

8 février 2024

## Protocole opérationnel ministériel préhospitalier pour la libération rapide des usagers

Intervenants ciblés : Paramédics en soins primaires  
Paramédics en soins avancés

La *Directive de libération rapide du patient ambulatoire et stable à la salle d'urgence en vue de son triage (LRP)*, déployée en juillet 2022, s'est démontrée avantageuse et sécuritaire pour les patients. Rappelons qu'un des objectifs était de libérer, dans la salle d'attente, les patients ne nécessitant pas le niveau de soins et de surveillance clinique des paramédics et ainsi augmenter la fluidité intrahospitalière. Entre autres, cela permet d'offrir la meilleure réponse possible aux patients de « notre salle d'attente à nous » qu'est la population de Montréal et Laval.

Après la première phase de déploiement, une révision des critères était prévue dans la planification de la LRP. Depuis l'implantation, nous avons collecté les données suivantes :

- Aucun évènement indésirable au regard de la santé et la sécurité des usagers;
- La démonstration de la capacité des paramédics à évaluer/apprécier adéquatement l'état clinique des patients;
- Les commentaires des paramédics relevés lors des briefings, par courriel et auprès des instructeurs dans leurs tournées en centre hospitalier.

Ces constats nous ont permis de présenter une version améliorée à la Direction médicale nationale (DMN) des Services préhospitaliers d'urgence (SPU). Celle-ci a décidé d'aller de l'avant avec la nouvelle directive, non seulement pour Urgences-santé, mais également à l'échelle de la province en publiant le *Protocole opérationnel ministériel préhospitalier pour la libération rapide des usagers (LRU)*.

Vous trouverez en annexe 1 le nouveau protocole et en annexe 2 la cartographie des changements.

Notons que, régionalement, la fiche de libération rapide (dans les écritoirs métalliques) a été identifiée comme le meilleur moyen de transmission de l'information à l'infirmière du triage. Elle est aussi l'outil de choix pour assurer l'amélioration continue de la qualité. Ainsi, la fiche doit être remplie pour chaque usager libéré dans la salle d'attente.

Pour toute problématique au regard de la LRU ou situation de refus d'application de la LRU par le centre hospitalier receveur, nous vous prions de remplir un rapport complémentaire. Nous pourrions ainsi assurer les suivis nécessaires.

Le tout est applicable dès maintenant.

Merci de votre collaboration.

Sébastien Légaré  
Directeur des soins

Jocelyn Barriault, MD  
Directeur médical régional

---

Collaborateur à la rédaction :  
Erik Landry, spécialiste en préhospitalier, Service de la qualité des soins et normes professionnelles — volet paramédical

## ANNEXE 1

# PROTOCOLE OPÉRATIONNEL MINISTÉRIEL PRÉHOSPITALIER POUR LA LIBÉRATION RAPIDES DES USAGERS

## PROTOCOLE OPÉRATIONNEL MINISTÉRIEL PRÉHOSPITALIER POUR LA LIBÉRATION RAPIDE DES USAGERS

**PROTOCOLE :** Protocole de libération rapide des usagers transportés en ambulance à la salle d'urgence

**AUX :** Techniciens ambulanciers paramédicaux  
Personnel de l'urgence du centre receveur

### CONTEXTE

Le protocole vise à réduire le délai de remise en disponibilité de la ressource ambulancière par la libération rapide des usagers répondant aux indications définies par le directeur médical national.

Il définit les rôles et responsabilités des techniciens ambulanciers paramédicaux et de la personne responsable du triage des usagers à l'urgence du centre hospitalier receveur.

Le protocole s'applique lorsque l'usager est :

- jugé stable par les techniciens ambulanciers paramédicaux (TAP) (absence de critères d'instabilité selon les protocoles d'interventions cliniques à l'usage des TAP);
- ambulant ou pouvant être assis de façon sécuritaire dans un fauteuil roulant dans la salle d'attente;
- apte à demander de l'aide à l'infirmière au triage en cas de besoin.

Le protocole ne s'applique pas lorsque l'usager :

- requiert une surveillance clinique constante incluant les conditions cliniques nécessitant un électrocardiogramme à 12 dérivés;
- requiert des soins actifs;
- présente un tableau clinique de syndrome coronarien aigu (SCA);
- présente un tableau clinique d'accident vasculaire cérébral (AVC) aigu;
- a perdu conscience;
- a eu une période de convulsions témoignée par les TAP;
- a une dyspnée non soulagée;
- a subi un traumatisme craniocérébral (TCC) symptomatique;
- 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;
- a un signe de fracture d'une extrémité avec atteinte neuro-vasculaire;
- a une douleur sévère et invalidante;

- est transféré en ambulance dans un autre établissement de santé (incluant les soins palliatifs);
- est inclus dans toute autre situation considérée inadéquate ou non sécuritaire pour le patient selon le jugement du TAP.

Le tableau clinique d'un SCA 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 avec une maladie coronarienne athérosclérotique;
- dyspnée, faiblesse, diaphorèse ou pâleur soudaine et inexplicée.

Le tableau clinique d'AVC aigu 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.

Le TCC symptomatique comprend un mécanisme de la blessure (accident de la route, travail, sportif, loisir, etc.) et 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.).

## **PRINCIPES D'APPLICATION**

### **ENCADREMENT LÉGAL**

La Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., ch. S 6-2) stipule que :

- Article 1 : « La présente loi vise à ce que soit apportée, en tout temps, aux personnes faisant appel à des services préhospitaliers d'urgence une réponse appropriée, efficiente et de qualité ayant pour but la réduction de la mortalité et de la morbidité à l'égard des personnes en détresse. À cette fin, elle encadre l'organisation des services préhospitaliers d'urgence et favorise leur intégration et leur harmonisation à l'ensemble des services de santé et des services sociaux. Elle identifie les services à mettre en place, les différents acteurs de cette organisation et précise les droits, rôles et responsabilités de ces derniers. »

### **RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS INTERVENANTS**

- **Techniciens ambulanciers paramédicaux**
  - Informent l'utilisateur qu'il sera installé dans la salle d'attente afin d'être vu par l'infirmière au triage.
  - Informent l'utilisateur qu'il doit aviser l'infirmière du triage si son état se détériore et lui indiquent l'endroit.
  - Installent confortablement l'utilisateur dans la salle d'attente sur une chaise fixe, un fauteuil roulant, un fauteuil gériatrique ou une civière dédiée.
  - Maintiennent l'intégrité physique de l'utilisateur avec une couverture, un drap, etc.
  - Avisent l'infirmière du triage et lui transmettent l'information requise.

- Confirment l'acceptation par l'infirmière de l'établissement de la prise en charge de l'utilisateur.
  - Documentent au rapport d'intervention préhospitalière (RIP) l'ensemble des informations cliniques en précisant :
    - si l'utilisateur a été installé sur une chaise fixe, un fauteuil roulant, un fauteuil gériatrique ou une civière dédiée dans la salle d'attente;
    - quels gestes ou soins ont été effectués afin de maintenir l'intégrité physique de l'utilisateur (couverture, drap, etc.);
    - le refus, par le personnel de l'urgence, de libération rapide des usagers transportés en ambulance à la salle d'urgence, le cas échéant.
  - Expliquent et conignent, pour tous les usagers admissibles, toute non-application du protocole de libération rapide des usagers transportés en ambulance à la salle d'urgence, le cas échéant.
  - Remettent la copie du RIP au commis à l'inscription tout en l'informant que l'utilisateur se trouve dans la salle d'attente du triage.
- **Personnel de l'urgence du centre hospitalier receveur**
    - Priorise le triage des usagers transportés en ambulance à la salle d'urgence indépendamment de leur condition clinique à moins qu'un usager ambulant ne requière l'attention et l'intervention immédiates de l'infirmière responsable du triage ou que cette dernière ou ce dernier évalue un usager au moment de l'arrivée des TAP.
    - Accepte, à la suite de la reddition de compte des TAP, la prise en charge de l'utilisateur.
    - Explique et consigne tout refus de libération rapide des usagers transportés en ambulance à la salle d'urgence.

## RÈGLES DE SÉCURITÉ ET OBLIGATIONS

Les usagers répondant aux indications doivent être libérés immédiatement par les TAP dans la salle d'attente en vue de leur triage par l'infirmière de la salle d'urgence.

En tout temps, la sécurité de l'utilisateur doit être la principale préoccupation des TAP.

## REMARQUES

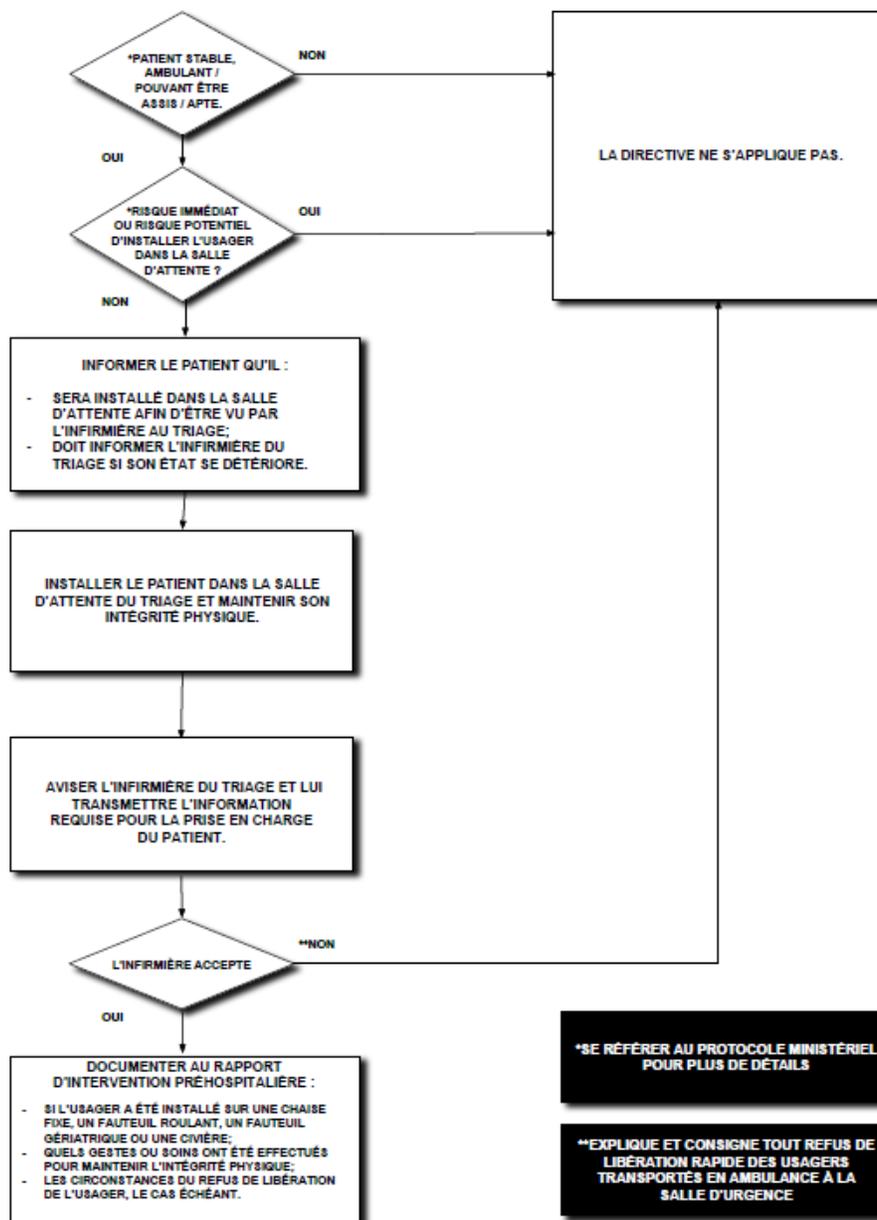
Le ministère de la Santé et des Services sociaux considère les réalités et les obligations des différentes organisations voulant que certaines mesures soient modulées aux contextes.

Toutefois, les inclusions et les exclusions au présent protocole ne peuvent être modifiées sans le consentement exclusif du directeur médical national du préhospitalier.

Selon la région sociosanitaire, des responsabilités peuvent s'ajouter aux responsabilités des différents intervenants identifiées dans le présent protocole.

La mention à l'utilisateur de la possibilité qu'il soit installé dans la salle d'attente pour son triage, avant son arrivée au centre hospitalier, pourrait générer un refus de transport.

## PROCÉDURE PROVINCIALE DE LIBÉRATION RAPIDE DES USAGERS TRANSPORTÉS EN AMBULANCE À LA SALLE D'URGENCE



## 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%.<sup>i</sup>

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. <a href="https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=9002">https://www.thesaurus.gouv.qc.ca/tag/terme.do?id=9002</a>
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 inexpliquée. »
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.

<p>Retrait de « Patient ayant reçu un traitement médicamenteux par les paramédics » pour les raisons suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients nécessitant de l'AAS et de la nitroglycérine pour un tableau clinique de syndrome coronarien aigu sont exclus de la directive.</li> <li>• 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.</li> <li>• Les patients ayant reçu du glucagon ou du salbutamol et dont l'état est stabilisé sont éligible à la directive.</li> </ul>
<p>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 <sup>(ii),(iii)</sup> :</p> <p>« 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.). »</p>
<p>Retrait de « Patient avec immobilisation spinale », car le patient ne peut être installé de façon sécuritaire dans la salle d'attente (indication).</p>
<p>Reformulation de la clientèle vulnérable ou à risque par :</p> <p>« est vulnérable ou à risque d'errance, de fugue ou de chute. À titre d'exemple, mais non limité :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• aux troubles cognitifs, non accompagné d'un adulte responsable;</li> <li>• à la pédiatrie &lt; 14 ans, non accompagné d'un adulte responsable;</li> <li>• à l'urgence suicidaire, même si collaborateur, à moins d'être sous la surveillance d'un agent de la paix; »</li> </ul>
<p>Retrait de certains critères trop spécifiques ou pour lesquels la surveillance du paramédics n'a pas d'impact :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• « Épistaxis avec hypertension »;</li> <li>• « Vomissements actifs »;</li> <li>• « INR élevé &gt; 8 sans saignement actif »;</li> <li>• « Signe de phlébite ou thrombose artérielle ».</li> </ul>
<p>Retrait de l'échelle de douleur dans « Douleur sévère ou à 6/10 ou plus et invalidante » pour éliminer l'aspect subjectif du patient.</p>
<p>Ajout de « soins palliatifs ».</p>

## 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).

<sup>i</sup> Urgences-santé. 2023. État de la situation: Suivi de la performance de la directive concernant la libération rapide des patients ambulatoires transportés en ambulance à la salle d'urgence (LRP/ six mois).

<sup>ii</sup> INESSS. 2018. État des connaissances : Traumatisme craniocérébral léger. [En ligne]. Disponible : <https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/3427233>

<sup>iii</sup> INESSS. 2021. Évaluation et gestion du risque de complications neurologiques graves à la suite d'un traumatisme craniocérébral léger. [En ligne]. Disponible : <https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/evaluation-et-gestion-du-risque-de-complications-neurologiques-graves-a-la-suite-dun-traumatisme-craniocerebral-leger.html>