SPU pourrait bénéficier d'un statut de candidat à la profession en attendant de réussir le programme national d'intégration clinique.

Ceci permettrait en outre aux nouveaux candidats d'acquérir une expérience terrain, d'avoir un lien d'emploi, de subvenir à des besoins financiers et contribuerait aussi à diminuer cette pénurie de main d'œuvre.

Recommandation no 14.

Qu'un programme de candidat d'exercice à la profession soit mis en place pour les étudiants finissants en techniques de soins préhospitaliers d'urgence.

c) la formation continue

La formation continue a toujours fait partie de l'apprentissage des ambulanciers. Au commencement elle était de mise, puisque la formation initiale des paramédics était inégale d'un technicien ambulancier à l'autre. Puis la profession a évolué, le collège des médecins a augmenté le nombre d'actes médicaux (actes demandés) autorisés dans le milieu préhospitalier et les paramédics ont dû recevoir et réussir la formation en lien avec ces nouveaux actes.

En vue de l'amélioration du système préhospitalier, le collège des médecins doit d'abord se réunir en conseil, puis les membres du conseil se consultent sur les possibilités de nouvel acte et ils conviennent ensemble de ce qui pourra être appliqué par les paramédics. La direction médicale nationale (DMN) conçoit la formation, en fonction des balises autorisées par le collège des médecins, elle doit établir les priorités

entre les possibles formations, établir les coûts qui y sont reliés, considérer l'ajout ou le changement d'équipement et elle doit cerner le besoin ponctuel. Évidemment, le rajustement des protocoles déjà existant comme l'ajout de la capnographie en réanimation ou les changements en traumatologie sont prioritaires aux nouveautés, tel que les pinces de Magill pour dégager les voies respiratoires obstruées ou l'administration de nouveaux médicaments comme le midazolam pour les convulsions. L'arrivée du fentanyl à Montréal, a précipité le déploiement de la formation sur la naloxone, puisqu'un grand nombre de décès sont survenus en peu de temps. La direction médicale nationale mandate alors une équipe de formateurs à Urgence-santé, ce sont eux qui sont chargés de modifier ou créer un protocole, de construire la formation et la documentation ainsi que de transmettre l'enseignement aux formateurs régionaux.

En ce qui concerne les régions, chaque CISSS est responsable des formations au niveau régional. C'est le directeur médical et le coordonnateur médical qui développent les sujets de formation, selon le besoin et les ressources de la région. Les formateurs régionaux sont alors invités à développer la matière de la formation. Depuis une dizaine d'années, Chaudière-Appalaches a su se démarquer avec l'élaboration de plusieurs formations telles que la télémétrie, l'administration d'analgésiques, les constats de décès à distance, mesures d'urgence, etc.

Comme le champ d'intervention des TAP tend à s'élargir, des formations obligatoires élaborées par les CISSS ou les CIUSSS, sous l'égide du gouvernement, doivent être suivies et réussies par les TAP sur une base continue, soit quelques fois par année afin de maintenir leurs inscriptions au Registre national. La formation continue est étroitement liée à l'évolution de la profession et permet une certaine reconnaissance de celle-ci. Bien que la formation continue permette le rehaussement des compétences des TAP, elle varie malheureusement d'une région à l'autre et certaines formations tardent à être transmises aux TAP sur le terrain, ce qui nuit à l'avancement du système préhospitalier. Nous pensons notamment à la formation pour l'administration d'analgésiques qui est toujours absente dans certaines régions administratives du Québec. En ce qui concerne la formation donnée à l'interne par les entreprises ambulancières, on remarque des divergences entre celles-ci. Les entreprises ambulancières gèrent la formation à leur guise et elles ne semblent respecter aucune des lignes directrices établies par le ministère. Bien qu'on agisse ici de bonne foi, la consolidation et le maintien des acquis sont plutôt disparates d'un technicien à l'autre, la formation interne devrait être plus standardisée au sein des différentes compagnies.

C'est la seule lacune que nous pouvons constater à ce niveau et nous estimons qu'un resserrement de la supervision de ces formations par le ministère, responsable en vertu de la LSPU, des règles de formation, serait approprié. En ce sens, le niveau et le type de formations données sont suffisants et répondent aux besoins des TAP. Toutefois la supervision est déficiente. Contrairement à certains - et nous y reviendrons subséquemment - la mise sur pied d'un ordre professionnel responsable de telles formations n'aurait pas pour effet de bonifier la situation ou de résoudre cette problématique, puisque les TAP seraient seuls responsables financièrement de celles-ci étant donné qu'il est fort peu probable que les employeurs manifestent le désir collectif d'en assumer les coûts.

Recommandation no.15

Renforcer la structure et l'uniformisation des formations à l'interne dispensées par les entreprises ambulancières

Recommandation no.16

Inclure les TAP dans le processus décisionnel pour la dispensation de nouvelles formations

Recommandation no.17

Uniformiser la formation au niveau provincial en réduisant les délais afin que l'ensemble des paramédics bénéficie de nouvelles formations

d) la formation spécialisée

Bien que nous ayons assistés à une amélioration notable de la formation des TAP, celle-ci se limite principalement à un seul type de niveau de soins. Pour l'ensemble du Québec, mise à part une poignée de TAP œuvrant chez Urgence Santé, il n'existe qu'une seule catégorie de TAP, soit celle des TAP soins primaires.

La possibilité de suivre une formation et d'appliquer des soins avancés est impossible dans les autres régions du Québec. De plus, il appert qu'il est décourageant pour une grande majorité de TAP de suivre un programme universitaire en soins avancés d'une durée de 2 ans à l'université de Montréal afin de pouvoir prodiguer ce type de soins.

Or, la multitude de formations de niveau soins primaires dispensées à l'aide d'une formation continue est fonctionnelle et a fait ses preuves! Nous sommes d'avis que les TAP qui se qualifient pourraient suivre ce type de formation sur le même modèle que la formation continue. Cette formation pourrait même être suivie à distance pour une bonne partie. Les éléments de formation pratique pourraient par la suite être dispensés en présentiel.

Il nous apparaît donc important que ce type de formation, soit plus accessible au Québec.

Cette avenue permettrait ainsi un cheminement de carrière qui est pour l'instant inexistant pour les TAP québécois.

Recommandation no.18

Permettre la formation à distance des éléments théoriques des soins avancés et permettre la formation des éléments pratiques par la formation continue.

Maintien des compétences par la formation continue :

D'un autre côté, nous constatons malheureusement que certains TAP en fin de carrière ont ou auront de la difficulté à réussir les formations obligatoires nécessaires à l'acquisition de nouvelles compétences. Il y a lieu de s'interroger sur la description du TAP soins primaires afin de permettre ainsi aux TAP, en fin de carrière, de pouvoir exercer leur profession selon leur degré de formation, de parfaire leurs connaissances et de maintenir un degré de compétence adéquat, sans pour autant qu'ils ne soient dans l'obligation d'en développer de nouvelles. Il faut se rappeler que ces TAP ont su s'adapter à de nombreux changements et ont tenu à bout de bras le système ambulancier. Ils sont les artisans du domaine préhospitaliers et sans leur dévouement et leur implication cette profession ne serait pas où elle est présentement.

e) Encadrement des intervenants et le nécessité de créer un ordre professionnel

Les membres que nous représentons sont partagés sur la réelle nécessité d'un ordre professionnel pour les TAP et dont la mission première serait la protection du public. Est-ce que la création d'un ordre professionnel permettrait l'avancement de la profession? Quelle serait la valeur ajoutée pour le public que les TAP soient membres d'un ordre professionnel? A-t-on besoin obligatoirement d'un ordre pour être reconnu comme professionnel?

Pour ce qui est de la sécurité du public, nous estimons, à moins de preuves à l'effet contraire, que les mécanismes en place sont amplement suffisants pour assurer la qualité des services rendus au public. Nous estimons plutôt que la sanction des actes reprochés à des TAP peut amplement être obtenue par les mécanismes et les organismes mis en place par la *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* et son Règlement⁷, la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*⁸ et la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*⁹.

Pour TASBI, l'instauration d'un ordre professionnel n'apporterait aucune plus-value à la supervision des actes professionnels et à la supervision de la formation des TAP. Bien au contraire, l'instauration d'un tel ordre pourrait représenter un élément désavantageux à la rétention du personnel. En effet, les TAP ne bénéficient pas de conditions de travail, notamment au niveau salarial, qui leur permettraient d'assumer les obligations en lien avec une inscription à un tableau d'un ordre professionnel et les frais afférents à des inscriptions des formations annuelles.

À cet effet, rappelons ceci au soutien de nos affirmations.

La *Loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (ci-après appelée la « LSPU ») prévoit déjà les conditions que détermine le gouvernement et que doit remplir un TAP pour être inscrit, non pas à un tableau de l'ordre, mais à un équivalent, soit le Registre national de la main d'œuvre et ce, afin d'obtenir et conserver son statut et sa carte de TAP¹⁰.

De plus, c'est le gouvernement qui détermine les obligations de perfectionnement, de connaissances et d'évaluation des compétences auxquelles un TAP doit se soumettre dans une période de quatre ans pour maintenir son inscription au Registre national. La LSPU va selon nous assez loin, au regard de la protection du public, en exigeant que les renseignements contenus au Registre national, au-delà de ceux entourant l'identité d'un TAP, puissent permettre que l'on soit en mesure d'identifier le statut d'exercice d'un TAP, les activités de formation continue auxquelles il a participé, ainsi que la date de sa première inscription au Registre et celle de toute inscription ultérieure. L'article 64.1 de la LSPU va même jusqu'à reconnaître à de telles informations, un caractère public.

Toujours au niveau de la protection du public, les articles 65 et 66 de la LSPU prévoient que le TAP doit :

⁷ *Règlement sur les conditions d'inscription d'un technicien ambulancier au Registre national de la main d'œuvre*, RLRQ, chapitre S-6.2, r.1

⁸ RLRQ, chapitre S-4.2

⁹ RLRQ, chapitre P-31.1

¹⁰ Art. 63 et 64 al. 1 LSPU

- 1) Fournir à une personne dont l'état requiert son intervention les soins nécessaires, conformément au protocole d'intervention clinique élaboré par le ministre de la Santé et des Services sociaux;
- 2) Vérifier chez la personne concernée la présence de signes ou de symptômes permettant l'application des protocoles afin de prévenir la détérioration de son état de santé et, le cas échéant, la transporter avec diligence vers un centre exploité par un établissement receveur;
- 3) Respecter les protocoles élaborés par le ministre de la Santé et des Services sociaux, de même que respecter l'encadrement médical régional établi en vertu de la LSPU et participer à cet encadrement médical régional.

De telles règles sont semblables à celles imposées à d'autres professionnels par la *Code des professions* ou par les différents codes de déontologie adoptés par les différents ordres professionnels puisqu'elles définissent de manière générale les obligations professionnelles d'un TAP.

Autre élément important au niveau de la protection du public est celui relatif aux différents mécanismes de plaintes offerts à plusieurs intervenants qui œuvrent dans le milieu des services préhospitaliers d'urgence ou qui bénéficient de tels services. Ainsi, rappelons qu'en vertu de l'article 67 LSPU, un TAP peut faire l'objet d'une radiation permanente par un comité d'examen et ce, à la suite d'une demande formulée à cet effet par le Directeur régional des services préhospitaliers d'urgence, dans l'éventualité où un TAP ne respecte pas les obligations qui lui sont imposées en vertu de la Loi. De surcroît, un TAP peut aussi faire l'objet d'une mesure provisoire, lorsqu'il est nécessaire, en cas d'urgence, d'assurer la qualité des soins qu'il dispense. À cet effet, l'article 68 de la LSPU prévoit que le Directeur médical régional peut demander à un employeur de suspendre temporairement de façon totale ou partielle les affectations cliniques d'un TAP sous sa responsabilité et d'exiger de ce dernier qu'il apporte les correctifs qu'il estime nécessaires. De plus, toujours en vertu du même article, le Directeur médical national doit être informé de toute demande de suspension totale des affectations de ce TAP, de même que des correctifs qui lui ont été exigés.

À l'intérieur de ce processus rigoureux de protection des soins administrés à la population par les TAP, l'article 69 de la LSPU prévoit qu'il est possible pour le Directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence de demander à un TAP d'apporter les corrections nécessaires, dans un délai qu'il détermine, à sa pratique clinique. Il doit même en informer par la même occasion l'employeur du TAP concerné.

Finalement, si de telles mesures ne donnent pas les résultats escomptés, le Directeur médical régional peut demander au Directeur médical national des services préhospitaliers d'urgence de saisir le comité d'examen du dossier du TAP à qui des reproches sur la qualité des soins prodigués sont formulés.

Ainsi, ce comité, composé de gens en provenance du milieu de la santé et des services sociaux et du réseau de soins préhospitaliers d'urgence¹¹¹², sera constitué et ce dernier, dans le respect des règles de la justice administrative¹³ pourra notamment radier de manière temporaire ou permanente le TAP concerné. Une telle décision aura pour effet de faire perdre au TAP son statut et, par voie de conséquence, son emploi. Le TAP bénéficie toutefois d'un droit de contestation de sa radiation permanente devant le Tribunal administratif du Québec¹⁴.

À tout ce processus s'ajoute le processus de plainte par un usager. Comme le prévoit l'article 16 de la LSPU, ce processus est encadré par les sections III à VII du chapitre III, du titre II, de la Partie I de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* relatives à l'examen des plaintes par un usager.

Toujours à l'intérieur de ce processus de plainte déposé par un usager, rappelons que le comité de vigilance et de la qualité des services obligatoirement créé par le conseil d'administration d'un CISSS ou d'un CIUSSS¹⁵ veille à ce que ce dernier s'acquitte de ses responsabilités, en matière de qualité des services et de respect des droits des usagers ou des autres utilisateurs de services, relativement aux personnes, organismes ou fonctions qui peuvent faire l'objet d'une plainte en vertu de l'article 60 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* ou de l'article 16 de la LSPU.

À cet effet, rappelons aussi que l'usager peut non seulement faire une plainte en vertu de l'article 16 de la LSPU et ce, directement au CISSS ou au CIUSSS concerné mais que, de surcroît, il peut utiliser le processus de plainte prévu à l'article 60 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*. Finalement, ce même usager a un droit de plainte auprès du Protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux, à l'encontre des TAP¹⁶.

Rappelons que toutes ces plaintes, peuvent mener à des procédures de nature disciplinaire découlant des relations de travail entre l'entreprise ambulancière et le TAP concerné. En effet, bon nombre de conventions collectives prévoient un

¹¹ *Code des professions*, RLRQ, c. C-26.

¹² Art. 70 LSPU

¹³ Art. 71 et 74 LSPU

¹⁴ Art. 73 LSPU

¹⁵ Art. 412.1 et 412.3

¹⁶ Art. 8 par. 3 de la *Loi sur le protecteur des usagers en matière de santé et de services sociaux*

mécanisme disciplinaire dès lors que le mécanisme de plainte d'un usager est enclenché conformément à la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*¹⁷.

Au-delà de ces différents processus de plaintes, il ne faut pas oublier que l'employeur adopte souvent des normes de qualité, lesquelles s'ajoutent aux obligations légales du TAP et qui prévoient notamment que ce dernier doit exécuter son travail avec loyauté, prudence et diligence et dans le respect des normes de sécurité.¹⁸ Des manquements à ces obligations peuvent être sanctionnés par des mesures disciplinaires.

Ainsi, TASBI estime que les mesures de protection du public sont amplement suffisantes. Si tant est que le gouvernement voulait ajouter des règles d'éthique ou de déontologie, il pourrait le faire directement par l'adoption d'un règlement à cet effet découlant de la LSPU et ce, sans qu'il soit nécessaire de créer un ordre professionnel. D'ailleurs il existe un code de conduite provincial des techniciens ambulanciers-paramédic du Québec. À titre d'exemple, rappelons que pour ses propres employés, le Gouvernement du Québec a adopté un *Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique*¹⁹ dans le cadre de l'application de la *Loi sur la fonction publique*²⁰. Une telle mesure pourrait tout aussi bien s'adapter et s'appliquer aux TAP, sans qu'il soit nécessaire, considérant les propos précédents, de créer un ordre professionnel, étant donné les obligations auxquelles doivent s'astreindre les TAP et les processus de surveillance de la qualité de leur prestation de travail mis en place.

Nous estimons aussi nécessaire d'apporter des commentaires à l'égard de certains qui revendiquent la constitution d'un ordre professionnel parce que cela permettrait, selon eux, d'assurer une meilleure confidentialité du dossier de l'utilisateur patient.

Bien que l'adoption d'un règlement sur l'éthique et la discipline puisse bonifier cette obligation de confidentialité, nous tenons à rappeler que tous les TAP, en tant que salariés d'entreprises ambulancières, ont déjà une obligation à l'égard des usagers, laquelle obligation, en cas de contravention, peut être sanctionnée par le biais de mesures disciplinaires pouvant aller jusqu'au congédiement. En effet, l'article 2088 du *Code civil du Québec* prévoit cette obligation de confidentialité, à l'égard de la vie privée d'autrui, donc de celle d'un usager, notamment au niveau des soins qui lui sont prodigués et du contenu de son dossier médical. Tel que précisé à l'article 20.88 du

¹⁷ Clause 5.09 de la convention collective 2015-2020 signée entre l'Association des propriétaires ambulanciers régionaux (APAR), Dessercom et CSAQ et Les travailleurs ambulanciers syndiqués de Beauce inc. (TASBI)

¹⁸ Art. 2088 C.c.Q. et art. 49(2) et (3) L.S.S.T., RLRQ. c. S-2.1

¹⁹ RLRQ, chap. F-3.1.1, r.3

²⁰ RLRQ, chap. F-3.1.1

Code civil du Québec, ces obligations sont permanentes puisque les informations réfèrent à la vie privée d'autrui.

« **2088.** Le salarié, outre qu'il est tenu d'exécuter son travail avec prudence et diligence, doit agir avec loyauté et honnêteté et ne pas faire usage de l'information à caractère confidentiel qu'il obtient dans l'exécution ou à l'occasion de son travail.

Ces obligations survivent pendant un délai raisonnable après cessation du contrat, et survivent en tout temps lorsque l'information réfère à la réputation et à la vie privée d'autrui. »

Exiger la constitution d'un ordre professionnel pour que la reconnaissance de cette obligation soit sanctionnée est superfétatoire. Il revient aux employeurs d'assurer le respect de cette obligation et de la sanctionner en cas de défaut. Le fait de confier à un ordre professionnel le pouvoir de sanctionner la violation de cette obligation ne ferait qu'alourdir, voire doubler un processus, pour le rendre à la fois disciplinaire au niveau des relations du travail et disciplinaire au niveau d'un ordre professionnel.

Pour ce qui est de protéger les actes des paramédics ou d'améliorer leur champ de pratique, le rapport Ouellet recommande, par des mesures concrètes, la participation active des TAP aux structures décisionnelles traitant des SPU, de même qu'à la recherche et à l'amélioration des pratiques. En ce sens, est ce qu'il n'y aurait pas plus d'avantages de protéger les actes déjà en place et ajouter les prochains en modifiant la LSPU ou en adoptant un règlement à cet effet? Nul besoin de créer une autre structure qui s'ajouterait à celle du Registre national déjà suffisante et efficace et de mettre sur pied un ordre professionnel pour y arriver.

Finalement, comme nous le soulignons en introduction de cette section, le fait de mettre sur pied un ordre professionnel pour les TAP pourrait constituer une cause de désintéressement de la profession, notamment en raison des coûts exorbitants des cotisations professionnelles qui pourraient être exigées des TAP et des coûts de formation continue qui pourraient leur être imposés de manière obligatoire. Il est presque certain que, dans la négociation de conventions collectives avec les employeurs propriétaires d'entreprises ambulancières, ces derniers, en raison des contraintes budgétaires découlant des contrats signés avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, refuseront d'assumer eux-mêmes ces frais reliés à l'inscription à un ordre professionnel. Ainsi, la création d'un ordre professionnel aurait pour effet de forcer les TAP à déboursier des sommes substantielles en cotisations et en formation, ce qui aura pour effet de diminuer d'autant leur rémunération annuelle, dont le moyenne se situe à environ 60,000\$. Ce n'est pas avec les déductions fiscales

afférentes que les TAP pourront récupérer ces sommes perdues à moins que le gouvernement ne décide de donner aux entreprises les moyens financiers pour augmenter les salaires des TAP en conséquence.

Recommandation no 19.

Amender la *loi sur les services préhospitaliers d'urgence* (LSPU) afin de permettre la participation des TAP aux structures décisionnelles portant entre autres sur les actes réservés, le champ de compétence, les nouveaux actes, les différents types et niveaux de soins, inclure un code de déontologie et d'éthique.

f) Soutien médical aux opérations

Avec la venue de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) implantée au Centre hospitalier affilié universitaire Hôtel-Dieu de Lévis (CHAU-HDL) en juin 2006, les TAP de Chaudière-Appalaches pouvaient pour la première fois avoir accès à un soutien médical à distance. L'équipe de coordination est composée d'infirmières cliniciennes et de médecins œuvrant à l'unité d'urgence du centre hospitalier de Lévis. Depuis récemment sous forme de projet pilote, un paramédic est présent dans l'équipe. La principale fonction de l'UCCSPU est l'analyse d'un électrocardiogramme à 12 dérivations afin de déceler un infarctus du myocarde pour ensuite dévier le transport ambulancier vers un centre d'hémodynamie le plus près. Également depuis l'arrivée du Fentanyl les paramédics peuvent se faire prescrire un dosage d'analgésique à distance et lors de décès, un constat peut se faire par approbation d'un médecin le tout, encore une fois au bout du fil. Nous sommes d'avis que ce type de soutien médical à distance pourrait faire l'objet d'une implantation partout au Québec en permettant ainsi une aide précieuse aux paramédics. Nous sommes persuadés que des paramédics spécialement formés pourraient prendre en charge, avec les autres corps médicaux, cette avenue forte intéressante. D'ailleurs le rapport Ouellet recommande que l'encadrement médical en ligne soit accessible partout au Québec grâce aux hôpitaux de bases reconnus, avec des budgets bien définis, équitables et une reddition des comptes.

Recommandation no.20

Permettre aux paramédics ayant une formation spécialisée de faire de l'encadrement médical en ligne.

3.4 Modulation de l'offre

Nous aborderons dans cette sous-section la façon dont le système préhospitalier d'urgence répond à la demande des usagers dans diverses situations ou l'intervention des techniciens ambulanciers paramédic et des autres intervenants d'urgence est requise.

a) Types de transports

Les CCS attribuent les appels selon le Code Clawson, c'est-à-dire par priorité d'appel allant de l'urgence vitale (de niveau 0 et 1) jusqu'à l'affectation de type non urgent de priorité 7. Ils affectent également les équipes préhospitalières aux transferts inter-établissements qui, dans bien des cas, nécessitent l'accompagnement de personnel médical (infirmière, inhalothérapeute et médecin).

Récemment, les priorités 7 font l'objet d'évaluation téléphonique par une infirmière d'Info santé dans quelques régions du Québec afin de réorienter le patient vers un milieu de soins alternatifs à l'urgence du centre hospitalier.

Bien qu'on veuille aborder la question du transport alternatif, notre organisation fait preuve d'une grande réserve quant à cette avenue. Tant au niveau des appels non urgents transférés à une infirmière d'Info santé, qu'au recours au transport alternatif, il demeure un réel danger que la priorité d'appel soit sous-évaluée puisque dans certains cas, il aurait été nécessaire que le patient soit transporté par ambulance.

En effet, nous constatons sur le terrain que des affectations de priorité 7 non urgentes auraient dû être affectées en priorité 1. Bien que nous ne questionnions pas la compétence des autres intervenants, il nous apparaît évident qu'évaluer un usager au téléphone sans apprécier en présentiel sa condition clinique comportera toujours un risque.

Nous sommes d'avis que toute demande de services préhospitaliers et ce, peu importe son niveau de priorité, requiert une évaluation et une appréciation cliniques des TAP en présence de l'usager. Ce sont les TAP qui sont le plus en mesure de recommander l'usager ou de le transporter vers l'établissement de santé qui correspond le mieux à son état clinique en collaborant avec les autres autorités médicales.

Recommandation no. 21

Permettre aux paramédics d'effectuer du triage secondaire afin de diriger les usagers vers la ressource appropriée.

b) Inter-établissement

Les transferts interétablissements peuvent représenter un pourcentage important des opérations ambulancières mobilisant dans plusieurs des cas, une infirmière et/ou un autre membre du personnel du centre hospitalier et ce, afin de gérer notamment l'administration de certains médicaments ou d'agir tout simplement comme accompagnatrice. Notre organisation est d'accord avec la recommandation du rapport Ouellet qui indique de *prévoir que la plupart des transports interhospitaliers soient confiés à des TAP ayant les compétences requises (par exemple, la gestion d'un soluté), ce qui permettrait l'optimisation des ressources.*

c) Demandes socio-sanitaires

Les TAP sont souvent confrontés lors de leurs appels à des situation de détresse autres qu'une urgence préhospitalière notamment les patients souffrant de solitude, d'idées suicidaires, de problème d'organisation, d'hygiène, de toxicomanie et même de problèmes d'abus qu'ils soient physiques ou psychologiques.

Nous avons fait état précédemment d'un projet partenaire avec les CLSC, les travailleurs sociaux et la sureté du Québec auquel les TAP de notre organisation participe. Ce projet nommé « protocole REMI » qui a pour objectif de mieux encadrer le suivi des patients ayant des idées suicidaires. Ce projet est également appliqué chez les usagers souffrant de problèmes autres que ceux énumérés précédemment. Bien que dans certains cas, le résultat de l'intervention peut se solder par un transport ambulancier, l'utilisateur se verra offrir un suivi adéquat à sa situation.

Donc en identifiant des situations à risque, le TAP pourrait agir à titre de collaborateur afin de recommander le patient vers les services appropriés et ce, avant que surgisse une crise. Le partenariat et le respect des champs de pratique des autres intervenants est primordial.

En terminant nous croyons que les demandes socio sanitaires sont étroitement liées au futur de la paramédecine communautaire précédemment suggérée.

3.5 Desserte hors route

Les territoires du Québec ne sont pas tous facilement accessibles par voie terrestre et présente une complexité de taille face aux diverses situations où l'intervention des intervenants en sauvetage et d'évacuation est primordiale. Nous proposerons plusieurs recommandations en lien avec l'amélioration du support médical que pourraient apporter les TAP dans ces interventions extraordinaires.

a) Territoires isolés

Les interventions en territoires non-organisés représentent un énorme défi pour les intervenants. La distance et l'absence de route carrossable font en sorte que le temps d'accès à des soins médicaux urgents est extrêmement allongé. Les équipes faisant le sauvetage en territoires non-organisés ne sont pas des TAP et il n'y a pas de TAP dans l'équipe de sauvetage. La victime reçoit alors des premiers soins de base jusqu'à ce qu'elle soit ramenée au point de rencontre entre l'équipe de sauvetage et les TAP. Nous croyons qu'il serait pertinent qu'il y ait des TAP formés pour intervenir avec l'équipe de sauvetage. Ces TAP pourraient demeurer disponibles afin de répondre à une demande de sauvetage en territoires non-organisés. Par exemple, les TAP pourraient intégrer l'équipe de policiers de la sûreté du Québec afin d'être présents lorsque l'équipe arrive directement au chevet du patient. Cela permettrait de raccourcir considérablement l'accès à des soins préhospitaliers d'urgence qui seraient inscrits dans le continuum de soins du patient. Le rôle des intervenants de l'équipe de sauvetage serait donc d'emmener l'aide médicale jusqu'à la victime en premier lieu. Cela serait bénéfique pour le patient à court et à long terme. On peut simplement penser ici au risque d'aspiration bronchique lors d'un vomissement en position de décubitus dorsal. Un TAP réagira rapidement à cette situation puisqu'il est formé pour intervenir dans de tel cas. De plus, le rôle du TAP dans une équipe de sauvetage serait d'apporter des soins médicaux au patient. Cela laisserait la chance aux autres membres de l'équipe de se concentrer sur l'évacuation de la victime. Cette proposition s'inscrit en accord avec la proposition du rapport Dicaire qui stipulait que les besoins particuliers qui concernent les services préhospitaliers d'urgence notamment les mesures d'urgence, les événements spéciaux, les milieux particuliers tels que minier, forestier, nordique, aquatique et maritime ainsi que les zones touristiques soient prises en compte dans l'évaluation de l'organisation des services et reçoivent une réponse adéquate.

Recommandation no.22

Intégrer des techniciens ambulanciers – paramédics dans les équipes de sauvetage en territoires isolés

b) espaces occupés temporairement

Lorsqu'une entreprise d'exploration minière doit effectuer des forages dans un endroit loin de toute civilisation, ils y bâtissent des installations temporaires afin de loger leurs travailleurs. Ces entreprises engagent régulièrement des TAP afin qu'ils assurent les premiers soins en cas d'accident de travail. Elles savent que les TAP sont très bien formés en soins médicaux d'urgence et qu'elles ne seront pas obligées de former leurs propres secouristes. Il y a donc des avantages pour ces entreprises à faire affaire directement avec des TAP. Nous croyons qu'il serait avantageux de promouvoir cette pratique. En effet, ces travailleurs sont à plusieurs centaines de kilomètres du centre hospitalier le plus proche et un TAP est la personne la plus appropriée à prodiguer des soins préhospitaliers d'urgence. Les TAP ont l'expertise des soins extrahospitaliers d'urgence et dans ce genre de situation, ils sont certainement les plus aptes à réagir professionnellement malgré les conditions environnantes difficiles. De plus, les TAP sont en mesure d'évaluer la nécessité du moyen de transport utilisé afin de diriger la victime vers un centre hospitalier. Il est important de le faire puisque plusieurs facteurs entrent en jeu lors du transport médical. Si le patient a besoin de soins immédiats en transport, il ne serait pas approprié d'utiliser le moyen de transport habituel de la compagnie d'exploration minière. Par exemple, si un petit hélicoptère est utilisé en temps normal pour transporter les travailleurs, il ne serait pas approprié de l'utiliser en cas de blessure spinale. Il serait impossible d'immobiliser le patient en position de décubitus dorsal afin de le protéger de lésions à la moelle épinière. Les TAP étant les experts en soins préhospitaliers dans des conditions variables, nous croyons que des normes devraient être instaurées afin d'inclure des TAP dans les équipes de travailleurs en espaces occupés temporairement. Ces TAP pourraient recevoir une formation supplémentaire afin d'être préparés à ce type d'intervention.

Recommandation no.23

Promouvoir l'intégration d'un technicien ambulancier – paramédic comme responsable des soins médicaux d'urgence lors d'occupation temporaire de territoire.

c) Zone non-carrossables

Actuellement, le rôle des TAP se limite à toutes interventions accessibles par routes carrossables. L'équipe de sauvetage transporte le patient à un point de rencontre et les TAP en prennent la charge à partir de ce moment. Cependant, dans certaines régions du Québec, notamment en Beauce, l'équipe de sauvetage intègre les TAP dans leurs rangs lorsqu'ils se rendent au patient. Cela permet aux TAP de gérer les soins au patient et à l'équipe de sauvetage de s'occuper de l'évacuation. Les TAP sont également en mesure de mieux décrire la cinétique de l'accident ou le contexte de l'intervention à l'équipe médicale du centre hospitalier. Cela favorise un continuum de soins efficient pour les patients. Il est grand temps que les patients reçoivent des soins préhospitaliers aussitôt qu'ils sont pris en charge par les équipes de sauvetage. Le rôle de cette équipe serait donc de s'assurer que l'équipe de TAP soit en mesure de se rendre sécuritairement au chevet du patient lorsqu'il n'y a pas de voie carrossable. Par la suite, son rôle serait d'évacuer sécuritairement la victime et l'équipe de TAP des lieux de l'intervention. Ce changement de mentalité ne nécessiterait pas de grandes dépenses en formation ou autre. En effet, il n'y a nul besoin d'avoir une équipe dédiée de TAP en intervention en zone non-carrossable puisque ce sont les TAP qui sont affectés sur l'appel qui intègrent l'équipe de sauvetage. Leur sécurité sera assurée par le service qui gère l'intervention. Ces services sont généralement gérés par les services incendies ou par des organismes indépendants de sauvetage. Tout est déjà en place, il s'agit de changer les procédures afin d'améliorer la réponse préhospitalière auprès des patients.

Recommandation no. 24

Intégrer l'équipe de technicien-ambulanciers – paramédics répondant à l'appel d'urgence dans l'équipe de sauvetage en zone non-carrossable.

d) Aérienne

Le transport aérien médical est bien structuré au Québec. En effet, il y a à bord de l'avion ambulance une équipe médicale composée de médecins et d'infirmières et ils ont pratiquement tout ce dont ils ont besoin afin de prodiguer les soins aux patients. Nous n'aborderons donc pas la question du transport médical par avion-ambulance. Cependant, l'évacuation médicale par hélicoptère est une avenue sous utilisée au Québec. En effet, il y a bien Airmédic qui offre un service d'évacuation médicale

aérien. Nous croyons que ce genre d'entreprise devrait être incluse dans le réseau préhospitalier québécois au même titre que les entreprises ambulancières. En effet, cela pourrait être un excellent complément de transport rapide vers un centre hospitalier spécialisé. Avec la mise en place des corridors de services traumatiques, les patients sont transportés directement en centre hospitalier tertiaire. Les études ont démontré les bénéfices pour les patients d'aller directement au centre tertiaire et ce même si la distance à parcourir est grande. Nous croyons que dans certains cas spécifiques, le transport par hélicoptère pourrait être grandement bénéfique pour le patient. L'échelle québécoise de triage préhospitalier traumatique pourrait être appliquée au même titre que pour les TAP terrestres. Lorsque la distance à parcourir par ambulance est très grande, dans une Zec ou une pourvoirie par exemple, l'hélicoptère pourrait être envoyée d'emblée sur des interventions prioritaires afin de respecter les délais optimaux en traumatologie. Par contre, nous sommes d'avis que l'équipe médicale à bord des hélicoptères devrait être composée de TAP formés en transport hélicoportés. L'expertise des TAP en soins médicaux d'urgence extrahospitaliers et en évacuation de patients est reconnue auprès des intervenants médicaux. Il va donc de soi que les intervenants soient des TAP puisqu'ils sont les experts des conditions de travail extrêmes. De plus, si les TAP étaient formés pour effectuer des transports par hélicoptère, ils seraient aptes à gérer la pose d'une voie intra-veineuse ainsi que le soluté. Ces recommandations sont conformes aux recommandations contenues dans le rapport Dicaire, notamment celle de prévoir que la plupart des transports interhospitaliers soient confiés à des TAP ayant les compétences requises (par exemple la gestion d'un soluté), ce qui permettrait l'optimisation des ressources. Les recommandations sont en accord également avec la proposition du rapport Dicaire qui veut que les besoins particuliers qui concernent les services préhospitaliers d'urgence notamment les mesures d'urgences, les événements spéciaux, les milieux particuliers, tels que minier, forestier, nordique, aquatique et maritime ainsi que les zones touristiques soient pris en compte dans l'évaluation de l'organisation des services et reçoivent une réponse adéquate.

Recommandation no. 25

Instaurer un service d'évacuation médicale hélicoporté dans la province du Québec.

Recommandation no. 26

Former des techniciens ambulanciers – paramédics en soins avancés avec spécialisation en évacuation hélicoptérée afin qu’ils soient membres de l’équipe d’évacuation.

e) Nautique

Les sauvetages nautiques demeurent un défi pour tous les intervenants. Il y a plusieurs cours d’eau au Québec et il peut arriver que des interventions d’urgence aient lieu soit sur un cours d’eau ou qu’il y ait besoin de traverser un cours d’eau pour avoir accès au patient. Pour ce qui est des cours d’eau de juridiction fédérale, c’est la garde-côtière qui est responsable de ramener les patients sur la terre ferme afin qu’ils soient pris en charge par les TAP. Les secouristes de la garde-côtière ont une bonne formation. Pour ces raisons, nous ne nous attarderons pas davantage aux cours d’eau de juridiction fédérale. Notre position sur les sauvetages nautiques est la même que pour les sauvetages en zone carrossable soit que l’équipe de sauvetage devrait intégrer l’équipe de TAP afin de les transporter sécuritairement sur les lieux et ensuite les ramener en sécurité. Encore ici, cela permettrait aux patients de recevoir des soins médicaux dans des délais plus raisonnables. Cela s’inscrit en continuité avec la proposition 75 du rapport Dicaire.

Recommandation no. 27

Intégrer l’équipe de techniciens-ambulanciers-paramédics répondant à l’appel d’urgence dans l’équipe de sauvetage nautique.

3.6 Desserte terrestre

Dans cette sous-section il sera question de la couverture ambulancière limitée par des zones de service. De plus, nous aborderons la notion du temps de réponse et des distances maximales pour répondre aux demandes de services ambulanciers. Enfin nous élaborerons sur le type de ressources préhospitalières affectées lors d’un appel au 911.

a) Zone de couverture/régionalisation

Les ambulances sont réparties selon les besoins dans les différentes zones de service d'ambulances au Québec. Ces ambulances sont donc attirées à répondre aux appels de leur zone en premier lieu puis, s'il y a lieu, d'aller répondre aux appels des autres zones en cas de découverte. Nous ne croyons pas qu'un changement des zones soit nécessaire. Cependant, nous croyons que les CCS ne devraient pas être limités par les zones d'exploitation des services d'ambulance et ce, afin qu'ils puissent, lors d'une urgence, affecter à l'intervention le véhicule le plus près, tel que le recommandait le rapport Dicaire. La réponse des services préhospitaliers d'urgence ne devrait pas être retardée en raison d'une limitation géographique créée afin d'encadrer le nombre d'ambulances permises dans une zone donnée. Ce ne sont là que des formalités administratives et la population ne devrait certainement pas avoir à faire les frais de ces formalités.

Recommandation no. 28

Éliminer la notion de zone de couverture.

b) indicateurs notamment le temps réponse

Le rapport Dicaire recommande que la norme actuelle du temps de réponse systémique fixée à un maximum de huit minutes pour les urgences vitales soit un objectif à atteindre pour le système préhospitalier d'urgence. Toutefois, il nous apparaît impossible d'atteindre cet objectif en région puisque l'horaire de travail en vigueur est celui de faction. Cet horaire ne permet pas d'atteindre cet objectif puisque le temps de réponse moyen est de 8 minutes avant que les TAP affectés sur un horaire de faction puissent se mettre en direction de l'appel à bord de l'ambulance. Nous sommes d'avis qu'il y a une disparité entre les régions et les centres urbains à cet égard. De plus, selon l'alinéa 7 de l'article 1 de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux*, le régime de services de santé et de services sociaux doit viser à atteindre des niveaux comparables de santé et de bien-être au sein des différentes souches de la population et des différentes régions. Il est facile d'arriver à la conclusion que le service à la population est plus efficient dans les centres urbains qu'en région. Il y a donc un écart entre les niveaux de santé et de bien-être au sein des différentes régions du Québec. Cet écart est d'autant plus prononcé avec les

grandes distances à parcourir par les TAP en région pour se rendre au chevet de leur patient. À l'instar de la recommandation émise dans le rapport Dicaire, nous croyons qu'il doit y avoir une transition des horaires de faction en des horaires à l'heure. Cela permettrait de diminuer le temps réponse des TAP en région et ainsi favoriser l'atteinte de l'objectif de 8 minutes de temps réponse aux urgences vitales comme le recommande le rapport Dicaire.

Recommandation no. 29

Transformer les horaires de faction en horaire régulier afin d'améliorer le temps de réponse des techniciens ambulanciers - paramédics

c) Distances maximales

Le territoire québécois est immense. Le chemin à parcourir par les TAP peut donc être très long avant d'arriver au chevet du patient. De plus, le nombre d'ambulances par zones de service est généralement d'une ou deux ambulances. Lorsqu'une ambulance est affectée sur un appel en région, il peut s'écouler deux, trois ou même quatre heures avant qu'elle revienne dans sa zone. La zone se retrouve donc sans couverture ambulancière pendant tout ce temps. S'il survient un autre appel d'urgence sensiblement au même moment, l'équipe de TAP partira donc d'une zone adjacente. Les TAP ont une plus grande distance à parcourir afin de se rendre sur les lieux de l'intervention. Cette distance pourrait se raccourcir si un système de déploiement dynamique était implanté dans les régions du Québec. En effet, les ambulances des zones voisines pourraient se déplacer afin de se positionner à mi-chemin entre leur propre zone et la zone découverte. Malheureusement, ce déploiement dynamique n'est pas possible dans les zones où il y a un horaire de faction. En effet, si les TAP étaient affectés sur des couvertures de zone, ce temps serait ajouté à leur charge de travail et en raison de la norme de CNESST PRO-3001, les besoins de remplacement de personnel paramédical exploseraient. De plus, ces remplacements surviennent à des heures complètement aléatoires ce qui complexifie énormément le travail des entreprises ambulancières.

Recommandation no. 30

Favoriser le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers en région.

d) Types de ressources

Au Québec, lorsqu'un appel entre dans un centre de communication santé, il y a automatiquement un véhicule ambulancier avec à son bord une équipe de deux TAP qui sont dépêchés sur les lieux. Les TAP apprécient l'état du patient et ils le transportent vers le centre hospitalier le plus proche. Le rapport Ouellet fait état de la situation du transport alternatif. Le rapport cite une étude faite par l'UCCPSU qui stipule qu'approximativement 8% des transport ambulanciers auraient pu être remplacé par des transports alternatifs. Le rapport Ouellet dénote également une façon de faire dans la région de Seattle où les TAP évaluent les patients et selon certains critères, ils peuvent suggérer au patient de prendre un taxi pour se rendre à l'urgence. Les TAP lui remettent un bon prépayé servant à défrayer les coûts de la course en taxi. La différence entre le coût moyen d'un transport en ambulance et un transport en taxi est considérable. Le plus important c'est que les TAP peuvent se remettre disponible beaucoup plus rapidement que s'ils avaient eu à effectuer le transport jusqu'à l'hôpital. Le tout s'inscrit dans l'optique de la recommandation du rapport Ouellet stipulant qu'il faudrait instaurer, tel que la loi le prévoit, une réglementation sur le transport alternatif (transport médical autre que par ambulance) incluant tant les transports primaires que les transports inter-établissements et couvrant tous les aspects importants (véhicules, équipement, compétences nécessaires, etc.).

Le programme de constat de décès à distance effectué grâce à la collaboration de l'UCCSPU, permet aux TAP de laisser la charge du corps d'une personne décédée aux services funéraires. Cela permet aux TAP de se remettre disponible plus rapidement plutôt que de transporter le corps au centre hospitalier le plus proche. Malheureusement, ce programme n'est pas encore disponible dans toutes les régions du Québec. Nous croyons qu'il serait fortement pertinent d'instaurer le constat de décès à distance partout dans la province afin d'utiliser les ressources ambulancières à bon escient.

Recommandation no. 31

Instaurer le constat de décès à distance dans toutes les régions du Québec.

e) Points de service

Les horaires de faction sont généralement présents en région. De ce fait, lorsqu'une ambulance a comme point de service une municipalité, l'entreprise ambulancière doit avoir une caserne dans cette municipalité. Dans le cas où il y aurait conversion des horaires de faction en horaire régulier, nous nous questionnons sur la pertinence de conserver autant de casernes dispersées sur le territoire québécois. Effectivement, les TAP pourraient être attirés à une caserne centrale puis, déployés de façon dynamique sur le territoire. Les distances à parcourir seraient plus grandes, mais les coûts d'achats et d'entretien des casernes seraient grandement diminués. La transmission d'informations aux TAP serait également facilitée s'il y avait une caserne centrale et commune à plusieurs secteurs d'opération.

Recommandation no. 32

Regrouper les véhicules ambulanciers dans des casernes centrales et effectuer un déploiement dynamique.

3.7 Interopérabilité

Les divers services impliqués lors d'interventions d'urgence doivent constamment travailler en équipe. Les nombreux intervenants proviennent de différents milieux et sont gérés par différents ministères. Ces disparités de gestion peuvent apporter leurs lots de difficultés opérationnelles et doivent constamment faire l'objet de discussions entre les divers intervenants. Habituellement, la collaboration est excellente, mais elle repose sur la bonne volonté des parties. Nous ferons donc part de nos recommandations dans les diverses interventions ou plusieurs types d'intervenants en milieu hospitalier ou préhospitalier doivent collaborer.

a) Arrimages services

Nous pouvons citer plusieurs exemples de collaboration lors d'interventions médicales. Les interventions lors de blessures sportives sont un bel exemple de collaboration entre les secouristes qui appliquent les premiers soins et les TAP qui prennent en charge la victime de l'accident sportif. Généralement, l'arrimage entre les secouristes et les TAP est relativement facile. Tous les intervenants ont le même

objectif lors de ce genre d'intervention soit la santé du patient. Il n'y a pas vraiment d'autres notions qui entrent en jeu lors de l'arrimage des services puisque tous les gestes posés sont orientés dans la même direction. Évidemment, il n'y a rien de parfait et plusieurs améliorations pourraient être apportées. Notamment, il y aurait lieu d'établir des mécanismes formels afin de favoriser l'interopérabilité entre les services de secourisme et les services paramédicaux.

Tel que mentionné précédemment, l'arrimage se fait généralement bien, mais il repose sur la bonne volonté des intervenants sur place. Si des mécanismes préétablis étaient instaurés, cela pourrait éviter des désagréments et des conflits de personnalités entre les divers intervenants. La mise en place de tels mécanismes faisait partie des recommandations du rapport Ouellet qui à ce jour n'ont toujours pas été appliqués. Or, les conflits viennent majoritairement d'incompréhensions du travail des autres intervenants. Dans l'exemple du secouriste et des TAP, il arrive que les TAP doivent refaire les pansements, procéder à de nouvelles immobilisations de membres possiblement fracturés ou encore refaire les immobilisations spinales faites par les secouristes. Cela peut engendrer des frustrations chez les intervenants puisque le travail qu'ils ont fait en suivant à la lettre leurs protocoles est remis en cause par les TAP. Au fil du temps, cela peut miner la bonne entente entre les deux types d'intervenants impliqués lors de l'arrimage entre les soins préhospitaliers d'urgence et les secouristes en milieux sportifs. L'utilisation des mêmes techniques d'immobilisation spinale, d'immobilisation de membres ou de contrôle d'hémorragie pourrait éviter ce genre de conflit et constituer un pas dans la bonne direction. L'uniformisation de la formation des secouristes et la mise en place de normes provinciales qui s'arriment avec les soins préhospitaliers d'urgence seraient un atout majeur lors de la prise en charge de victimes d'accidents sportifs. L'arrimage entre les soins prodigués par les TAP et les urgences sont maintenant compatibles. La même chose devrait se produire en amont dans la chaîne de survie. Le continuum des soins doit débiter en amont de la chaîne et s'arrimer facilement jusqu'à la fin. On voit, dans l'exemple susmentionné, qu'il y a encore des lacunes à ce niveau.

Il y a également régulièrement des interventions d'urgence avec des acteurs provenant de divers milieux. Par exemple, lors d'un accident de la route, il y a les TAP, les policiers, les pompiers et les premiers répondants qui peuvent être sur les lieux de l'intervention. La cohabitation se fait généralement très bien depuis plusieurs années. C'est en grande partie en raison du respect manifesté à l'égard du travail de chacun lors de ce type d'intervention. Ce respect est instauré par les mécanismes formels qui ont été établis dans le passé. Le champ de compétence de chacun est connu de tous et la compréhension des objectifs des différents intervenants est bien établie. Il

pourrait cependant y avoir de l'amélioration surtout concernant les communications entre les divers intervenants.

En premier lieu, le système de communication RENIR fait partie des recommandations du rapport de 2014 du Comité national sur les services préhospitaliers. Le système n'est cependant toujours pas opérationnel. Il y a énormément de lacunes de couverture de réseau, de perte de communication, de disparités au niveau de la fonctionnalité du service, etc. Nous ne parlons même pas des coûts astronomiques reliés à l'implantation de ce système. L'objectif derrière l'implantation du système RENIR était louable. Toutefois, permettre une communication efficiente entre les divers intervenants et ce, peu importe la région où ils se trouvent, constituerait un véritable atout dans la réponse en situation d'urgence. Si un tel système fonctionnait à pleine capacité, il faudrait tout de même établir des règles de communication formelles. Par exemple, l'utilisation des fameux codes 10 qui diffère d'un service à l'autre. L'arrimage est en effet plus difficile lors de la communication radio entre les divers intervenants. Il serait possible et peu onéreux de modifier les codes radios afin de les uniformiser et ce, peu importe les services d'urgence en cause.

Les liens entre les TAP et le personnel des urgences sont relativement plus aisés puisqu'avec les années, les TAP ont su démontrer que les informations transmises à l'équipe de soins étaient pertinentes et le travail effectué sur le terrain en préhospitalier était professionnel. De plus, le jugement clinique des TAP quant à l'état du patient est sensiblement le même que celui fait par les infirmiers(ères) au triage. Il est donc beaucoup plus simple pour eux de prendre en compte ce que les TAP leurs disent lorsqu'ils arrivent avec le patient. De plus, le personnel de l'urgence apprécie généralement les informations pertinentes que les TAP notent sur les lieux de l'intervention. Le rapport Dicaire recommandait que la régie régionale organise des programmes de formation conjoints avec les TAP et le personnel des salles d'urgence afin de favoriser les échanges entre les intervenants. Ces formations pourraient porter notamment sur des interventions de nature commune soit, l'utilisation du moniteur-défibrillateur, le matelas immobilisateur, les arythmies cardiaques, le combitube, la rédaction de notes de transfert pertinentes au dossier. Ces formations pourraient être très bénéfiques et permettraient d'améliorer la fluidité lors de l'arrimage entre le préhospitalier et l'hospitalier. Cela aiderait fortement les deux secteurs à mieux collaborer le tout dans l'objectif d'offrir une continuité de soins professionnels au patient.

Les services ambulanciers ne servent pas seulement à répondre aux urgences préhospitalières. Nous sommes des acteurs du continuum de soins des patients lorsqu'ils sont transférés entre deux établissements de santé. Ces transferts interhospitaliers sont importants puisque le patient requiert des soins spécialisés qui ne sont pas disponibles dans le premier centre hospitalier. La centralisation des spécialistes dans les centres hospitaliers tertiaires font en sorte que les transports de patients entre hôpitaux sont de plus en plus fréquents. Il arrive généralement que des soins doivent être apportés au patient et une escorte médicale est dans ce cas nécessaire. La majorité du temps, l'escorte médicale est composée d'un(e) infirmier(ère) qui doit administrer au patient divers médicaments requis. Ces médicaments ont été prescrits avant le départ de l'ambulance et l'infirmier(ère) les administre au besoin. Le rapport Ouellet recommande de prévoir que la plupart des transports interhospitaliers soient confiés à des TAP ayant les compétences requises (par exemple la gestion d'un soluté), ce qui permettrait l'optimisation des ressources. L'obtention de ces compétences pourrait grandement aider les soins auprès des patients nécessitant un transport inter-établissements. Il y aurait également une valeur ajoutée à ce changement des compétences des TAP, puisque les infirmiers(ères) pourraient demeurer au centre hospitalier et ainsi réduire le surplus de travail des équipes de soins infirmiers dans les centres hospitaliers. Les compétences des TAP pourraient de ce fait être utilisées efficacement lors des transferts médicaux. Ces compétences pourraient être rehaussées lors de la formation continue pour les TAP actifs et directement dans les établissements d'enseignement pour les étudiants en soins préhospitaliers d'urgence. Cette mesure pourrait être établie à faible coût et les bénéfices pour le système de santé québécois seraient substantiels.

Recommandation no. 33

Établir des mécanismes formels afin de favoriser l'interopérabilité entre les services de secourisme et les services paramédicaux.

Recommandation no. 34

Instaurer des formations conjointes entre le personnel des urgences et les techniciens ambulanciers – paramédics

Recommandation no. 35

Former les techniciens ambulanciers – paramédics afin qu’ils puissent gérer l’administration de la médication prescrite par un médecin par voie intra-veineuse lors des transferts inter-établissements.

b) Soutien événementiel organisé

Les services préhospitaliers d’urgence doivent régulièrement intervenir lors d’événements organisés. Ces interventions s’inscrivent dans la reconnaissance de l’expérience et l’expertise développées au fil du temps par les TAP.

Cette expertise pourrait être mieux mise à contribution dans les services de soins d’urgence. Les soins médicaux lors d’événements sportifs et culturels de grande envergure sont généralement confiés à des organismes de premiers soins. Ces organismes sont soumis à certains protocoles, mais il n’y a pas d’uniformisation panquébécoise. Les soins prodigués par les secouristes sont efficaces et ils apportent un réel bénéfice aux patients, mais ils ne s’inscrivent pas dans un continuum uniforme des soins de santé. De ce fait, il pourrait être bénéfique pour les organismes de premiers soins d’être chapeautés ou encadrés par un ou des TAP responsables du contrôle de qualité, de la coordination et de l’arrimage avec les soins préhospitaliers d’urgence. Cet arrimage devrait se faire en fonction des protocoles en vigueur dans le système préhospitalier québécois. Or, les organisateurs d’événements à grand déploiement utilisent majoritairement les services des organismes de premiers soins afin de diminuer leurs coûts. En revanche, l’arrimage et le continuum des soins est plus difficile dans le contexte où les premiers soins sont assurés par un organisme de premiers soins non chapeauté par un TAP. Une autre avenue pourrait être d’instaurer des équipes de TAP à vélo présentes lors de ce type d’événements.

Recommandation no. 36

Instaurer une uniformisation des soins prodigués par les secouristes afin qu’ils concordent avec les protocoles des techniciens ambulanciers – paramédics.

Recommandation no. 37

Instaurer un programme de contrôle de qualité des secouristes chapeauté par des techniciens ambulanciers - paramédics

c) Soutien événementiel impromptu

L'expertise des TAP dans les soins médicaux d'urgence en milieu extrahospitalier pourrait également être mise à profit lors d'événements majeurs impromptus. Ces événements de nature informelle et spontanée sont les manifestations ou les émeutes. La réponse immédiate à ces événements est bien entendu gérée par les services policiers qui doivent encadrer ou contrôler les débordements. Il serait profitable qu'une équipe de TAP soit incluse dans les protocoles policiers lorsque l'escouade anti-émeute est utilisée. Ces TAP pourraient être basés en retrait afin d'assurer les soins médicaux urgents à des policiers ou des manifestants qui pourraient être blessés ou qui nécessiteraient des soins médicaux lors des manifestations. Ils pourraient également coordonner les demandes de ressources préhospitalières supplémentaires et les transports vers le centre hospitalier le cas échéant. Il pourrait y avoir une deuxième équipe de TAP dédiée aux soins médicaux d'urgence des manifestants de manière à assurer la coordination des demandes de ressources préhospitalières supplémentaires et les transports vers le centre hospitalier le cas échéant au même titre que l'équipe dédiée aux policiers. Cette présence de TAP lors de ces événements pourrait grandement améliorer la réponse préhospitalière et le service à la population. De plus, avec une formation adéquate, les TAP sauraient comment réagir et comment se positionner et interagir pour ne pas nuire au travail des policiers. Le continuum des soins serait bonifié et une uniformité des soins médicaux apportés y contribuerait énormément. En 2011, le BC Ambulance Service a instauré ce concept avec le Vancouver Police Department's Public Safety Unit. Depuis, les TAP inclus dans les unités anti-émeutes ont fait leurs preuves et les autorités sont en voie d'instaurer ce concept de manière à ce que cette collaboration devienne permanente. Inclure l'apport des TAP dans les soins médicaux d'urgence événementiels contribuerait à offrir une réponse adéquate de la part des services préhospitaliers d'urgence conformément aux recommandations du rapport Dicaire.

Recommandation no. 38

Intégrer des techniciens ambulanciers – paramédics dans les escouades anti-émeutes des différents corps policiers québécois

d) Réponse aux catastrophes

Nous pouvons constater que les recommandations du rapport Dicaire lors de catastrophes ou de sinistres ont été mises en place au fil du temps. La formation des TAP concernant la gestion d'événements dont la demande en ressources dépasse la capacité disponible a été mise à jour. Entre autres, la méthode de triage médical et de priorisation d'évacuation des victimes a été actualisée. Ce genre d'interventions est heureusement très rare. Toutefois, le faible taux d'exposition aux interventions de sinistres ou de catastrophes fait en sorte que les TAP ne seront pas toujours prêts à faire face à de telles situations lorsqu'elles se présentent. La mise en place d'un programme annuel de simulation de grande envergure impliquant les différents acteurs dont la présence est requise lors de sinistres pourrait bonifier la réponse à des tels événements.

De plus, étant donné l'envergure de telles simulations, nous savons qu'il est impossible que tous puissent y participer. De ce fait, les simulations devraient être filmées. Un document vidéo pourrait ainsi être mis à la disposition des différents corps de métiers impliqués. Cela permettrait à toutes les personnes susceptibles d'intervenir lors de sinistres de bénéficier d'une mise à jour annuelle afin de mieux comprendre le rôle joué par chacun. Conformément aux recommandations du rapport Dicaire, de telles simulations amélioreraient l'efficacité de tous les intervenants lorsque survient une situation exceptionnelle de ce genre.

Recommandation no. 39

Mettre en place un programme annuel de simulation de grande envergure impliquant les différents acteurs dont la présence est requise lors de sinistres.

e) Arrimage système

Le système préhospitalier québécois n'est pas inclus dans le réseau de la santé. Pourtant, c'est le ministère de la Santé et des Services sociaux qui gère le préhospitalier. Il y a deux modèles de gestion des TAP au Québec. Il y a les TAP travaillant chez Urgences-Santé et les TAP travaillant pour une entreprise privée. Ces entreprises ambulancières privées assurent la gestion des budgets dédiés au système préhospitalier. Elles assurent également la couverture ambulancière des différentes régions du Québec. En étant des employés d'entreprises privées, les TAP ne font pas

partie du réseau de la santé. Il sera difficile de parler d'un arrimage au système de la santé tant et aussi longtemps que les TAP seront reconnus comme des employés d'entreprises privées plutôt que comme des employés de l'État. Plusieurs modèles de gestion unique pourraient être envisagés pour le système préhospitalier d'urgence québécois.

Il y a une grande uniformisation chez Urgence-Santé. Cependant, pour le reste de la province, l'uniformisation est inexistante. Les entreprises sont soumises à des normes gouvernementales minimales. Certaines décident d'offrir plus de services et d'autres se contentent du minimum. Cette disparité se répercute sur les TAP et sur l'offre de services à la population. En effet, il y a une grande différence entre certaines régions pour ce qui est des formations offertes aux TAP dans le cadre des programmes de formation continue. Plusieurs entreprises peinent à avoir assez de remplaçants afin de permettre aux TAP de faire leurs formations annuelles. De ce fait, il y a un retard dans l'instauration de nouvelles pratiques ou de nouveaux protocoles dans certaines régions. Un arrimage avec le système de la santé doit nécessairement se faire avec l'intégration des TAP dans le système de la santé. Ainsi, il devrait y avoir des mécanismes d'uniformisation du réseau préhospitalier afin de faire disparaître les disparités régionales.

Recommandation no. 40

Intégrer les techniciens ambulanciers – paramédics dans le réseau des travailleurs de la santé.

Recommandation no. 41

Instaurer une uniformisation des services préhospitaliers d'urgence.

4.0 Conclusion

A la lumière des nombreuses recommandations émises par les différents rapports et nos différentes observations, il nous apparaît évident que de nombreuses solutions existent et qu'il faut dès demain poser des gestes concrets afin de permettre l'avancement du système préhospitaliers d'urgence québécois. Bien que nous ayons relaté des problématiques liées à d'autres sphères de la chaîne de survie, il nous apparaît évident que le technicien ambulancier paramédic est l'acteur le plus sollicité par cette future refonte. En favorisant une plus grande autonomie, en permettant l'élargissement de son champ de pratique et en le reconnaissant comme professionnel du réseau de la santé, nous sommes persuadés que le système préhospitalier d'urgence verra une nette amélioration.

« Face au monde qui change, il vaut mieux penser le changement que changer le pansement »

Francis Blanche

4.1 Annexe A

Recommandation no. 1

Faire connaître au public le rôle et l'importance des TAP.

Recommandation no. 2

Faire connaître au public le coût réel de l'utilisation des services préhospitaliers d'urgence.

Recommandation no. 3

Conscientiser la population à utiliser les services préhospitaliers d'urgence à bon escient.

Recommandation no. 4

Que le Gouvernement fasse la promotion de l'importance du rôle du premier intervenant / secouriste.

Recommandation no. 5

Que le Gouvernement du Québec instaure un programme pouvant mener à l'adoption de règle législative sur l'installation stratégique des DEA et qu'il en fasse la promotion.

Recommandation no. 6

Que les TAP soit impliqués davantage comme responsable instructeur en secourisme et qu'ils puissent enseigner dans les différents milieux tel les établissements scolaires, les établissements de santé et les milieux de travail.

Recommandation no. 7

Que la recommandation du rapport Dicaire à l'effet d'intégrer dans les programmes des niveaux primaire et secondaire, une formation obligatoire en secourisme de base soit appliquée.

Recommandation no. 8

Qu'une formation obligatoire en RCR et utilisation de défibrillateur soit dispensée à l'obtention d'un permis de conduire.

Recommandation no. 9

Que les paramédics conjointement avec les organismes déjà en place développe la formation et en soit les instructeurs afin de susciter l'intérêt des services préhospitaliers d'urgence chez les étudiants.

Recommandation no. 10

Que les TAP soit autorisés à recommander ou transporter l'utilisateur vers un autre endroit qu'une salle d'urgence sous l'approbation du corps médical.

Recommandation no.11

Implanter partout en province en répondant aux besoins de la population des TAP formé en soins avancés.

Recommandation no. 12

Instaurer un programme de formation pour les TAP en soins critiques afin de développer un plan de carrière en optimisant la ressource.

Recommandation no. 13

Mettre en place un programme de TAP communautaire en collaboration avec le corps infirmier.

Recommandation no. 14

Qu'un programme de candidat d'exercice à la profession soit mis en place pour les étudiants finissants en techniques de soins préhospitaliers d'urgence.

Recommandation no. 15

Renforcer la structure et l'uniformisation des formations à l'interne dispensés par les entreprises ambulancières.

Recommandation no. 16

Inclure les TAP dans le processus décisionnel pour la dispensation de nouvelles formations.

Recommandation no. 17

Uniformiser la formation au niveau provincial en réduisant les délais afin que l'ensemble des paramédics bénéficie de nouvelles formations.

Recommandation no. 18

Permettre la formation à distance des éléments théorique des soins avancés et permettre la formation des éléments pratique par la formation continue.

Recommandation no. 19

Amender la loi sur les services préhospitaliers d'urgence LSPU afin de permettre la participation des TAP aux structures décisionnelles portant entre autres sur les actes réservés, le champ de compétence, les nouveaux actes, les différents type et niveaux de soins, inclure un code de déontologie et d'éthique.

Recommandation no. 20

Permettre aux paramédics ayant une formation spécialisée de faire de l'encadrement médical en ligne.

Recommandation no. 21

Permettre aux paramédics d'effectuer du triage secondaire afin de diriger les usagers vers la ressource appropriée.

Recommandation no. 22

Intégrer des techniciens ambulancier – paramédics dans les équipes de sauvetage en territoires isolés.

Recommandation no. 23

Promouvoir l'intégration d'un technicien ambulancier – paramédic comme responsable des soins médicaux d'urgence lors d'occupation temporaire de territoire.

Recommandation no. 24

Intégrer l'équipe de technicien-ambulanciers – paramédics répondant à l'appel d'urgence dans l'équipe de sauvetage en zone non-carrossable.

Recommandation no. 25

Instaurer un service d'évacuation médicale hélicoptéré dans la province du Québec.

Recommandation no. 26

Former des technicien ambulancier – paramédics en soins avancés avec spécialisation en évacuation hélicoptérée afin qu'ils soient membres de l'équipe d'évacuation.

Recommandation no. 27

Intégrer l'équipe de technicien-ambulanciers – paramédics répondant à l'appel d'urgence dans l'équipe de sauvetage nautique.

Recommandation no. 28

Éliminer la notion de zone de couverture.

Recommandation no. 29

Transformer les horaires de faction en horaire régulier afin d'améliorer le temps de réponse des techniciens ambulanciers – paramédics.

Recommandation no. 30

Favoriser le déploiement dynamique des véhicules ambulanciers en région.

Recommandation no. 31

Instaurer le constat de décès à distance dans toutes les régions du Québec.

Recommandation no. 32

Regrouper les véhicules ambulanciers dans des casernes centrales et effectuer un déploiement dynamique.

Recommandation no. 33

Établir des mécanismes formels afin de favoriser l'interopérabilité entre les services de secourisme et les services paramédicaux.

Recommandation no. 34

Instaurer des formations conjointes entre le personnel des urgences et les techniciens ambulanciers – paramédics.

Recommandation no. 35

Former les techniciens ambulanciers – paramédics afin qu'ils puissent gérer l'administration de médication prescrits par un médecin par voie intra-veineuse lors des transferts inter-établissements.

Recommandation no. 36

Instaurer une uniformisation des soins prodigués par les secouristes afin qu'ils concordent avec les protocoles des techniciens ambulanciers – paramédics.

Recommandation no. 37

Instaurer un programme de contrôle de qualité des secouristes chapeauté par des techniciens ambulanciers – paramédics.

Recommandation no. 38

Intégrer des techniciens ambulanciers – paramédics dans les escouades anti-émeutes des différents corps policiers québécois.

Recommandation no. 39

Mettre en place un programme annuel de simulation de grande envergure impliquant les différents acteurs dont la présence est requise lors de sinistres.

Recommandation no. 40

Intégrer les techniciens ambulanciers – paramédics dans le réseau des travailleurs de la santé.

Recommandation no. 41

Instaurer une uniformisation des services préhospitaliers d'urgence.