

ANNEXE 2

CARTOGRAPHIE DES CHANGEMENTS

Préambule

Le 25 juillet 2022 commençait l'application de la *Directive de libération rapide du patient ambulatoire et stable à la salle d'urgence en vue de son triage (LRP)*. La directive a été développée pour améliorer la fluidité des patients non critiques à la salle d'urgence, permettre une remise en disponibilité diligente des paramédics et ainsi augmenter la sécurité de la communauté. Les résultats lors des transports où la LRP est appliquée sont intéressants, on remarque un gain en temps de 24,5%.ⁱ

La conformité clinique (98,15% de conformité des 649 cas révisés des trois premiers mois) ainsi que l'absence d'accident, d'incident et de plainte démontrent que la LRP est sécuritaire pour les patients.

Comme planifié dans le déploiement initial de la directive, des travaux ont été faits pour la bonifier.

Voici les changements pour chacune des sections :

Titre de la directive

Retrait de « ambulatoire ». Selon la définition de thésaurus de l'activité gouvernementale : patient capable de marcher alors qu'il se trouve en attente de soins dans la salle d'urgence d'un hôpital. <https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=9002>

Retrait de ce terme pour inclure le patient dont la mobilité est réduite et pouvant attendre en fauteuil roulant.

Indications

Retrait de la référence aux PICTAP afin de rendre la directive pérenne avec les PICPSP.

Déplacement de « Ne requiers pas de soins actifs à être dispensés par les paramédics » et de « Ne requiers pas une surveillance clinique constante par les paramédics » dans les contre-indications.

Ajout à « ambulatoire » de « ou pouvant être assis de façon sécuritaire dans un fauteuil roulant dans la salle d'attente », en lien avec le changement du nom de la directive.

Contre-indications

Précision de « incluant les conditions cliniques nécessitant un électrocardiogramme à 12 dérivés » pour le patient qui requiert une surveillance clinique constante.

Remplacement de « Douleur thoracique » par « présente un tableau clinique de syndrome coronarien aigu (SCA) » avec la définition des PICPSP :

« Tableau clinique compatible avec une ischémie cardiaque. Celui-ci est composé d'éléments tels que : douleur ou malaise entre l'ombilic et la mâchoire (incluant le thorax, dos et bras); douleur ou malaise correspondant à la symptomatologie du patient connu MCAS; dyspnée, faiblesse, diaphorèse ou pâleur soudaine et inexplicée. »

Ajout de « présente un tableau clinique d'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu » avec la définition des PICPSP :

« Tableau clinique d'un AVC aigu. Celui-ci est composé d'éléments, apparus récemment, tels que : paralysie ou parésie; paresthésie; trouble du langage; confusion, agitation; perte d'équilibre, vertiges, ataxie; céphalée (intense et/ou subite), hémiparésie. »

Ajout de « a eu une période de convulsions témoignée par les TAP ».

Remplacement de « Dyspnée » par « a une dyspnée non soulagée » pour inclure les patients soulagés à la suite d'un traitement en préhospitalier.

Retrait de « Patient ayant reçu un traitement médicamenteux par les paramédics » pour les raisons suivantes :

- Les patients nécessitant de l'AAS et de la nitroglycérine pour un tableau clinique de syndrome coronarien aigu sont exclus de la directive.
 - Les patients ayant reçu de l'épinéphrine, du midazolam, du fentanyl ou de la naloxone nécessitent une surveillance clinique et sont exclus de la directive.
 - Les patients ayant reçu du glucagon ou du salbutamol et dont l'état est stabilisé sont éligible à la directive.
-

Remplacement de « Histoire de traumatisme craniocérébral (TCC), même si alerte (Glasgow 15/15) » par « a subi un traumatisme craniocérébral (TCC) symptomatique » avec une adaptation de la définition de l'INESSS ^{(ii),(iii)} :

« Un TCC symptomatique comprend un mécanisme de la blessure (chute, accident de la route, travail, sportif, loisir, etc.) associé à au moins un des éléments suivants : signe observable (une période d'altération de l'état de conscience, confusion, ralentissement psychomoteur, amnésie, convulsions, troubles d'équilibre ou de coordination) ou symptôme ressenti (céphalée, nausée, trouble de vision, etc.). »

Retrait de « Patient avec immobilisation spinale », car le patient ne peut être installé de façon sécuritaire dans la salle d'attente (indication).

Reformulation de la clientèle vulnérable ou à risque par :

« est vulnérable ou à risque d'errance, de fugue ou de chute. À titre d'exemple, mais non limité :

- aux troubles cognitifs, non accompagné d'un adulte responsable;
 - à la pédiatrie < 14 ans, non accompagné d'un adulte responsable;
 - à l'urgence suicidaire, même si collaborateur, à moins d'être sous la surveillance d'un agent de la paix; »
-

Retrait de certains critères trop spécifiques ou pour lesquels la surveillance du paramédics n'a pas d'impact :

- « Épistaxis avec hypertension »;
 - « Vomissements actifs »;
 - « INR élevé > 8 sans saignement actif »;
 - « Signe de phlébite ou thrombose artérielle ».
-

Retrait de l'échelle de douleur dans « Douleur sévère ou à 6/10 ou plus et invalidante » pour éliminer l'aspect subjectif du patient.

Ajout de « soins palliatifs ».

Remarques

Retrait de la notion que la directive ne doit être appliquée qu'en centre hospitalier puisque l'éligibilité du patient pourrait avoir un impact sur sa trajectoire (entente de répartition).