



PROGRAMME INTÉGRÉ DE LA QUALITÉ TOTALE DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Rapport annuel 2021-2022

**Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec**

Produit par l'équipe d'assurance de la qualité des services préhospitaliers
d'urgence de la Direction des services ambulatoires et des soins critiques

Mars 2023

ÉDITION 2022

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

COORDINATION ET ADAPTATION DES TEXTES

M. Christian Shooner, chargé à l'assurance qualité et à la formation des services préhospitaliers d'urgence

CONTRIBUTION

D^r Gabriel Des Rosiers, directeur médical régional adjoint des services préhospitaliers d'urgence

M. Jean-François Lupien, coordonnateur des services préhospitaliers d'urgence et du programme de traumatologie

M^{me} Carole Martin, chargée à l'assurance qualité et à la formation des services préhospitaliers d'urgence

D^r François Parent, directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence

CORRECTION ET SECRÉTARIAT

M^{me} Magali Poyga, agente administrative des services préhospitaliers d'urgence

Dépôt légal - 2023

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN version PDF : 978-2-550-94408-9

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Document disponible sur le site Web

WWW.CIUSSSMCO.CA

Le rapport annuel 2021-2022 du «Programme intégré de la qualité totale des services préhospitaliers d'urgence» est déposé au conseil d'administration le 21 mars 2023.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES TABLEAUX	IV
MOT DE LA DIRECTRICE DES SERVICES AMBULATOIRES ET DES SOINS CRITIQUES	VII
MOT DU DIRECTEUR MÉDICAL RÉGIONAL DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	VIII
DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES.....	9
PRÉAMBULE	10
CONFORMITÉ DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE	11
PERFORMANCE DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES.....	14
PERFORMANCE RÉGIONALE AUX PROTOCOLES CLINIQUES	14
PERFORMANCE DES ENTREPRISES AUX PROTOCOLES CLINIQUES	14
CONTRIBUTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AUX CONTINUUMS DE SOINS.....	19
PROGRAMME RÉGIONAL DE CARDIOLOGIE ET D'HÉMODYNAMIE.....	20
MED.10 Douleur thoracique	20
TECH.11 ECG 12 dérivations	20
PROGRAMME SUR LES ACCIDENTS CÉRÉBRAUX VASCULAIRES	22
MED.14 Paralyse, paresthésie ou trouble du langage aigu.....	22
PROGRAMME RÉGIONAL SUR LES INTOXICATIONS AUX OPIOÏDES	24
PROGRAMME DE TRAUMATOLOGIE.....	26
BILAN DES PLAINTES À LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES	28
BILAN DES ACTIVITÉS 2020-2021	29
ÉLARGISSEMENT DES CRÉNEAUX DU PROTOCOLE DE CONSTAT DÉCÈS À DISTANCE(CDD-MED_LEG.6	29
L'INTÉGRATION DES DONNÉES PRÉHOSPITALIÈRES DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ	30
ACTIONS PRÉVUES EN 2022-2023	30
POURSUITE DE LA DÉCENTRALISATION DE L'APPRÉCIATION CLINIQUE.....	30
POURSUITE DE LA DÉCENTRALISATION DU PROGICIEL D'AMÉLIORATION CONTINUE DE LA QUALITÉ DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE (PACQSPU)	30
CONSOLIDATION DU PROTOCOLE DE CONSTAT DÉCÈS À DISTANCE	31
DÉPLOIEMENT DE LA PARAMÉDECINE DE RÉGULATION MCQ.....	31
RÉFÉRENCES	32



LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : ENTREPRISES AMBULANCIÈRES EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC	10
TABLEAU 2 : CONFORMITÉ RÉGIONALE AUX PROTOCOLES (SANS ERREUR CRITIQUE)	12
TABLEAU 3 : PERFORMANCE DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES EN 2020-2021.....	14
TABLEAU 4 : UTSTEIN MODIFIÉ (1 ^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021)	16
TABLEAU 5 : UTSTEIN MODIFIÉ : MILIEU DE VIE ET SÉQUELLES NEUROLOGIQUES CHEZ LES USAGERS RÉANIMÉS (1 ^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021).....	17
TABLEAU 6 : BILAN DES INDICATEURS DE PERFORMANCE EN RÉANIMATION (1 ^{ER} AVRIL 2020 AU 31 MARS 2021).....	18
TABLEAU 6 : MED.10 DOULEUR THORACIQUE ET TECH.11 ECG 12 DÉRIVATIONS.....	21
TABLEAU 7 : MED.14 PARALYSIE, PARESTHÉSIE OU TROUBLE DU LANGAGE AIGU.....	23
TABLEAU 8 : MED.12 INTOXICATION VOLONTAIRE OU INVOLONTAIRE ET TOXICOMANIE	25
TABLEAU 9 : TRAUMATISMES IDENTIFIÉS AUX ÉTAPES 1 À 4 DE L'ÉCHELLE QUÉBÉCOISE DE TRIAGE PRÉHOSPITALIER EN TRAUMATOLOGIE (EQTPT).....	27
TABLEAU 10 : BILAN DES PLAINTES	28

LISTE DES ACRONYMES

ACR	Arrêt cardiorespiratoire
ADM	Arrêt des manœuvres (lors d'un ACR)
AESP	Activité électrique sans pouls
AS-803P	Rapport d'intervention préhospitalière
AS-810	Déclaration de transport des usagers
AVC	Accident vasculaire cérébral
AVPU	Alert, Voice, Pain, Unresponsive
BBG	Bloc de branche gauche
CCS	Centre de communication santé
CCSMCQ	Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec
CH	Centre hospitalier
CHAUR	Centre hospitalier affilié universitaire régional
CIUSSS MCQ	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
DEA	Défibrillateur externe automatisé
DME	Dossier médical électronique
DMRSPU	Directeur médical régional des services préhospitaliers d'urgence
DTOCP	Douleur thoracique d'origine cardiaque probable
ECG 12D	Électrocardiogramme 12 dérivations
ENPQ	École nationale de police du Québec
EQTPT	Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie
FV	Fibrillation ventriculaire
IHV	Impact à haute vitesse
IM AIGU	Infarctus du myocarde aigu
MCAS	Maladie cardiaque artériosclérotique
MDSA	Moniteur défibrillateur semi-automatique
MPDS	Medical Priority Dispatch System
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux



N/A	Non applicable
PACQSPU	Progiciel d'amélioration continue de la qualité des soins préhospitaliers d'urgence
PI	Premier intervenant (Ex. : témoins, famille ou policier)
PICTAP	Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédicaux
PIQTSPU	Programme intégré de la qualité totale des services préhospitaliers d'urgence
PNI	Pression artérielle non invasive
PR	Premier répondant
RCR	Réanimation cardiorespiratoire
RENIR	Réseau national intégré de radiocommunication
RMU	Répartiteurs médicaux d'urgence
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
SpO₂	Saturation partielle en oxygène
TAP	Techniciens ambulanciers paramédicaux
TAP-F	Technicien ambulancier paramédical - formateur
TV	Tachycardie ventriculaire
VBG	Victimes de brûlures graves
VPO	Vérification du positionnement œsophagien

MOT DE LA DIRECTRICE DES SERVICES AMBULATOIRES ET DES SOINS CRITIQUES



Une fois de plus, le rapport annuel des Services préhospitaliers d'urgence (SPU) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) permet de démontrer la qualité des soins offerts par les différents intervenants de la chaîne d'intervention préhospitalière. Malgré une période d'instabilité ayant touché notre secteur d'activités, la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec a pu compter sur les services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS MCQ pour assurer une réponse appropriée, efficiente et de qualité.

Au cours de la dernière année, nous avons notamment consolidé le protocole de constat décès à distance en nous assurant de la mobilisation et de l'engagement de nos partenaires à l'égard de l'accessibilité de ce service à l'entièreté des usagers de la région. Par ailleurs, nous sommes fiers de témoigner de la poursuite de l'efficacité du programme intégré de la qualité totale portant sur l'amélioration globale des soins et services offerts par les entreprises ambulancières de la région.

La prochaine année sera tout aussi motivante puisque nous entrevoyons poindre à l'horizon la paramédecine de régulation. Ce projet assurera notamment une réponse plus adaptée aux besoins de santé des usagers ayant fait appel initialement aux services préhospitaliers d'urgence. Pour le développement de ce nouveau créneau au sein de notre offre de services actuelle, nous pourrons compter une fois de plus sur le Centre de communication santé de la Mauricie et du Centre-du-Québec (CCSMCQ) ainsi que sur les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) de la région.

Bien qu'une multitude de défis soient à prévoir, l'équipe des Services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS MCQ amorce ce nouveau chapitre avec confiance. Notre motivation quotidienne est de continuer d'offrir des services de haute qualité pour la population de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Bonne lecture!

Directrice des services ambulatoires et des soins critiques

MOT DU DIRECTEUR MÉDICAL RÉGIONAL DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE



Souvent méconnus, les services préhospitaliers d'urgence sont au cœur des missions du CIUSSS MCQ. Ce rôle primordial, nous le prenons à cœur avec la préoccupation constante d'offrir des services au plus haut standard de qualité.

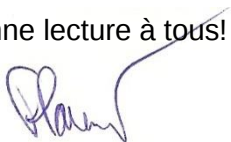
La vision du Programme Intégré de la Qualité Totale des services préhospitaliers d'urgence (SPU) est devenue une réalité partagée avec chacun de nos collaborateurs régionaux. Les contributions des municipalités avec les programmes de premiers répondants, des corps policiers munis de défibrillateurs maintenant affectés pour une réponse rapide aux arrêts cardiaques, ainsi que les entreprises et nos paramédicaux convergent vers le niveau d'excellence, de professionnalisme et d'efficacité requis et attendus.

L'outil informatique développé par notre organisation, le Progiciel d'Amélioration Continue de la Qualité des Services Préhospitaliers d'Urgence (PACQSPU), est à la base pour générer les données nécessaires au suivi et l'amélioration continue des soins et services. Il est maintenant utilisé et partagé dans 6 régions du Québec qui intègre aussi progressivement la philosophie de la qualité totale. Nous rayonnons et façonnons les perspectives provinciales d'avenir. Les SPU demeurent impliqués activement et démontrent leur importance clé dans toutes les trajectoires spécialisées régionales.

Faisant face aux nombreux défis vécus dernièrement dans le réseau de la santé, les SPU cherchent assidûment à contribuer à une meilleure gestion des besoins populationnels. De façon proactive et parfois innovante, nous optimisons sans cesse les moyens pour répondre à notre mission d'urgence. Nous n'avons qu'à penser à la mise en place du protocole de constat de décès à distance effectué par les paramédicaux et de façon urgente pour un support temporaire, à la création de la zone tampon pour la surveillance des usagers lors des débordements de l'urgence du CHAUR. Nous travaillons actuellement au développement du triage secondaire et de la co-évaluation faite par une infirmière à l'égard des demandes préhospitalières avec une optique de réponse au besoin spécifique d'un usager, au bon endroit et par le moyen de transport le plus pertinent.

Finalement, ce rapport annuel me permet de remercier officiellement et chaleureusement chaque intervenant de notre réseau SPU. D'abord, les membres de notre équipe régionale, les premiers répondants, les entreprises ambulancières et tous les paramédicaux sans oublier le Centre de Communication Santé (CCSMCQ) et ses répartiteurs médicaux d'urgence pour leur support et les soins donnés avec cœur et qualité chaque jour de l'année. Grâce à tous, nous sommes prêts à poursuivre vers un avenir toujours meilleur en continuant à innover et à porter à un niveau inégalé les soins préhospitaliers d'urgence de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Bonne lecture à tous!



François Parent, MD
Directeur médical régional des Services préhospitaliers d'urgence

DÉCLARATION DE FIABILITÉ DES DONNÉES

Les statistiques présentées dans le cadre de ce rapport sont inspirées des directives figurant au plan qualité clinique (versions 2.1 et 2.5) produit par la Table des directeurs médicaux régionaux des Services préhospitaliers d'urgence du Québec aux mois d'août 2011 et 2015.

Les résultats obtenus ont été produits à partir de l'échantillonnage des dossiers ambulanciers électroniques (AS-810, AS-803 et des données audionumériques ZOLL) reçus au Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec (CIUSSS MCQ) entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022.

Enfin, il est important de rappeler que l'analyse rétrospective des dossiers préhospitaliers informatisés (DPI) a fait l'objet d'une étude diligente dans le respect des règles de confidentialité en vigueur au CIUSSS MCQ.

PRÉAMBULE

Les Services préhospitaliers d'urgence sont encadrés par la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (Loi 96). Ils ont pour mission d'assurer, en tout temps, à l'ensemble de la population qui fait appel à ses services, une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour objectif la réduction de la mortalité et de la morbidité de la personne en détresse, et ce, en fonction de standards de qualité reconnus.

C'est en vertu de son mandat que les services préhospitaliers d'urgence du CIUSSS MCQ ont produit un rapport annuel résumant la qualité des services offerts à la population de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. Les services préhospitaliers d'urgence sont dispensés par sept (7) entreprises ambulancières détenant un contrat de service avec le CIUSSS MCQ. Dans le tableau suivant, chacune de ces entreprises y est présentée.

**Tableau 1 :
Entreprises ambulancières en Mauricie et au Centre-du-Québec**

Titulaire de permis	N° permis	Secteur	Entreprise	Financement
Monsieur Yvon Mainville	P-0401	Haute-Mauricie	BTAQ inc.	1 856 014,69 \$
Monsieur Maxime Laviolette	P-0402	Drummondville, Bas-Saint-François, Louiseville, Manseau, Plessisville, Lyster	Dessercom inc.	12 970 940,96 \$
Monsieur Michel Garceau	P-0403	Trois-Rivières, Bécancour-Nicolet, Batiscan, Shawinigan	Coopérative des ambulanciers de la Mauricie	14 583 449,03 \$
Madame Marie-Claude Richard	P-0404	Grand-Mère, Saint-Paulin, Saint-Alexis-des-Monts	Ambulance 22-22	4 420 944,50 \$
Madame Julie St-Amand	P-0406	Sainte-Thècle	Ambulance St-Amand	1 486 711,50 \$
Monsieur Jean-Paul B. Lachapelle	P-0407	Bois-Francs	Urgence Bois-Francs	2 986 373,50 \$
Monsieur Yvon Mainville	P-0408	Saint-Tite	Ambulances 33-33	1 197 037,77 \$

CONFORMITÉ DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE

Le tableau 2, apparaissant aux pages suivantes, présente le cumul des résultats obtenus suite à l'appréciation rétrospective des soins préhospitaliers offerts par l'ensemble des entreprises ambulancières détenant un contrat de service avec le CIUSSS MCQ pour la période du 1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022.

Mais avant, il importe de connaître les échelles d'appréciation rétrospectives utilisées dans le cadre du « Plan qualité clinique du ministère de la Santé et des Services sociaux » pour établir les profils de conformité et de performance présentés aux pages suivantes.

Échelle	Description
Niveau A	La documentation fournie donne une image clinique complète de la condition de l'utilisateur et justifie les soins que vous avez prodigués en regard des normes et protocoles reconnus.
Niveau B	La documentation fournie donne une image clinique acceptable de la condition de l'utilisateur, mais ne justifie pas complètement les soins que vous avez prodigués ou omis de faire en regard des normes et des protocoles reconnus.
Niveau C (erreur critique)	La documentation fournie donne une image clinique insuffisante de la condition de l'utilisateur et démontre que les soins que vous avez prodigués à l'utilisateur ou omis de faire ne répondent pas aux normes et aux protocoles reconnus. Il aurait pu en résulter des dommages significatifs aux usagers.
Niveau I	Les nouveaux protocoles ne figurant pas au plan qualité clinique en vigueur ont fait l'objet d'une appréciation et des énoncés d'assurance qualité de niveau INFORMATION ont été transmis aux TAP et aux entreprises à titre d'opportunité d'amélioration. Il est important de mentionner que le niveau I n'a pas d'effet sur les statistiques de conformité ou de performance présenté dans le cadre de ce rapport.

Les taux de conformité figurant au tableau 2 sont basés sur l'absence d'erreurs critiques (niveau C) lors de l'application des protocoles cliniques. De ce fait, il faut considérer les protocoles avec attribution des échelles d'appréciation de niveau A, B et I comme étant conformes au plan qualité clinique du MSSS.

Tableau 2 : Conformité régionale aux protocoles (sans erreur critique)

BILAN DES CONFORMITÉS - RÉGION

(Du 2021-04-01 au 2022-03-31)

MÉDICAUX					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
MED.08	Difficulté respiratoire	95 %	581	524	90%
MED.08A	Dyspnée d'origine cardiaque probable	95 %	216	190	88%
MED.10	Douleur thoracique	95 %	640	578	90%
MED.12	Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie	95 %	53	49	92%
MED.13	Obstruction complète des voies respiratoires par corps étranger	95 %	10	10	100%
MED.16	Problèmes diabétiques/hypoglycémie	95 %	108	102	94%
MED.17	Réaction allergique/anaphylactique	95 %	76	69	91%
MÉDICO-LÉGAUX					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
MED.LEG.02	ACR impraticable (Mort obscure ou non, datant de plusieurs heures)	95 %	266	263	99%
MED.LEG.03	Directives de non-initiation de la réanimation	95 %	150	149	99%
MED.LEG.04	Mort évidente	95 %	36	36	100%
PÉDIATRIQUES					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
PED.03	Difficulté respiratoire	95 %	21	20	95%
PED.05	Réaction allergique/anaphylactique	95 %	6	5	83%
RÉANIMATIONS					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
REA.01	Arrêt cardiorespiratoire (ACR) d'origine médicale - Adulte	95 %	321	311	97%
REA.02	Arrêt des manœuvres lors d'un ACR d'origine médicale - Adulte	95 %	128	124	97%
REA.03	Arrêt cardiorespiratoire d'origine traumatique ou hémorragique- Adulte	95 %	43	42	98%
REA.04	Arrêt des manœuvres lors d'ACR d'origine traumatique ou hémorragique	95 %	28	28	100%
REA.05	Arrêt cardiorespiratoire d'origine médicale - Pédiatrique (0 à puberté)	95 %	4	4	100%
REA.07	Intubation au Combitube® d'un patient en hypoventilation	95 %	18	16	89%

BILAN DES CONFORMITÉS - RÉGION

(Du 2021-04-01 au 2022-03-31)

REA.08	Protocole de prise en charge lors d'intervention de réanimation en cours avec DEA	95 %	95	95	100%
REA.09	Assistance respiratoire/ventilatoire (pt vivant)	95 %	204	193	95%
REFUS DE SERVICES					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
REF.01	Refus de services	95 %	253	251	99%
TECHNIQUES					
	Protocoles	Objectifs à atteindre	Nb protocoles	Nb conformes	Conformité
TECH.06	Tube orotrachéal à double voie (COMBITUBE® et COMBITUBE® SA)	95 %	313	274	88%
TECH.09	Oxylator®	95 %	61	60	98%
TECH.10	Oxygène/Saturométrie	95 %	2664	2540	95%
TECH.11	ECG 12 dérivation	95 %	914	881	96%
TECH.CPAP	CPAP Boussignac (VPPN)	95 %	133	128	96%

PERFORMANCE DES ENTREPRISES AMBULANCIÈRES

Pour débiter, il est important de préciser que chacun des constats énumérés dans ce rapport a été communiqué mensuellement à l'ensemble des entreprises ambulancières de la région. Cette approche basée sur les préceptes de qualité totale vise à permettre aux entreprises ambulancières de jouer un rôle actif pour faire «vivre» la qualité au sein de leurs organisations. Cette collaboration se traduit par un suivi des opportunités d'amélioration (s'il y a lieu) produit par la direction médicale régionale auprès des TAP de leur entreprise. Dans le cadre du PIQTSPU, la qualité devient maintenant une démarche collective destinée à faire vivre la qualité et la promotion de l'excellence au quotidien.

Performance régionale aux protocoles cliniques

La mesure de la performance régionale repose sur la qualité des soins délivrés par l'ensemble des TAP œuvrant dans les entreprises ambulancières de la région de la Mauricie-et-Centre-du Québec. Pour établir ce taux, la qualité d'exécution des gestes médicaux et les notes d'évolution inscrites au dossier sont appréciées à partir des énoncés d'assurance-qualité (niveau B et C) figurant au plan qualité clinique en vigueur. Cette démarche d'amélioration continue mise sur l'engagement des TAP et des entreprises à mettre en œuvre les opportunités d'amélioration qui leur sont transmises mensuellement par la direction médicale régionale.

Cette année, le taux de performance des soins préhospitaliers délivrés par l'ensemble des entreprises ambulancières de la région Mauricie et Centre-du-Québec est de 87%. Ce taux fait suite à l'analyse rétrospective de 7 342 protocoles cliniques appliqués lors des interventions ambulancières sur l'ensemble du territoire.

Performance des entreprises aux protocoles cliniques

Le taux de performance régionale (87 %) étant le reflet de la contribution des entreprises ambulancières à offrir des soins de qualité aux citoyens de la région. Le tableau 3 présente la répartition des résultats obtenus par chacune des entreprises ambulancières détenant un contrat de service avec le CIUSSS MCQ.

Pour la première fois depuis la mise en place du programme intégré de la qualité totale, la mention d'excellence est attribuée à deux entreprises soit Urgence Bois-Francs et Dessercom. Ce résultat témoigne de leur leadership et de leur engagement à mettre en œuvre les préceptes de qualité totale auprès de leurs TAP respectifs et cela, en collaboration avec la direction médicale régionale.

Tableau 3 : Performance des entreprises ambulancières en 2021-2022

Entreprise ambulancière	Taux
Urgences Bois-Francs inc.	93 %
Dessercom inc.	93 %
Ambulance 22-22	89 %
Ambulance St-Amand inc.	86 %
Coopérative des ambulanciers de la Mauricie	84 %
Ambulances 33-33	83 %
BTAQ inc.	80 %

Bien que les entreprises ambulancières ne soient pas toutes au même niveau dans la mise en place de leur programme de qualité totale, la direction médicale régionale poursuit sa collaboration et son soutien auprès des gestionnaires et des TAP pour la création d'une communauté de bonnes pratiques dans le domaine des soins d'urgence préhospitaliers.

Réanimation en préhospitalier

Rapport Utstein modifié

Faits saillants

En 2021-2022, on dénombre 828 ACR dans la région de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec. De ce nombre, 356 ACR ont été considérés pour l'application des manœuvres de réanimation par les premiers répondants (PR) et les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP).

Lorsqu'on observe la survie des usagers qui ont fait un ACR en présence d'un témoin non intervenant avec un rythme initial : fibrillation ventriculaire (FV) et tachycardie ventriculaire (TV), nous obtenons un taux Utstein de 21 %, ce qui représente 6 vies sauvées. Quand on additionne ce nombre aux ACR qui se sont produits en présence d'un intervenant PR ou TAP avec un rythme initial (FV-TV), on obtient un taux Utstein modifié de 38 % pour un total de 15 vies sauvées.

En terminant, la mise en place des programmes d'enseignement portant sur la réanimation, l'engagement des services policiers sans oublier les services préhospitaliers d'urgence, auront permis cette année de sauver 40 personnes en Mauricie et au Centre-du-Québec.

Tableau 4 : Utstein modifié

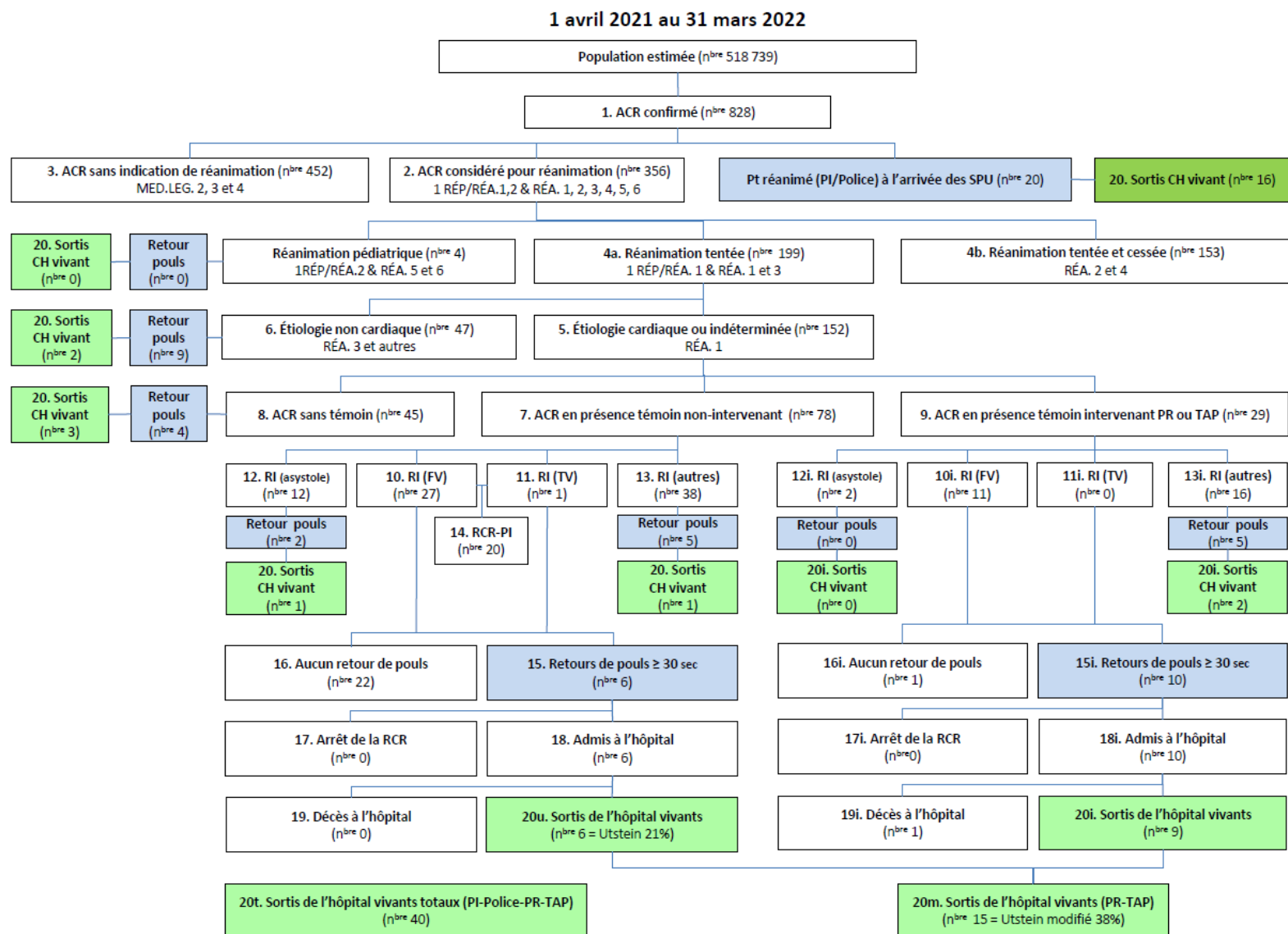
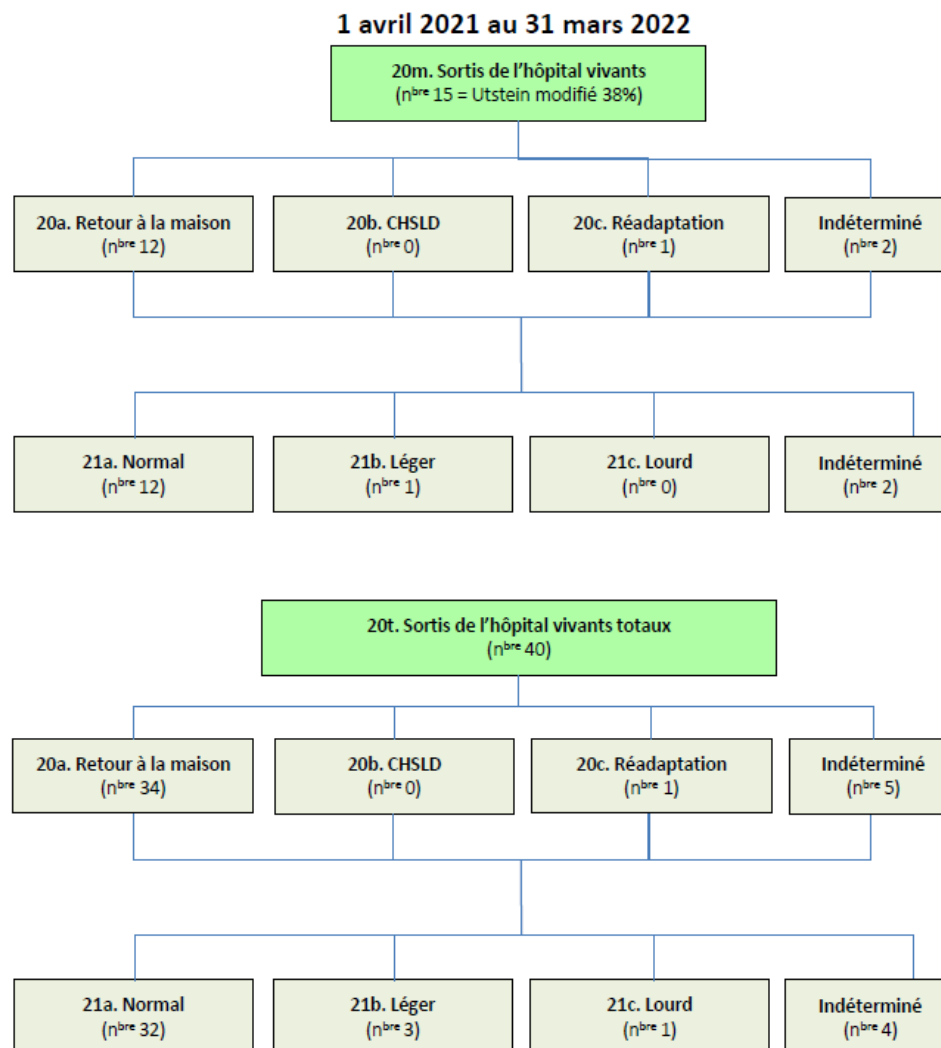


Tableau 5 : Utstein modifié : Milieu de vie et séquelles neurologiques chez les usagers réanimés



**Tableau 6 : Bilan des indicateurs de performance en réanimation selon le tableau Utstein
(1^{er} avril 2021 au 31 mars 2022)**

Indicateurs	Descriptions	2018 - 2019	2019 - 2020	2020 - 2021	2021-2022
1. ACR confirmé	Nombre de patients en ACR Nbr = Case 1	750	799	824	828
2. Survie totale	Nombre total de survie suite à l'application des manœuvres de réanimation. 20t = (case 20 + case 20u + case 20i)	23	31	25	40
3. Taux de survie brut	Taux de survie total sur le nombre d'ACR considérés pour la réanimation. % = (case 20t ÷ case 2) x 100	7 % (23/345)	8% (31/376)	7% (25/343)	11% (40/356)
4. Taux Utstein	Taux de survie (FV/TV) en présence d'un témoin non-intervenant. % = (case 20u ÷ (case 10 + case 11)) x 100	19 % (8/42)	29 % (7/24)	26% (6/23)	21% (6/28)
5. Taux Utstein modifié	Taux de survie (FV/TV) en présence d'un témoin non-intervenant et d'un témoin intervenant (PR-TAP) % = ((case 20u + case 20i) ÷ (cases 10 + 11 + 10i + 11i)) x 100	20 % (10/50)	35 % (14/40)	28% (9/32)	38% (15/39)
6. Taux de réanimation tentée	Taux d'application des manœuvres de réanimation (RÉA. 1, 3, 5, 6) lors d'un ACR confirmé % = (case 2 ÷ case 1) x 100	46 % (345/750)	47 % (376/799)	42% (343/824)	43% (356/828)
7. Taux d'arrêt de manœuvres	Taux d'arrêts de manœuvres (RÉA. 2 et 4) sur le nombre d'ACR considéré pour réanimation. % = (case 4b ÷ case 2) x 100	36 % (111/345)	46 % (172/376)	49% (168/343)	43% (153/356)
8. Taux de survie (FV et TV) devant intervenant (PR-TAP)	Taux de survie en présence d'un témoin intervenant (PR/TAP) pour les rythmes initiaux (FV, TV) % = (case 20i ÷ (cases 10i + 11i)) x 100	25 % (2/8)	44 % (7/16)	33% (3/9)	82% (9/11)
9. Taux d'application des manœuvres de réanimation par un premier intervenant	Taux d'application des manœuvres de réanimation par un témoin non-intervenant (PI) en présence des rythmes initiaux (FV, TV). % = (case 14 ÷ (cases 10 + 11)) x 100	83 % (35/42)	79 % (19/24)	78% (18/23)	71% (20/28)

CONTRIBUTION DES SERVICES PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE AUX CONTINUUMS DE SOINS

Dans le cadre de ce rapport, nous désirons aussi souligner la contribution des entreprises ambulancières à la mise en œuvre des programmes visant la prise en charge rapide des clientèles vulnérables présentant une pathologie chrono dépendante. À cet effet, nous traiterons dans ce rapport annuel les programmes suivants :

- **Programme régional de cardiologie et d'hémodynamie**
 - Douleur thoracique (MED.10) et ECG 12 dérivations (TECH.11).
- **Programme régional sur les accidents cérébraux vasculaires et la reperfusion cérébrale**
 - Paralysie, paresthésie ou trouble du langage aigu (MED.14).
- **Programme régional sur les intoxications communautaires aux opioïdes**
 - Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie (MED.12).
- **Programme régional de traumatologie**
 - Traumatisme adulte et pédiatrique (TRAU.1 & TRAU.5)

Dans les pages suivantes, nous présenterons les faits saillants et les indicateurs de performance qui permettront d'apprécier la qualité des services rendus à la population par les services ambulanciers.

Programme régional de cardiologie et d'hémodynamie

MED.10 Douleur thoracique

Faits saillants

Cette année, 638 protocoles MED.10 ont été analysés avec un taux de conformité de 90,3% (576/638). Ce résultat est similaire à celui de l'an dernier qui était de 90,3 % (578/640).

TECH.11 ECG 12 dérivations

Faits saillants

L'analyse rétrospective de 914 protocoles d'ECG 12D appliqués lors de la dernière année démontre un taux de conformité de 84,5 % (772/914). De ce nombre, 20 % (181/914) des personnes présentaient un événement cardiaque significatif confirmé par la présence d'un diagnostic informatique « étoilé » produit par le moniteur ZOLL série X des paramédicaux.

Pour mesurer la qualité des ECG 12 dérivations faites par les paramédicaux, on a procédé à l'analyse de 57 % (521/914) des fichiers électroniques ZOLL reçus à l'unité d'assurance qualité. Le résultat de cet échantillonnage a permis de constater que les critères de conformité pour la production d'un ECG de qualité étaient respectés dans 97 % (506/521) des cas. Cette capacité à réaliser des ECG de qualité est l'élément essentiel pour la prise en charge rapide et efficiente des victimes présentant un syndrome coronarien.

Pour ce qui est de la procédure de préalerte visant la mise sous tension de l'équipe médicale de l'hôpital receveur suite à l'identification préhospitalière d'un diagnostic étoilé (IAMEST), on observe un taux de conformité de 96 % (174/181) à l'application de cette procédure.

Pour le volet chrono dépendance du début des symptômes à l'arrivée à l'hôpital en présence d'un diagnostic étoilé (n=181) à l'ECG 12 dérivations, nous observons une légère amélioration du délai de prise de décision citoyenne pour se rendre à l'hôpital. Cette année, on observe un délai médian de 01:48:11 comparativement au délai de 01:54:32 l'an passé.

Tableau 6 : MED.10 Douleur thoracique et TECH.11 ECG 12 dérivations

Indicateur	Définition	Cible	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022
Nombre de protocoles MED.10 Douleur thoracique	Nombre de protocoles MED.10 qui ont fait l'objet d'une analyse rétrospective par l'unité d'assurance qualité	Résultat	1109	838	638
Taux des temps réponse inférieurs à 9 minutes	Différence entre l'heure d'appel au CCS et l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge (H1 à H8)	Résultat	38 % (421/1109)	34 % (289/838)	36 % (231/638)
Taux des temps sur scène avec ECG 12 D inférieurs à 20 minutes	Différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge et l'heure de départ du lieu de prise en charge (H8 à H10)	Résultat	67 % (723/1082)	55 % (452/822)	61 % (371/613)
Taux d'administration d'AAS lorsqu'indiqué	Nombre d'utilisateurs ayant les critères d'inclusion (sans exclusion) pour l'administration d'AAS basé sur l'ensemble des utilisateurs qui ont reçu de l'AAS	100 %	96 % (839/870)	97 % (670/691)	97 % (466/478)
Taux d'administration de Nitrolingual lorsqu'indiqué	Nombre d'utilisateurs ayant les critères d'inclusion (sans exclusion) pour l'administration de Nitrolingual basé sur l'ensemble des utilisateurs qui ont reçu de la Nitrolingual	100 %	87 % (464/534)	89 % (285/320)	88 % (276/314)
Taux de conformité à l'utilisation des corridors de services en cardiologie	Nombre d'interventions ambulancières avec application conforme des corridors de service en cardiologie basé sur l'ensemble des transports qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	99 % (1094/1109)	94 % (789/838)	95 % (609/638)
Taux de conformité au protocole MED.10	Nombre d'interventions ambulancières avec attribution de l'échelle d'appréciation « A » ou « B » basé sur l'ensemble des protocoles MED.10 qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	89 % (985/1109)	92 % (769/838)	90 % (576/638)
Taux de conformité au protocole TECH. 11 ECG 12D	Nombre de protocoles avec attribution de l'échelle d'appréciation « A » ou « B » basé sur l'ensemble des protocoles TECH.11 qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	95 % (1059/1109)	98 % (820/838)	97 % (620/638)

Programme sur les accidents vasculaires cérébraux

MED.14 Paralyse, paresthésie ou trouble du langage aigu

Faits saillants

Cette année, nous avons procédé à l'analyse rétrospective de 561 interventions avec application du protocole MED.14 Paralyse, paresthésie ou trouble du langage. De ce nombre, 41 % (232/561) des usagers présentaient une échelle de Cincinnati à un, 32 % (181/561) une échelle de Cincinnati à deux et 25 % (139/561) une échelle de Cincinnati à trois.

Au niveau de la chrono dépendance, nous observons un délai médian de 01:29:28 entre le début des symptômes jusqu'à l'arrivée à l'hôpital.

Quand nous observons l'application des corridors de service auprès des usagers présentant une échelle de Cincinnati d'un à trois (n = 552), nous observons un taux de conformité de 97 % (538/552). Ce taux témoigne de la qualité des décisions prises par les TAP afin de diriger adéquatement les victimes d'AVC vers les établissements de santé les mieux outillés pour répondre aux besoins de cette clientèle, et cela, peu importe la localité où elles demeurent en Mauricie-et-au-Centre-du-Québec.

Tableau 7 : MED.14 Paralyse, paresthésie ou trouble du langage aigu

Indicateur	Définition	Cible	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022
Nombre de protocoles MED.14 Paralyse, paresthésie ou trouble du langage aigu	Nombre de protocoles MED.14 qui ont fait l'objet d'une analyse rétrospective par l'unité d'assurance qualité	Résultat	644	620	561
Taux des temps réponse inférieurs à 9 minutes	Différence entre l'heure d'appel au CCS et l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge (H1 à H8)	Résultat	38 % (246/644)	36 % (225/620)	33% (186/561)
Taux des temps sur scène inférieurs à 15 minutes	Différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge et l'heure de départ du lieu de prise en charge (H8 à H10)	Résultat	54 % (348/644)	45 % (282/620)	53% (293/561)
Taux de conformité à l'utilisation des corridors de services en neurologie	Nombre d'interventions ambulancières avec application conforme des corridors de services en présence d'un AVC basé sur l'ensemble des transports qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	98 % (633/644)	98 % (605/620)	97% (545/561)

Programme régional sur les intoxications aux opioïdes

MED.12 Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie

Faits saillants

Lors de la dernière année, 53 dossiers d'intoxication ont été traités dans le cadre du programme de vigie sur les opioïdes. Ceci représente une hausse de 33% comparativement à 2020-2021. Quand nous analysons le contexte associé à chacun des événements, on observe que 21 % (11/53) étaient reliés aux habitudes de toxicomanie, 28 % (15/53) à un usage récréatif, 21 % (11/53) à une tentative de suicide, 25 % (13/53) dans un contexte indéterminé, 4 % (2/53) d'origine accidentelle et 2 % (1/53) à la suite d'une erreur de médicaments.

Quand nous analysons plus en détail les quinze (15) dossiers avec administration de Narcan par les paramédicaux, on observe un taux de conformité de 80 % (12/15). Ce résultat est sous la cible de 95 % apparaissant au plan qualité clinique du MSSS. Un programme d'actualisation et de maintien des acquis sera une stratégie à privilégier en collaboration avec les entreprises ambulancières pour améliorer l'application de ce protocole.

Tableau 8 : MED.12 Intoxication volontaire ou involontaire et toxicomanie

Indicateur	Définition	Cible	2019 - 2020	2020 - 2021	2021 - 2022
Nombre de protocoles MED.12	Nombre de protocoles MED.12 qui ont fait l'objet d'une analyse rétrospective par l'unité d'assurance qualité	Résultat	37	40	53
Taux des temps réponse inférieurs à 9 minutes	Différence entre l'heure d'appel au CCS et l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge (H1 à H8)	Résultat	59 % (22/37)	48 % (19/40)	47 % (25/53)
Taux des temps sur scène inférieurs à 20 minutes	Différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge et l'heure de départ du lieu de prise en charge (H8 à H10)	Résultat	40 % (15/37)	43 % (17/40)	40 % (21/53)
Taux d'administration du Narcan lorsqu'indiqué	Nombre d'usagers ayant les critères d'inclusion (sans exclusion) pour l'administration de Narcan basé sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan	100 %	59 % (10/17)	43 % (6/14)	80 % (12/15)
Taux des usagers qui n'ont pas reçu d'assistance ventilatoire avant l'administration du Narcan	Nombre d'usagers qui n'ont pas reçu d'assistance ventilatoire avant l'administration de Narcan basé sur l'ensemble d'usagers qui ont reçu du Narcan	0 %	6 % (1/17)	21 % (3/14)	13 % (2/15)
Valeur moyenne de doses de Narcan administrée	Valeur moyenne des doses de Narcan administrées basée sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan	Résultat	1,7 mg	1,3 mg	2.6 mg
Dose maximum de Narcan administrée	Dose maximum de Narcan administrée à un usager basé sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan	Résultat	4 mg	3,6 mg	8 mg
Taux des usagers dont l'état initial s'est amélioré suite à l'administration de Narcan	Nombre d'usagers dont l'état s'est amélioré suffisamment pour cesser l'assistance ventilatoire basée sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan (en excluant les ACR)	Résultat	71 % (12/17)	64 % (9/14)	53 % (8/15)
Taux des usagers dont l'état initial ne s'est pas amélioré suite à l'administration de Narcan	Nombre d'usagers dont l'état initial ne s'est pas amélioré basé sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan	Résultat	29 % (5/17)	7 % (1/14)	40 % (6/15)
Taux des usagers dont l'état initial s'est détérioré suite à l'administration de Narcan	Nombre d'usagers dont l'état initial s'est détérioré (qui ont requis une intubation malgré la dose maximale ou qui ont évolué vers un ACR) basé sur l'ensemble des usagers qui ont reçu du Narcan	Résultat	0 % (0/17)	0 % (0/14)	0 % (0/15)
Taux de survie lors d'un ACR avec administration de Narcan	Nombre d'usagers ayant survécu à la suite d'un ACR attribuable à une intoxication aux opioïdes suite à l'administration de Narcan	Résultat	0 % (0/4)	0 % (0/1)	0 % (0/1)
Taux de conformité au protocole MED.12	Nombre de protocoles avec attribution de l'échelle d'appréciation A ou B basée sur l'ensemble des protocoles MED.12 qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	89 % (33/37)	83 % (33/40)	92 % (49/53)

Programme de traumatologie

Faits saillants

Cette année, 669 dossiers de traumatisme ont fait l'objet d'une analyse entre le 1^{er} avril 2021 et le 31 mars 2022. Dans ce nombre, on dénombre 557 EQTPT positifs, 74 EQTPT négatifs et 38 EQTPT non applicables à la suite de situations suivantes : ACR traumatique, victimes de brûlures graves (VBG).

Quand nous analysons l'application de l'EQTPT par les paramédicaux pour orienter les victimes de traumatisme vers le bon établissement de santé, nous observons les données suivantes :

Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT)

EQTPT positif (n = 557)

- *Conforme* 90 % (502/557)
- *Sous-estimé* 5 % (25/557)
- *Surestimé* 3 % (18/557)
- *Non reconnu* 2 % (12/557)

EQTPT négatif (n = 74)

- *Conforme* 82 % (61/74)
- *Non reconnu* 18 % (13/74)

EQTPT non applicable (n = 38)

- *Conforme* 42 % (16/38)
- *Non reconnu* 58 % (22/38)

Cette analyse permet d'affirmer que l'application préhospitalière de l'EQTPT est conforme dans une proportion de 87% (579/669). Si nous analysons les corridors de services pour l'orientation des victimes de traumatismes vers le bon hôpital, nous observons un taux de conformité de 96 % (641/669). Ce résultat correspond aux orientations de 95 % mises en place par le comité régional de traumatologie.

Tableau 9 :
Traumatismes identifiés aux étapes 1 à 4 de l'Échelle québécoise de triage préhospitalier en traumatologie (EQTPT).

Indicateur	Définition	Cible	2019-2020	2020-2021	2021-2022
Nombre de protocoles traumatiques adulte et pédiatrique	Nombre de protocoles traumatiques adulte et pédiatrique qui ont fait l'objet d'une analyse rétrospective par l'unité d'assurance qualité	Résultat	754	819	669
Taux des temps réponse inférieurs à 9 minutes pour les étapes 1 à 4 de l'EQTPT identifiées par les TAP	Différence entre l'heure d'appel au CCS et l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge (H1 à H8)	Résultat	33 % (214/654)	25 % (170/678)	23 % (126/539)
Taux des temps sur scène inférieurs à 15 minutes pour les étapes 1 à 4 de l'EQTPT identifiées par les TAP	Différence entre l'heure d'arrivée sur les lieux de prise en charge et l'heure de départ du lieu de prise en charge (H8 à H10)	Résultat	37 % (242/654)	25 % (170/678)	30 % (160/539)
Taux des temps de transport au centre de traumatologie inférieurs à 30 minutes pour les étapes 1 à 4 de l'EQTPT identifiées par les TAP	Différence entre le départ du lieu de prise en charge et l'heure d'arrivée au centre hospitalier (H10 à H11)	Résultat	71% (467/654)	70 % (476/678)	70 % (379/539)
Taux de conformité à l'utilisation des corridors de traumatologie pour les EQTPT (1 à 4) identifiées par les TAP	Nombre d'interventions ambulancières avec application conforme des corridors de services en traumatologie basée sur l'ensemble des transports qui ont fait l'objet d'une appréciation	95 %	96 % (625/654)	96 % (648/678)	97% (521/539)
Taux de préalerte radio au centre de traumatologie pour les étapes 1 à 4 de l'EQTPT identifiée par les TAP	Nombre d'interventions avec préalerte au centre de traumatologie en présence d'un traumatisme (EQTPT 1 à 4) basé sur l'ensemble des interventions avec traumatismes	100 %	76 % (497/654)	72 % (487/678)	81 % (436/539)

BILAN DES ÉVÉNEMENTS SOUMIS À LA COMMISSAIRE AUX PLAINTES ET À LA QUALITÉ DES SERVICES

Lors de la période 2021-2022, 29 événements touchant les services préhospitaliers d'urgence ont été soumis à la commissaire aux plaintes du CIUSSS MCQ. Le tableau ci-dessous apporte des précisions notamment quant aux motifs de la plainte.

Tableau 10 : Bilan des plaintes

Les motifs	2020-2021			2021-2022		
	Motifs traités	Recommandations émises	recommandations réalisées	Motifs traités	Recommandations émises	recommandations réalisées
Soins et services dispensés	5	4	2	11	6	6
Accessibilité	7	1	1	2	0	0
Aspect financier	5	4	4	2	0	0
Relations interpersonnelles	6	6	6	12	10	9
Droits particuliers	2	2	2	2	0	0
Organisation du milieu et ressources matérielles	1	1	0	0	0	0
Autre	1	0	0	0	0	0
Total	27	18	15	29	16	15

Nous pouvons remarquer que la grande majorité des recommandations émises par la commissaire en 2021-2022 ont été réalisées. La recommandation non réalisée concernant le motif de relations interpersonnelles s'explique par l'absence à long terme du TAP visé par cette recommandation. Un suivi sera effectué par l'entreprise ambulancière concernée dès le retour de son employé.

BILAN DES ACTIVITÉS 2021-2022

Élargissement des créneaux du protocole de constat décès à distance (CDD - MED_LEG.6)

C'est dans une optique d'optimisation et de gestion efficace de la flotte ambulancière disponible afin de mieux desservir notre population que ce protocole a été déployé au début de l'été 2021. D'abord déployé à Trois-Rivières et à Victoriaville, ce protocole a permis aux TAP de constater un décès selon plusieurs critères et protocoles bien établis avec la collaboration du personnel médical (infirmière et médecin) à distance de l'Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence (UCCSPU) de la région de Chaudière-Appalaches. C'est cette même unité qui décide si un constat de décès à distance est accepté ou refusé. Dans les premiers mois suivant l'implantation, ce protocole a été appliqué plus d'une vingtaine de fois avec un taux d'acceptation de plus 70%. C'est donc dire que ce sont plus de 15 transports ambulanciers vers l'urgence qui ont été évités. Nous avons également observé un temps moyen global sur scène inférieur à 60 minutes permettant une remise en circulation rapide de nos véhicules ambulanciers tout en optimisant les ressources disponibles tel qu'escompté.

C'est en considérant la réussite de cette première phase ainsi que la satisfaction de nos nombreux partenaires dans ce projet que la phase 2 de ce protocole est entrée en vigueur au mois de décembre 2021 sur l'ensemble de notre région en Mauricie-et-Centre-du-Québec (sauf exception particulière avec le territoire du Haut St-Mauricie), et ce tous les jours entre 7h et 22h.

L'intégration des données préhospitalières dans le réseau de la santé

Dans le cadre des travaux entourant le PACQSPU et la mise en œuvre du programme intégré de la qualité totale auprès des entreprises ambulancières et des paramédicaux de la région de l'Estrie et de la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec, un portail web a été développé pour favoriser l'échange des bonnes pratiques dans le secteur des soins préhospitaliers d'urgence. Devant l'intérêt exprimé par le MSSS à l'égard des travaux réalisés par nos deux régions (Estrie et Mauricie et Centre-du-Québec), il a été convenu de poursuivre ensemble le développement d'un portail web ayant une portée provinciale pour atteindre les objectifs suivants :

- Faire vivre le plan qualité;
- Offrir un encadrement clinique personnalisé basé sur la performance au travail;
- Donner accès aux énoncés d'assurance qualité comme opportunité d'amélioration;
- Doter les techniciens ambulanciers paramédicaux et les entreprises ambulances d'un tableau bord de gestion clinique permettant de monitorer la qualité des soins préhospitaliers qu'ils ont délivrés à la population en s'appuyant sur des données probantes et contemporaines.

Ce partenariat a permis de réunir sur un même endroit plus de 6 000 paramédicaux, des dizaines d'entreprises ambulancières, Urgences-Santé (Montréal et Laval) et l'ensemble des CISSS et CIUSSS du Québec.

Plus que jamais, la qualité des services préhospitaliers d'urgence est l'affaire de tous ! Une belle réalisation qui a ses origines au CIUSSS MCQ.

ACTIONS PRÉVUES EN 2022-2023

Poursuite de la décentralisation de l'appréciation clinique

Les résultats concluants obtenus lors de l'implantation de la décentralisation au sein de l'entreprise ambulancière Dessercom Inc. nous portent à croire que cette démarche pourra facilement être déployée dans plusieurs autres entreprises ambulancières de la région. L'objectif de cette démarche est d'assurer un encadrement clinique de proximité aux TAP afin de faire la promotion de l'excellence dans les soins offerts à la population. De façon plus spécifique, au cours de la prochaine année nous prévoyons décentraliser l'appréciation clinique au sein des entreprises UBF inc. et Ambulance 22-22 inc.

Poursuite de la décentralisation du progiciel d'amélioration continue de la qualité des services préhospitaliers d'urgence (PACQSPU)

Pour faire suite aux succès obtenus lors du déploiement de la solution PACQSPU au CIUSSS de l'Estrie, le MSSS a rapidement sollicité notre collaboration afin que nous puissions poursuivre l'implantation de notre progiciel auprès des régions qui en feraient la demande au bureau de projet du MSSS. C'est dans cet esprit de partenariat que le CIUSSS MCQ a permis la réalisation des projets qui avaient été déposés par le CISSS des Laurentides, de l'Outaouais, de Lanaudière et de la Montérégie. D'autres Centres intégrés ont également manifesté leur intérêt pour un déploiement futur. Malgré un certain ralentissement causé par les délais de livraison entourant les fournitures informatiques en période de pandémie, les travaux ont été réalisés avec diligence et à la grande satisfaction des parties prenantes.

Le CIUSSS MCQ est maintenant considéré comme un chef de file pour les questions entourant la gestion de la qualité et de la performance dans les services préhospitaliers d'urgence au Québec. Cette réputation forte enviable, porte à croire que notre partenariat avec le MSSS et les autres régions se poursuivra.

Consolidation du protocole de constat décès à distance

Au cours de la prochaine année, nous prévoyons que le constat de décès à distance devienne effectif 24h/7j sur l'ensemble de notre région. Toutefois, des solutions alternatives pour pallier la difficulté d'appliquer un constat de décès à distance dans le secteur du Haut St-Maurice seront considérées.

Déploiement de la paramédecine de régulation

Au cours de la prochaine année, un projet de déploiement de la paramédecine de régulation se mettra en œuvre et plusieurs directions du CIUSSS MCQ seront mises à contribution. L'équipe du guichet d'accès à la première ligne (GAP) sera un partenaire de premier ordre dans ce projet. La paramédecine intègre deux composantes :

- Triage secondaire : évaluation téléphonique par une infirmière d'un usager ayant composé le 911 qui permet de le réorienter vers une ressource en mesure de répondre aux besoins que nécessite sa condition;
- Co-évaluation : permet aux TAP de communiquer avec l'infirmière du triage secondaire afin que celle-ci puisse évaluer l'usager et le cas échéant, de le réorienter vers une ressource en mesure de répondre aux besoins que nécessite sa condition.

Ce projet a notamment pour objectif d'offrir une meilleure adéquation entre les besoins des usagers et les services de première ligne.

RÉFÉRENCES

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2018). *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers paramédicaux 2017 - mis à jour*. Direction adjointe des services préhospitaliers d'urgence.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2015). *Modules AQ - Valeurs d'énoncés, d'indicateurs et protocoles à utiliser, version 2.5*. Table des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence du Québec. 1-69.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2011). Plan qualité clinique : Indicateurs cliniques et énoncés d'assurance de la qualité du Programme d'amélioration continue de la qualité (PACQ). Table des directeurs médicaux régionaux des services préhospitaliers d'urgence du Québec. 1-69.

Centre intégré universitaire
de santé et de services sociaux de
la Mauricie-et-du-Centre-du-Québec

**Centre multiservice de santé et de services sociaux
Cloutier**

155, rue Toupin
Trois-Rivières (Québec) G8T 3Z8

www.ciusssmcq.ca

*Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Mauricie-et-
du-Centre-du-Québec*

Québec 