

Centre intégré de santé et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest

Cadre de référence sur la régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence

Janvier 2023

Remerciements

Ce document de référence n'aurait pu voir le jour sans la précieuse implication et la participation des personnes suivantes :

- Claude Marie Hébert, coordonnatrice à la qualité du service, Groupe Alerte Santé inc. – Centre de communication santé Montérégie
- Diane Verreault, conseillère en soins infirmiers, Groupe Alerte Santé inc. – Centre de communication santé Montérégie
- Dr Dave Ross, directeur médical régional, services préhospitaliers d'urgence, CISSS de la Montérégie-Centre
- Jean-Marc Breton, coordonnateur régional, services préhospitaliers d'urgence, CISSS de la Montérégie-Centre
- Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires, volet qualité et évolution de la pratique, CISSS de la Montérégie-Ouest
- Jennifer Mascitto, chef de service au développement et à l'évolution des pratiques, Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, CISSS de la Montérégie-Ouest
- Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche, équipe développement et évolution des pratiques, Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire, CISSS de la Montérégie-Ouest

À tous, nous leur adressons nos remerciements pour leur contribution au développement des meilleures pratiques.

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

Les personnes ayant participé à l'élaboration de ce document sont identifiées dans la dernière section « Historique ».

© Centre intégré de santé et de services sociaux de la Montérégie-Ouest, Janvier 2023.
Reproduction autorisée avec mention de la source.

Table des matières

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES ACRONYMES	4
LEXIQUE	5
AVANT-PROPOS.....	6
INTRODUCTION	7
1. CHAMPS D'APPLICATION	8
2. BUT ET OBJECTIFS.....	9
2.1. But du Cadre de référence.....	9
2.2. Objectifs 9	
3. FONDEMENTS LÉGAUX.....	10
4. PRINCIPES DIRECTEURS	10
5. DÉFINITIONS ET MODALITÉS	11
5.1. Trajectoires de services alternatives à l'urgence	11
5.2. Trajectoires de services alternatives à l'ambulance	12
6. RÔLES ET RESPONSABILITÉS	13
7. MISE EN ŒUVRE	14
7.1. Planification de l'évaluation.....	14
8. CONCLUSION.....	15
9. LISTE DES ANNEXES.....	15
RÉFÉRENCES	16
ANNEXE A MODÈLE LOGIQUE	18
ANNEXE B PROTOCOLE OPÉRATIONNEL MINISTÉRIEL – PRIORITÉS D'AFFECTATION PRÉHOSPITALIÈRE 0-8 (MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, 2021C).....	19

Liste des abréviations et des acronymes

CCS	Centre de communication santé
CISSS	Centre intégré de santé et de services sociaux
CIUSSS	Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux
DCAP	Direction des communications et des affaires publiques
DL	Direction de la logistique
DRMG	Département régional de médecine générale
DSIEU	Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire
DSMREU	Direction des services multidisciplinaires, de la recherche et de l'enseignement universitaire
DSPeM	Direction des services professionnels et de l'enseignement médical
DSSADG	Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie
ECNS	Emergency Communication Nurse System
ICASI	Infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RI	Ressource intermédiaire
RLS	Réseau local de services
RMU	Répartiteurs médicaux d'urgence
RPA	Résidence privée pour aînés
RTF	Ressource de type familial
RVSQ	Rendez-vous Santé Québec
SAD	Soutien à domicile
SPU	Services préhospitaliers d'urgence
TAP	Techniciens ambulanciers paramédics
USC	Unité de soutien clinique

Lexique

Appel priorisé P3	Appelant ayant un risque potentiel de détérioration clinique, de morbidité et qui nécessite une affectation ambulancière immédiate (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021c).
Appel priorisé P4	Appelant ayant un risque potentiel de détérioration clinique, de morbidité et dont la cible d'affectation ambulancière est établi à moins de 30 minutes dans 80 % des appels et en deçà de 60 minutes dans 90 % des appels (ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021c).
Appel priorisé P7	Appelant ayant une situation clinique stable, sans risque identifié, ayant peu de risque de détérioration immédiate et dont la cible d'affectation ambulancière est établi à moins de deux heures dans 80 % des appels et en deçà de trois heures dans 90 % des appels (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021c).
Co-évaluation	Processus collaboratif par lequel le technicien ambulancier paramédic contribue à l'évaluation infirmière en appréciant le contexte physique, social et environnemental de l'utilisateur, de même qu'en mesurant certains signes vitaux et cliniques (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021 b).
Personnel préhospitalier	Ensemble d'employés prenant en charge les usagers préalablement à leur hospitalisation. Ce groupe inclut, entre autres, les répartiteurs médicaux d'urgence, les infirmières œuvrant à la Régulation ainsi que les techniciens ambulanciers paramédics.
Régulation	Processus situé au niveau des services préhospitaliers d'urgence et qui vise à orienter l'utilisateur vers le service répondant le mieux à son besoin, dans un délai sécuritaire ainsi que par un mode de transport adapté à sa condition.
Triage secondaire	Évaluation effectuée par une infirmière de l'unité de soutien clinique qui consiste à analyser le besoin et prendre une décision clinique quant à l'orientation sécuritaire vers un lieu de prise en charge et un moyen de transport répondant aux besoins des usagers appelant au 911 pour des motifs peu ou non urgents (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021 b)

Avant-propos

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Montérégie-Ouest emploie plus de 9 600 personnes, 550¹ médecins répartis dans 128 installations. Il offre des services généraux et des soins courants de première ligne et se dédie également aux services spécialisés en milieux hospitaliers, en centres d'hébergement et en centres de réadaptation. À ce titre, le CISSS de la Montérégie-Ouest a des responsabilités régionales pour la réadaptation physique, la déficience intellectuelle, le trouble du spectre de l'autisme et la dépendance.

La mission du CISSS de la Montérégie-Ouest, en lien avec celle du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), consiste à maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être de la population québécoise en rendant accessible un ensemble de services de santé et sociaux intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

1 Total des médecins ayant les privilèges de pratiquer dans l'établissement.

Introduction

Au printemps 2020, suite à l'annonce du décret sur l'urgence sanitaire, le MSSS inclut la Régulation à même le plan de contingence des services préhospitaliers d'urgence. Le MSSS mandate alors l'ensemble des Centres de communications santé de la province d'implanter la régulation comme mesure pour diminuer la pression engendrée par la pandémie de la COVID-19 sur les centres hospitaliers. Plusieurs initiatives indépendantes ont été conséquemment développées et déployées dans les différentes régions du Québec. Afin d'harmoniser et d'assurer la sécurité des pratiques, le MSSS impose un moratoire à l'été 2020. Un comité ministériel composé d'acteurs des centres de régulation régionaux, dont le Groupe Alerte Santé inc. – Centre de communication santé Montérégie (CCS), est donc mis sur pied de juillet à novembre 2020. Ce comité avait pour objectif de mettre en commun les meilleures pratiques et d'établir les lignes directrices provinciales en matière de régulation des demandes préhospitalières. Ce comité s'est concrétisé par la publication au printemps 2021 du *Guide 1 du Cadre de développement des pratiques préhospitalières – Régulation* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021 b).

Le CISSS de la Montérégie-Ouest est donc l'un des premiers CISSS/CIUSSS du Québec à avoir déployé la Régulation en cohérence avec les orientations ministérielles. L'initiative est pilotée par le CCS et les services préhospitaliers d'urgence (SPU) de la Montérégie, dont le CISSS de la Montérégie-Centre est mandataire. En 2020, le CCS a développé une charte de projet ainsi qu'un manuel d'organisation de projet pour encadrer le déploiement de la Régulation en Montérégie (Groupe Alerte Santé inc. - Centre de communication santé Montérégie, 2020; Groupe Alerte Santé inc. - Centre de communication santé Montérégie, 2021). Ce projet a reçu l'aval du MSSS en janvier 2021.

La Régulation a graduellement été implantée à l'été 2021 au CISSS de la Montérégie-Ouest durant une période particulièrement critique pour les urgences. Entre autres, en raison du manque d'un centre hospitalier sur le territoire, les taux d'occupation des urgences dépassent fréquemment la capacité d'accueil maximale, problématique amplifiée par une année de pandémie de la COVID-19. Les temps d'attente aux urgences s'allongent grandement; la rétention et le détournement d'ambulances vers d'autres secteurs sont également fréquents.

La Régulation fait donc partie d'une série de mesures mises de l'avant pour freiner l'augmentation de la pression sur les services d'urgence. Elle propose une offre de service répondant mieux aux besoins des usagers et du réseau, tout en préservant la capacité opérationnelle des services préhospitaliers d'urgence pour les citoyens en détresse.

Le déploiement de la Régulation sera finalisé à l'automne 2022, avec une couverture 7 jours sur 7, 16 heures par jour.

Ce document a pour objectif de présenter la *Régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence* ainsi que son fonctionnement au CISSS de la Montérégie-Ouest. Le modèle logique du projet est présenté à l'annexe A.

L'utilisation du terme « Régulation » pour désigner le processus sera employée tout au long de ce document afin d'en alléger la lecture.

1. Champs d'application

Préalablement à l'implantation de la Régulation, tout appel logé au 911 pour un besoin d'ordre médical se finalisait par un transport de l'utilisateur à l'urgence par ambulance. En raison du cadre législatif, les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU) et les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) ne sont pas autorisés à diriger l'utilisateur vers un lieu de prise en charge autre que l'urgence ou le transporter autrement que par ambulance. De plus, pour de multiples raisons, une proportion importante d'appels logés au 911 sont pour des motifs peu ou pas urgents, ce qui contribue à encombrer les urgences hospitalières déjà fragilisées. Les usagers étaient donc systématiquement transportés par ambulance vers l'urgence même si ce lieu de prise en charge n'était pas optimal pour certains d'entre eux.

Dans cette optique, la Régulation vise à orienter l'utilisateur vers le service répondant le mieux à son besoin, dans un délai sécuritaire ainsi que par un mode de transport adapté à sa condition. La figure 1 illustre le processus de Régulation au CISSS de la Montérégie-Ouest.

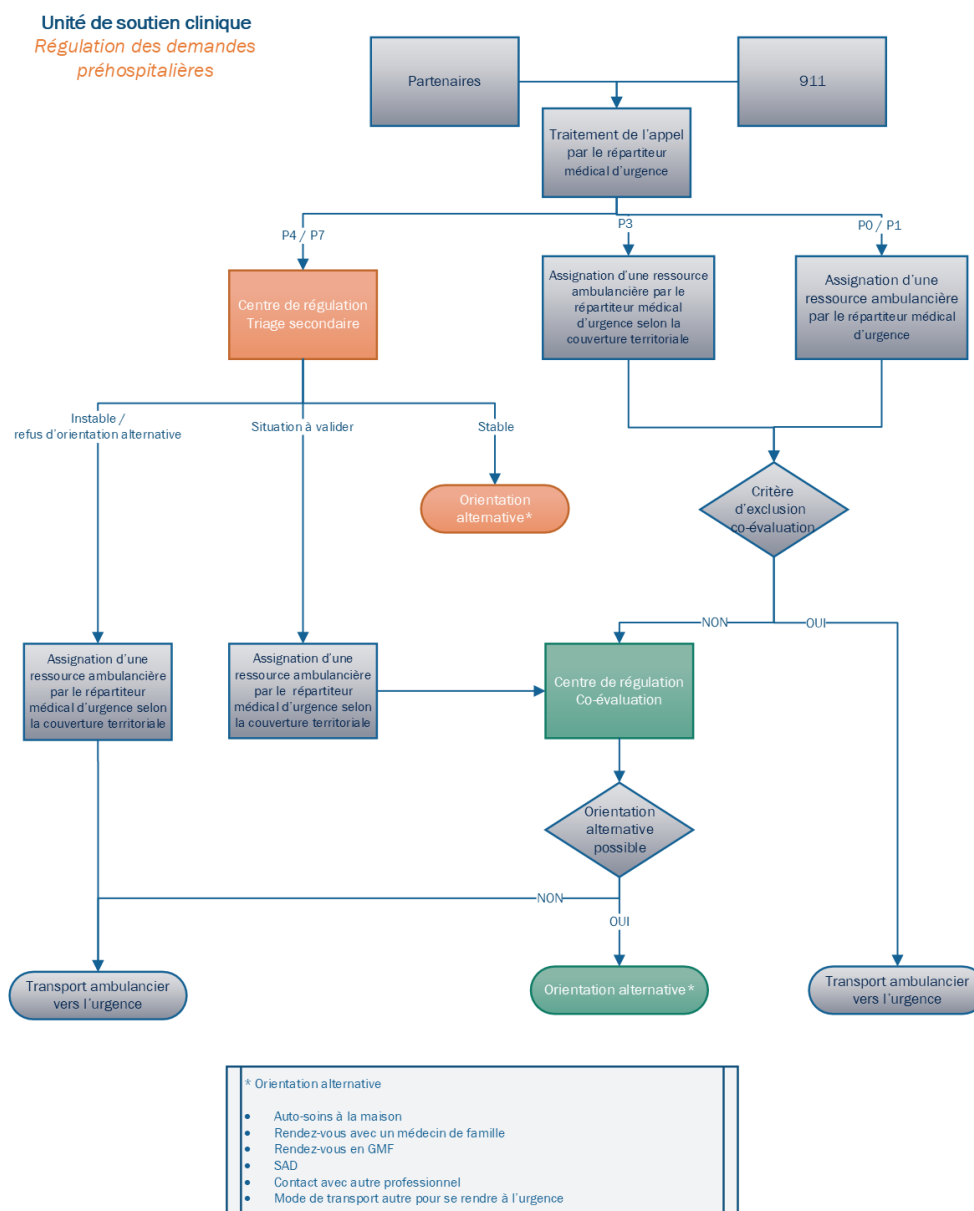


Figure 1 – Processus de Régulation

Cadre de référence sur la régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence

Triage secondaire

Lorsqu'un appel est fait au 911 et est priorisé P4 ou P7 (voir annexe B) par le répartiteur médical d'urgence, l'appel est alors pris en charge par une infirmière de l'unité de soutien clinique (USC), à même la centrale du CCS. Cette infirmière procède à l'évaluation du besoin de l'utilisateur à l'aide de l'outil d'aide à la décision standardisé *Emergency Communication Nurse System*^{MD} (ECNS). Ce logiciel supporte la décision de l'infirmière quant à l'orientation et le délai de prise en charge sécuritaire pour l'utilisateur.

Co-évaluation

Lorsqu'un appel est priorisé P0, P1 ou P3, une ambulance est déployée afin de porter assistance rapidement à l'utilisateur. Les TAP présents au chevet de l'utilisateur peuvent, selon leurs protocoles d'intervention, enclencher un processus de co-évaluation où ils contribuent à l'évaluation infirmière qui s'en trouve bonifiée. Ils peuvent entre autres apprécier le contexte physique, social et environnemental de l'utilisateur de même que mesurer plusieurs signes vitaux et cliniques. Ce travail de collaboration optimise la compréhension de l'infirmière de la situation vécue par l'utilisateur et favorise la sécurité de l'orientation alternative choisie.

Orientation alternative

À l'issue du processus de triage secondaire ou de co-évaluation, l'infirmière, soutenue cliniquement par le logiciel ECNS, prend une décision quant à l'orientation de l'utilisateur ainsi que le mode de transport utilisé. Toujours avec le consentement de l'utilisateur, l'infirmière lui suggère le lieu de prise en charge qui répondrait le mieux à ses besoins. Lorsque sécuritaires, des lieux de prise en charge alternatifs à l'urgence sont proposés tels qu'une orientation vers les cliniques médicales, vers les services du soutien à domicile ou encore, vers les services des cliniques ambulatoires de soins infirmiers. L'infirmière détermine également le mode de transport le plus adapté et, s'il y a lieu, propose à l'utilisateur des alternatives à l'ambulance telles que le transport adapté, un taxi ou encore de se rendre à l'urgence par ses propres moyens.

2. But et objectifs

2.1. But du Cadre de référence

- Optimiser les ressources préhospitalières et hospitalières en évitant le transport systématique par ambulance d'utilisateurs dont la condition est jugée non urgente.

2.2. Objectifs

- Lorsque sécuritaire, réorienter l'utilisateur ailleurs qu'à l'urgence et vers le milieu de soins qui répond le mieux à son besoin;
- Lorsque sécuritaire, utiliser un transport alternatif à l'ambulance pour conduire l'utilisateur à son lieu de prise en charge.

3. Fondements légaux

Par le passé, plusieurs initiatives indépendantes, similaires à la Régulation, ont vu le jour à plusieurs endroits au Québec pour tenter d'optimiser les SPU. Toutefois, comme mentionné dans le document ministériel *Cadre de développement des pratiques préhospitalières* et plus particulièrement dans le *Guide numéro 1 Régulation* :

« Bien qu'il puisse sembler urgent de modifier les processus en place, la multiplicité de projets non évalués et non arrimés peut entraîner une réduction des bénéfices escomptés. La réalisation des projets dans le respect du Cadre de développement des pratiques préhospitalières et du présent guide assure la cohérence et l'efficacité de nos efforts collectifs. » (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021a, 2021b)

Le territoire de la Montérégie-Ouest est donc l'un des premiers CISSS et CIUSSS du Québec à implanter la Régulation tel que déterminé par ces documents d'encadrement.

4. Principes directeurs

Prioriser la sécurité des usagers

Pour bon nombre des appels entrant au 911, la sécurité, et même la vie, des appelants peut être en jeu. Malgré que la Régulation vise les appels peu ou non urgents, la situation de l'utilisateur peut évoluer et se dégrader rapidement. La sécurité des usagers est donc prioritaire et plusieurs éléments sont intégrés au processus afin d'y contribuer. En plus de l'utilisation de l'outil ECNS et la contribution des TAP à l'évaluation infirmière, un suivi téléphonique est systématiquement planifié le lendemain pour tout usager réorienté ailleurs qu'à l'urgence ou transporté autrement que par ambulance afin de faire un suivi de leur état de santé.

Intégrer les services pour mieux répondre aux besoins des usagers

La force de la Régulation repose sur sa capacité à orienter les usagers ailleurs qu'à l'urgence ou par transport alternatif à l'ambulance. Ces orientations alternatives requièrent la présence de trajectoires bien définies entre le CCS et les différents services du réseau. En établissant des collaborations formelles, il est possible d'orienter l'utilisateur vers le milieu de soins et le mode de transport le plus adapté pour sa condition. D'ailleurs, la Régulation priorise la réorientation vers les professionnels ou les services qui offrent déjà des soins et des services aux usagers, qui connaissent bien leurs historiques et leurs antécédents médicaux.

Optimiser les ressources préhospitalières et du réseau de la santé

En favorisant le bon usager, vers le bon milieu de soins, par le bon mode de transport, la Régulation permet de réduire l'utilisation de ressources ambulancières pour des appels peu ou non urgents. Ces ressources sont donc davantage disponibles pour répondre à leur principale mission soit de porter assistance aux personnes vivant des urgences vitales. Cet aspect est d'autant plus important pour un territoire aussi vaste que celui de la Montérégie-Ouest. De surcroît, la réduction des transports ambulanciers jugés non urgents découlant de la Régulation permet d'éviter l'utilisation non essentielle des services des urgences hospitalières.

5. Définitions et modalités

5.1. Trajectoires de services alternatives à l'urgence

Cliniques médicales

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers nécessitant une consultation par un médecin	Selon la disponibilité des plages de réorientation sur RVSQ	La prise de rendez-vous en clinique se fait via la plateforme RVSQ. L'orientation vers le médecin de famille de l'utilisateur est priorisée.

Services du soutien à domicile

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers connus des services de soutien à domicile	8 h à 16 h	L'infirmière de l'USC communique directement avec l'infirmière clinicienne assistante au supérieur immédiat (ICASI) du réseau local de services (RLS) correspondant. Conjointement, en fonction des délais requis, elles déterminent la faisabilité de la prise en charge de l'utilisateur par leurs services

Cliniques ambulatoires de soins infirmiers

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
- Usagers connus des cliniques ambulatoires des soins infirmiers - Usagers correspondant à leur clientèle cible	CLSC Kateri <u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 20 h <u>Samedi et dimanche</u> : 8 h à 12 h 13 h 30 à 16 h	L'infirmière de l'USC communique directement avec l'ICASI du RLS correspondant. Conjointement, en fonction des besoins requis, elles déterminent la faisabilité de la prise en charge de l'utilisateur par leurs services.
	CLSC Châteauguay <u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 20 h <u>Samedi</u> : 8 h à 12 h et 13 h 30 à 16 h	
	CLSC de Saint-Rémi <u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 16 h <u>Samedi</u> : 8 h à 12 h et 13 h 30 à 16 h <u>Dimanche</u> : Fermé (référer la clientèle à Kateri ou Châteauguay)	
	CLSC Jardin-du-Québec (Napierville) <u>Lundi, mercredi et vendredi</u> : Fermé (référer la clientèle à Saint-Rémi) <u>Mardi et jeudi</u> : 8 h à 12 h 13 h 30 à 16 h <u>Samedi et dimanche</u> : Fermé (référer la clientèle à Saint-Rémi)	
	CLSC de Vaudreuil-Dorion <u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 20 h <u>Samedi et dimanche</u> : 8 h à 16 h <u>Jours fériés</u> : 8 h à 16 h	
	CLSC de Rigaud <u>Lundi, mercredi et vendredi</u> : 10 h 30 à 16 h <u>Mardi et jeudi</u> : 8 h à 16 h	
	CLSC de Saint-Polycarpe <u>Lundi au vendredi</u> : 7 h 15 à 15 h 15	
	CLSC Huntingdon	

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
	<u>Lundi au jeudi</u> : 10 h à 20 h <u>Vendredi</u> : 10 h à 17 h <u>Samedi et dimanche</u> : 8 h à 12 h	
	CLSC de Saint-Chrysostome <u>Lundi</u> : 8 h 30 à 16 h 30 <u>Mardi et jeudi</u> : 10 h à 15 h 30	
	CLSC de Salaberry-de-Valleyfield <u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 20 h <u>Samedi et dimanche</u> : 8 h à 16 h <u>Jours fériés</u> : 8 h à 16 h	
	CLSC Beauharnois <u>Lundi au vendredi</u> : 10 h 30 à 16 h	

Info-Santé – Volet 24/7

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers enregistrés à ce service	7 jours sur 7 24 h sur 24	L'infirmière de l'USC communique directement avec un intervenant d'Info-Santé. Conjointement, en fonction des besoins requis, ils déterminent la faisabilité de la prise en charge de l'utilisateur par leurs services.

Info-Social

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers correspondant à leur clientèle cible	7 jours sur 7 24 h sur 24	L'infirmière de l'USC communique directement avec un intervenant d'Info-Social. Conjointement, en fonction des besoins requis, ils déterminent la faisabilité de la prise en charge de l'utilisateur par leurs services.

Guichet d'accès à la première ligne (GAP)

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers sans médecin de famille qui sont sur une liste d'attente du guichet d'accès à un médecin de famille (GAMF)	<u>Lundi au vendredi</u> : 8 h à 18 h <u>Fin de semaine et fériés</u> : 8 h à 12 h et 13 h à 16 h	L'infirmière de l'USC communique directement avec une agente administrative du GAP. Conjointement, en fonction des besoins requis, ils déterminent la faisabilité de la prise en charge de l'utilisateur par leurs services.

5.2. Trajectoires de services alternatives à l'ambulance

Centrale de transport du CISSS de la Montérégie-Ouest

Clientèle cible	Heures d'ouverture	Modalités de réorientation
Usagers étant dans l'incapacité de se rendre à l'urgence (ou autre milieu de soins alternatif à l'urgence) par leurs propres moyens et dont l'état de santé physique ou mentale ne requiert pas le plateau technique d'une ambulance	<u>Lundi au vendredi</u> : 7 h à 20 h	L'infirmière de l'USC communique directement avec un répartiteur de la centrale de transport du CISSS. Conjointement, ils déterminent la faisabilité et le type de transport adapté aux besoins de l'utilisateur.

6. Rôles et responsabilités

Groupe Alerte Santé inc. - Centre de communication santé Montérégie

- Assurer la coordination, le pilotage et l'opérationnalisation de la Régulation pour l'ensemble de la Montérégie;
- Assurer une gestion quotidienne des activités ainsi qu'une surveillance du processus de Régulation;
- Développer et coordonner la formation adressée aux RMU et aux infirmières de l'USC;
- Assurer l'adoption de pratiques sécuritaires et l'établissement de normes cliniques pour les RMU et les infirmières ainsi que d'en faire le suivi;
- Agir à titre de porteur et porte-parole de la Régulation.

Services préhospitaliers d'urgence

- Assurer la coordination de l'offre de services de la Régulation;
- Développer et coordonner la formation adressée aux TAP;
- Assurer l'adoption de pratiques sécuritaires et l'établissement de normes cliniques pour les TAP ainsi que d'en faire le suivi.

Direction générale du CISSS de la Montérégie-Ouest

- Effectuer, auprès du MSSS, les représentations nécessaires à l'avancement de la Régulation au CISSS de la Montérégie-Ouest;
- Assurer une compréhension commune de la Régulation auprès des différents gestionnaires et des partenaires régionaux.

Département régional de médecine générale (DRMG)

- Assurer une compréhension commune du processus de Régulation auprès de leurs membres;
- Favoriser l'octroi, par leurs membres, de plages horaires de réorientation disponibles pour la Régulation;
- Identifier les responsables de la garde médicale pour la Régulation, si requise.

Directions cliniques impliquées dans les trajectoires de services alternatifs à l'urgence, soit la :

- Direction des services professionnels et de l'enseignement médical (DSPEM)
- Direction des services de soutien à domicile et de la gériatrie (DSSADG)
- Direction des soins infirmiers et de l'enseignement universitaire (DSIEU)
- Direction des soins infirmiers – Info-Santé (24/7) et Info-Social (CISSS de la Montérégie-Centre)

- Déterminer les critères d'éligibilité et les modalités de réorientation des usagers nécessitant un lieu de prise en charge alternatif à l'urgence (ex. : intervenants responsables, horaire de couverture, coordonnées, plateaux techniques disponibles, informations à transmettre, etc.);
- Transmettre les informations nécessaires aux intervenants impliqués dans la réorientation.

Direction de la logistique (DL)

- Déterminer les critères d'éligibilité et les modalités de réorientation des usagers nécessitant un transport alternatif à l'urgence (ex. : horaire de couverture, types de transport disponibles, coordonnées, informations à transmettre, etc.);
- Transmettre les informations nécessaires aux employés de la centrale de transport.

Direction des communications et des affaires publiques (DCAP)

- Établir les besoins de communication afin d'informer adéquatement le personnel du réseau, les partenaires ainsi que les usagers;
- Développer et mettre en œuvre le plan de communication du processus de Régulation au CISSS de la Montérégie-Ouest.

7. Mise en œuvre

7.1. Planification de l'évaluation

Afin d'assurer une cohérence entre les objectifs, les activités et les effets visés par la Régulation, un plan d'évaluation a été élaboré. Ce plan présente les indicateurs de suivi ciblés de même que les méthodes et analyses pour chacun d'entre eux.

Object d'évaluation	Régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence			
Groupe cible	Usagers appelant au 911 pour assistance médicale sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest			
Utilisateurs de l'information	- Personnel impliqué auprès des trajectoires alternatives à l'urgence et à l'ambulance - Personnel préhospitalier et du réseau de la santé et des services sociaux - Direction générale du CISSS de la Montérégie-Ouest - Ministère de la Santé et des Services sociaux			
Objectifs d'évaluation	Indicateurs	Sources	Outils	Fréquence
Évaluer l'implantation de la Régulation au CISSS de la Montérégie-Ouest	Répartition des appels par cote de priorité entrant à Alerte Santé	CCS	Priority Dispatch™ LowCode	En continu
	Proportion des appels priorités P4 et P7 pris en charge par l'unité de soutien clinique (USC)		Low code / Fiches d'appel	
	Proportion des appels régulés en triage secondaire ainsi qu'avec la contribution des paramédics à l'évaluation infirmière		Fiches d'appel	
Évaluer les impacts de la Régulation sur les ressources préhospitalières et du réseau de la santé et des services sociaux	Orientation des usagers suite à la prise en charge par l'USC	CCS	Fiches d'appel	En continu
	- Proportion de réorientation de l'urgence (prise en charge ailleurs qu'à l'urgence) par rapport au total d'appel pris en charge par l'USC - Proportion de réorientation de l'ambulance (transport alternatif vers l'urgence) par rapport au total d'appel pris en charge par l'USC			
	Motifs d'annulation d'une visite à l'urgence			
	Motifs d'annulation du transport en ambulance			
	Motifs de maintien de l'ambulance			
Évaluer les impacts de la Régulation sur les parties prenantes	Taux de satisfaction des usagers ayant bénéficié de la Régulation	CCS	Fiches d'appel	En continu
	Taux de satisfaction des infirmières œuvrant à l'USC	CCS	Questionnaire structuré	
	Taux de satisfaction des techniciens ambulanciers paramédics	Coopérative des techniciens ambulanciers de la Montérégie (CETAM)	Questionnaire structuré	
	Taux de satisfaction des personnes impliquées dans les trajectoires alternatives à l'urgence et à l'ambulance	CISSS de la Montérégie-Ouest	Questionnaire structuré	

8. Conclusion

Ce cadre de référence détaille la *Régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence* ainsi que son fonctionnement au CISSS de la Montérégie-Ouest. En cohérence avec le plan d'évaluation présenté dans ce document, une analyse de son implantation et de ses impacts au sein de l'organisation a été réalisée sur une période de neuf mois. Les résultats de la Régulation démontrent la plus-value de ce processus sur la pertinence des soins et services prodigués aux usagers (bon usager, vers le bon milieu de soins, par le bon mode de transport). La Régulation permet la réduction de transports ambulanciers jugés non urgents, ce qui permet de maintenir, voire d'augmenter la disponibilité des ressources préhospitalières et hospitalières de manière à ce qu'elles soient employées à leur principale mission : la gestion d'urgences vitales.

9. Liste des annexes

- Annexe A : Modèle logique
- Annexe B : Protocole opérationnel ministériel – Priorités d'affectation préhospitalière 0-8 (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021c)

Références

Groupe Alerte Santé inc. - Centre de communication santé Montérégie. (2020). *Charte de projet-Centre de régulation régional*.

Groupe Alerte Santé inc. - Centre de communication santé Montérégie. (2021). *Manuel d'organisation de projet-Centre de régulation régional*.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021a). *Cadre de développement des pratiques préhospitalières*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003003>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021 b). *Guide numéro 1 du Cadre de développement des pratiques préhospitalières – Régulation*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003004>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2021c). *Protocole opérationnel ministériel-Priorités d'affectation préhospitalière 0-8*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/documents/guide-gestion-urgences/priorites-affectation-prehospitaliere-0-8.pdf>

Processus d'élaboration/Révision		
Rédigé par	Geneviève Demers, agente de planification, de programmation et de recherche volet développement et évolution des pratiques, DSMREU	2022-09-20
Révisé par		
Personnes consultées	Jennifer Mascitto, chef de service au développement et à l'évolution des pratiques, DSMREU	2022-05-17
	Sophie Poirier, directrice adjointe des services multidisciplinaires, volet qualité et évolution de la pratique, DSMREU	2022-05-17
	Claude Marie Hébert, coordonnatrice à la qualité du service, Groupe Alerte Santé inc. – Centre de communication santé Montérégie	2022-05-17
	Diane Verreault, conseillère en soins infirmiers, Groupe Alerte Santé inc. – Centre de communication santé Montérégie	2022-05-17
	Dave Ross, directeur médical régional, services préhospitaliers d'urgence, CISSS de la Montérégie-Centre	2022-05-17
	Jean-Marc Breton, coordonnateur régional, services préhospitaliers d'urgence, CISSS de la Montérégie-Centre	2022-05-17
	Paméla Déry, technicienne en administration, DGAPSPGS	2023-01-13

Historique du document		
CLINIQUE		
Approuvé par	Le Comité de coordination clinique	Date 2023-01-24
Commentaires		

ANNEXE A

Modèle logique

Objectif ultime	Optimiser les ressources préhospitalières et hospitalières en évitant le transport systématique par ambulance d'usagers dont la condition est jugée non urgente
Groupe cible	Usagers appelant au 911 pour assistance médicale sur le territoire du CISSS de la Montérégie-Ouest
Objectifs spécifiques	• Lorsque sécuritaire, réorienter l'usager ailleurs qu'à l'urgence et vers le milieu de soins qui répond le mieux à son besoin • Lorsque sécuritaire, utiliser un transport alternatif à l'ambulance pour conduire l'usager à son lieu de prise en charge
Activités	• Triage secondaire des appels initialement priorisés P4 ou P7 par le répartiteur médical d'urgence • Contribution des TAP à l'évaluation infirmière pour les appels priorisés P0, P1 et P3 éligibles au processus de Régulation • Réorientation des usagers vers un milieu de soins et par le mode de transport répondant le mieux à leurs besoins
Intrants	<u>Ressources humaines :</u> • Personnel préhospitalier • Équipes cliniques et soutien impliqués dans les trajectoires alternatives <u>Ressources informationnelles :</u> • Logiciels Priority Dispatch™ LowCode et Emergency Communication Nurse System • Hélios (Hôpital Anna-Laberge), STAT-Urgence (Hôpital du Suroît), Clinibase (Hôpital Barrie Memorial) • Formation des infirmières de l'USC, des RMU et des TAP • Activité de diffusion de la Régulation aux différentes équipes cliniques et soutien impliqués dans les trajectoires alternatives
Extrants	• Nombre d'heures couvertes par les infirmières de l'USC • Nombre d'heures couvertes par les services des trajectoires alternatives à l'urgence et au transport ambulancier • Nombre de TAP contribuant à l'évaluation infirmière • Nombre d'usagers réorientés par trajectoire alternative à l'urgence ou au transport ambulancier • Nombre d'appels pris en charge par le CCS • Nombre d'appels pris en charge par l'USC
Effets ciblés	• Diminution de l'achalandage à l'urgence • Diminution des visites non essentielles à l'urgence • Diminution des transports ambulanciers cotés P4/P7 vers l'urgence
Effets hors cible	• Élargissement de la portée du mandat des TAP • Diminution du temps d'attente à l'urgence • Diminution du délai moyen de l'ambulance en centres hospitaliers (délai entre l'arrivée de l'ambulance à l'urgence et le moment où l'ambulance se remet « disponible sur la route ») • Diminution du nombre ultérieur de visites à l'urgence • Diminution du risque de complications nosocomiales et de déclin fonctionnel liés à un séjour à l'urgence • Amélioration de la qualité de vie au travail du personnel préhospitalier et hospitalier • Amélioration de la collaboration et la continuité des soins et services entre le préhospitalier et les équipes concernées

ANNEXE B

Protocole opérationnel ministériel – Priorités d'affectation préhospitalière 0-8
(Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021c)

Origine de la demande GRAND PUBLIC (9-1-1)			Origine de la demande INTERÉTABLISSEMENT			
PRIORITÉ	NATURE DE LA DEMANDE	Délai d'affectation	PRIORITÉ	NATURE DE LA DEMANDE	Délai d'affectation	Objectif de TR moyen
0	Haut risque d'arrêt cardio-respiratoire	Affectation immédiate urgente prioritaire				
1	Risque immédiat de mortalité	Affectation immédiate urgente				
			2	Patient instable Risque élevé de morbidité et/ou mortalité immédiate	Affectation immédiate	< 30 minutes dans 95% du temps
3	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation immédiate				
4	Risque potentiel de détérioration clinique (risque de morbidité)	Affectation : < 30 minutes en dedans de 80% < 60 minutes en dedans de 90%				
			5	Patient stable pour transport rapide Ces patients correspondent à une clientèle avec un traitement débuté dans un centre exigeant un suivi ou un soutien non disponible au centre référant; ces patients présentent un faible risque de morbidité et de détérioration clinique à court terme. Retour d'examen/rendez-vous d'un patient qui requiert une surveillance clinique accrue ou des traitements actifs (soins intensifs, coronariens ou intermédiaires)	Affectation : < 30 minutes dans 95% du temps	< 60 minutes dans 95% du temps
			6	Patient stable avec rendez-vous Patients stables avec besoins de monitoring clinique faisant objet de rendez-vous définis (programmés) pour des traitements et/ou des investigations. Patients en soins palliatifs nécessitant transport en ambulance.	Affectation selon l'heure prévue du rendez-vous (pouvant aller jusqu'à 2 h plus tôt)	Non applicable
7	Situation clinique stable, sans risque identifié, ayant peu de risque de détérioration immédiate	Affectation : < 2 heures en dedans de 80% < 3 heures en dedans de 90%				
			8	Patient stable pour transfert non urgent Patients stables avec besoins de monitoring clinique nécessitant un transfert avec des soins médicaux et/ou un support trop spécialisé pour un transport adapté.	Affectation : < 12 heures	Non applicable

Cadre de référence sur la régulation des demandes de services préhospitaliers d'urgence

