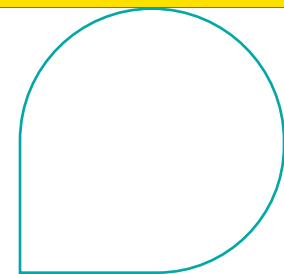




**Ambulanciers paramédicaux
et soins palliatifs**

Pour un service vital aux Canadiens



  ← Utilisez ce bouton pour revenir à la table des matières de la section actuelle.

↑ Utilisez ce bouton pour revenir à la trousse.

Les onglets de couleur indiquent la section en cours et permettent d'accéder au début de la section.



Instructions

Cette page présente les fonctions de navigation de la trousse de changement interactive.

INTRODUCTION

HISTOIRE DES
AMBULANCIERS
PARAMÉDICAUX

ÉLÉMENTS
ESSENTIELS

IDÉES ET CONCEPTS
DE CHANGEMENT

FACTEURS
FAVORABLES
ET OBSTACLES

ÉVALUATION ET
PÉRENNITÉ

RESSOURCES
SUPPLÉMENTAIRES



Table des matières

Contributeurs	5
Table des matières de la trousse de changement	10
Introduction	11
• Remerciements	12
• Remarque au sujet du présent document	13
• Résumé	14
• Principales conclusions	16
• Comment naviguer dans cette trousse	17
• Remarque au sujet de la langue	18
• Termes clés	19
• Acronymes	20
Histoire des ambulanciers paramédicaux et des soins palliatifs	23
• Contexte	24
• Innovation dans la prestation des soins palliatifs – Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Alberta	25
• Résumé du projet collaboratif	26
• Concrétiser le changement	28
• Administrations participantes	30
• Administrations d'encadrement	30
• L'innovation	32
• But/objectifs du programme	33
Éléments essentiels	34
• Engagement de la direction et structure de gouvernance claire	35
• Mobilisation et participation des parties prenantes	36
• Mobilisation de la personne, de la famille et du proche aidant	40
• Niveaux de mobilisation	40
• Recrutement de personnes/familles/proches aidants partenaires	43
• Examen déontologique	45
• Le pouvoir des histoires	46
• Identification de la population de patients	48
• Critères d'inclusion et inscription au programme	51
• Élaboration et conception du modèle de programme	55
• Guide/protocole de pratique clinique	55
• Nouveaux médicaments	56
• Protocole de répartition	59
• Accès aux plans de soins anticipé/souhaits	61
• Consultation clinique/soutien d'experts	63
• Continuité des soins, attente à l'égard des soins collaboratifs et communication entre les fournisseurs	65
• Méthode de mise en œuvre	69
• Résumé des composantes du modèle de programme par administration	70
• Répercussions législatives et réglementaires	71
• Considérations et répercussions financières	73
• La logistique	75
• Sensibilisation et formation	76
• Profil national des compétences professionnelles	78
• Formation administrative et clinique	80
• Participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis	90



Idées et concepts de changement	93
• Le questionnaire de projet : un agent de changement	94
• Définir le changement	98
• Outils et ressources clés pour soutenir le changement	102
Facteurs favorables et obstacles	103
• Facteurs favorables	104
• Obstacles	109
• Hypothèses, contraintes et relations de dépendance	115
Évaluation et pérennité	117
• Collecte et évaluation des données	118
• Évaluation d'un nouveau programme	118
• Collecte de données pour assurer et améliorer continuellement la qualité	121
• Programmes de recherche continus	122
• Partage de vos conclusions – Application des connaissances	123
• Accès aux données et partage de vos conclusions – planification et évaluation du programme par rapport à la recherche	124
• Principales conclusions	125
• Pérennité	128
• Rétrospective et planification	136

Ressources supplémentaires	139
• Tableau contextuel des administrations	140
• Résumés des programmes	150
• Résumés de la formation	184
• Ressources des personnes, des familles et des proches aidants	213
• Collaboration avec les personnes/ familles/proches aidants partenaires	213
• Ressources pratiques des personnes/ famille/proches aidants	216
• Recrutement de personnes/familles/ proches aidants – Liste des organismes provinciaux	217
• Publications pertinentes	218
• Références	220



Contributeurs

Équipe de rédaction et d'examen

Cheryl Cameron, PSA, M. Ed.

*Directrice des opérations, Portail palliatif canadien
Enseignante et formatrice, Excellence en santé Canada
Boursière, McNally Project for Paramedicine Research
Ancienne chef, EMS Palliative and End of Life Care Assess,
Treat and Refer Program de l'Alberta*

Alix Carter, M. D., MPH, FRCPC

*Directrice médicale de la recherche, Services de santé d'urgence
de la Nouvelle-Écosse
Université Dalhousie, directrice de la Division des SMU du Département
de médecine d'urgence
Université Dalhousie, professeure agrégée, Département de médecine
d'urgence, Département de génie industriel
Responsable médicale, Programme de soins palliatifs paramédicaux
à domicile^{MC}*

Shelly Crick, Ph. D.

*Responsable principale de programme
Excellence en santé Canada*

Diane Edlund, B. Sc., CPHIT

*Famille/proche aidant partenaire
Excellence en santé Canada*

Charlotte Pooler, M.Sc.inf., Ph. D., IA

*Clinicienne-chercheuse
Services de santé Alberta*

Marianne Arab, M. Serv. Soc./travailleuse sociale autorisée

*Gestionnaire provinciale en oncologie psychosociale et soins palliatifs
Programme de soins oncologiques de Santé Nouvelle-Écosse*

Elizabeth Anderson, PSP

Service paramédic d'Ottawa

Membres des équipes des administrations

British Columbia Emergency Health Services (BCEHS), Colombie-Britannique

Jennie Helmer, PSA M. Ed.

*Responsable de la pratique paramédicale et responsable de la recherche
Coordonnatrice clinique du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
BCEHS*

Michelle Brittain

*Gestionnaire de projet, Initiatives stratégiques et de processus
Responsable du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
BCEHS*

Keira Gaynor

*Coordonnatrice du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
BCEHS*

Wendy Alston

Patiente/famille partenaire

Carolyn Taylor

*Conseillère stratégique
BC Centre for Palliative Care*

Chamberlin Chang (ancien employé)

*Coordonnateur du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
BCEHS*

Andrew Lam (ancien employé)

*Statisticien principal
BCEHS*

D^r John Tallon, M. D., M. Sc., FRCPC, CCPE (ancien employé)

*Médecin-chef
BCEHS*

Nancy Kotani (ancienne employée)

*Chef de la transformation
BCEHS*



Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina (SHA), Saskatchewan

Selena Letain, B. Sc. S (S.P.), PSA

Gestionnaire des opérations des SMU

Chef du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs

Régie de la santé de la Saskatchewan

Tammy Thompson, IA

Gestionnaire – Services de soins palliatifs à domicile

Régie de la santé de la Saskatchewan

Cory Brossart, PSA

Gestionnaire des opérations des SMU

Régie de la santé de la Saskatchewan

Paula Kirk

Patiente/famille partenaire

Régie de la santé de la Saskatchewan

Maureen Johns

Patiente/famille partenaire

Régie de la santé de la Saskatchewan

Val Bilash

Patiente/famille partenaire

Régie de la santé de la Saskatchewan

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est (IERHA), Manitoba

Tammie-Lee Rogowski

Gestionnaire de l'équipe clinique – Soins palliatifs et soins infirmiers à domicile

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Jason Mushaluk

Coordonnateur régional – Gestion des catastrophes

Services médicaux d'urgence et gestion des catastrophes

Karen Rose

Patiente ressource

Lori Simcoe

Administration de l'agent d'AQ des SMU

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Lauralou Cicierski

Directrice régionale, Communications et publications

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Shelly Karlson Eastman

Superviseure des opérations des SMU

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Eric Glass

Ancien directeur administratif

Association des ambulanciers paramédicaux du Manitoba

Karen Stevens-Chambers

Ancienne vice-présidente des services communautaires

et chef des services paramédicaux

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

Claudine Hansen

Ancienne directrice régionale, Bureau de gestion de projet

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est

York Region Paramedic Services (YRPS), Ontario

Chris Spearen

Chef des services paramédicaux

Municipalité régionale de York

D^{re} Susan Eckenswiller

Gestionnaire de la pratique professionnelle, Services paramédicaux et aux aînés

Municipalité régionale de York

Idan Gaisiner

Gestionnaire adjoint de programme, Pratique professionnelle,

Services paramédicaux et aux aînés

Municipalité régionale de York

Init Trivedi

Gestionnaire de programme, Programme de soins palliatifs paramédicaux,

Services paramédicaux et aux aînés

Municipalité régionale de York

Dean Mills

Capitaine/chef des services paramédicaux, Services paramédicaux et aux aînés

Municipalité régionale de York

Shelly Burley

Capitaine/chef des services paramédicaux, Services paramédicaux et aux aînés

Municipalité régionale de York



D^r Philip Moran

Directeur médical

Soins préhospitaliers du centre est

D^{re} Cindy So

Médecin en soins palliatifs

Karen Bell

Patiente/proche ressource

Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO), Ontario

D^{re} Valérie Charbonneau

Coresponsable du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs

Médecin urgentiste

*Directrice médicale, Programme des ambulanciers paramédicaux
communautaires (Service paramédic d'Ottawa)*

L'Hôpital d'Ottawa

D^r Michael Austin

Coresponsable du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs

Médecin urgentiste

Directeur médical associé (RPPEO)

Clinicien-chercheur, IRHO

L'Hôpital d'Ottawa

D^{re} Renee Bradley

Boursière en médecine préhospitalière et en médecine du transport à l'hôpital

Université d'Ottawa Département de médecine d'urgence de L'Hôpital d'Ottawa

Bruce Flack

Gestionnaire de projet – Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs

Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa

L'équipe du Service paramédic d'Ottawa

- Elizabeth Anderson
- Amanda Foubert
- Kevin Montgomery
- Shannon Leduc
- Marc Da Ponti
- Andrew Hemlin
- Ben Ripley
- Gord Peroli
- Robert Leduc
- Ben Ranger
- Kelly Lacharity

- Neil Martin
- Kelly Cochrane
- Jeremy Doherty
- Joe Micucci

D^{re} Jill Rice

Soins palliatifs à L'Hôpital d'Ottawa

Geneviève Lalumière

Soins palliatifs à L'Hôpital d'Ottawa

Nathalie Gilbert

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire

Debbie Watt

Services de soutien à domicile et en milieu communautaire

D^{re} Natalie Mills

Patiente ressource

Becky Littau

Patiente ressource

L'équipe du Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (PPPEO)

- Ben De Mendonca
- Frank St. Jean
- D^r Richard Dionne
- Penny Price
- Jane Marchand
- Cindy Pollock

L'équipe du Centre for Paramedic Education and Research (CPER)

- D^{re} Michelle Wellsford
- D^{re} Clare Walner
- D^r Paul Miller
- Kathy Winter
- Ang Burgess
- Tim Dodd
- Colette Easton
- Stephanie Coletta

L'équipe d'Horizon Santé-Nord (HSN)

- D^r Jason Prpic
- Corey Petrie
- Luc Simard
- Sylvie Michaud
- Monique Lapointe



Les équipes du ministère de la Santé de l'Ontario

- Dirigeants des centres intégrés d'appels d'ambulances à l'échelle de l'Ontario
- Responsables du système d'inscription provincial, le Système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS)
- Dirigeants de la Direction de la réglementation et de la responsabilisation des services de santé d'urgence

Le comité directeur, qui a contribué à orienter notre projet et à favoriser la pérennité.

Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB), Nouveau-Brunswick

John Estey

*Directeur, Planification des services d'ambulance et de transport
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick*

Evangeline Hallam

*Directrice (par intérim), Unité des soins de santé à domicile
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick*

D^r Tushar Pishe, M. D., CCMF(MU) FCMF

*Directeur médical provincial, services de santé d'urgence
Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick*

Jean-Pierre Savoie

*Vice-président, Ambulance Nouveau-Brunswick
Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick*

Ginette Pellerin

*Vice-présidente, Opérations – Programme extra-mural
Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick*

Susan Dugas

*Gestionnaire des opérations, Ambulance Nouveau-Brunswick
Chef du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick*

Melody Mayberry

*Infirmière-ressource, Programme extra-mural
Chef du projet Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs
Programme extra-mural, Nouveau-Brunswick*

Anthony Naaburs

Conseiller des patients et des familles

Eastern Health (EH), Terre-Neuve-et-Labrador

Megan Carey B. Sc. inf., M. Sc. inf., IA

*Gestionnaire de programme
Eastern Health*

Natalie Reardon MASP, B. Sc., Ceinture noire Lean

*Conseillère en amélioration du rendement
Terre-Neuve-et-Labrador Centre for Health Information*

Michelle Breen

*Directrice, Programme de soins paramédicaux et de vol médical
Eastern Health*

Cathy Hoyles B. Sc. (physio), MGSS, LCSMC

*Directrice régionale, Réadaptation pour adultes, gériatrie et soins palliatifs
Eastern Health*

Sandra Farrell, M. Serv. Soc., travailleuse sociale autorisée

*Ancienne gestionnaire régionale des services de soins palliatifs
Eastern Health*

Cathy Peyton

Conseillère auprès des patients et des familles

Programme de soutien communautaire

*Eastern Health
Bureau du directeur médical provincial
Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador*

Conseillers et formateurs auprès des patients partenaires

Charlotte Pooler, M.Sc.inf., Ph. D., IA

Ron Beleno, défenseur des droits des patients et des proches aidants

Julie Weir, IA, B. Sc. inf., M. Sc. inf., CSIG(C)

Ian McEwan, PSA, B. Com

Diane Edlund, B. Sc., CPHIT

Janel Swain, PSA, B. Sc. avec spécialisation, B. Ed.

Marianne Arab, M. Serv. Soc./travailleuse sociale autorisée

Alix Carter, M. D., MPH, FRCPC

Cheryl Cameron, M. Ed., B.A. avec spécialisation, PSA

Michelle Harrison B. Sc., AHN, M. A.

Anya Humphrey, conseillère auprès des patients et des familles

Jeremy Measham

Mark Walker, PSA



Collaborateurs

Excellence en santé Canada (ESC)

Shelly Crick
Julia Thayer
Christine Quinn
Catherine Rauscher
Danielle Stennett
Sara Abubeker
Neil Drimer
Lauren Junkin
Maria Judd
Maryanne D'Arpino
Elan Graves (ancien)
Lauren Walters (ancienne)
Daniel Murcia (ancien)
Selma Didic (ancienne)
Margo Rowan (ancienne)
Lise Labrecque (ancienne)
Amber Hultink (ancienne)
Pam Medjesi (ancienne)

Équipes du Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat)

- Point de vue centré sur la personne
- Stratégie relative au cancer – Premières Nations, Inuits et Métis
- Rendement
- Stratégie et prestation
- Communications et relations externes
- Finances et administration



Table des matières de la trousse de changement

**Quelle section
choisir?**



Lire le résumé et voir un tour d'horizon
de la trousse de changement.

Découvrir le programme Ambulanciers
paramédicaux et soins palliatifs .

Explorer la trousse de changement.

11 Introduction

**23 Histoire des ambulanciers
paramédicaux et des soins palliatifs**

34 Éléments essentiels

93 Idées et concepts de changement

103 Facteurs favorables et obstacles

117 Évaluation et pérennité

139 Ressources supplémentaires



Introduction

Table des matières

- Remerciements 12
- Remarque au sujet du présent document 13
- Résumé 14
 - Principales conclusions 16
- Comment naviguer dans cette trousse 17
 - Remarque au sujet de la langue 18
 - Termes clés 19
 - Acronymes 20



Remerciements

Excellence en santé Canada (ESC) et le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) s'associent à des parties prenantes pour co-concevoir des programmes. À ce titre, ils reconnaissent la valeur et l'importance des ressources externes, comme Les essentiels de l'approche palliative [le cours LEAP Paramédical](#), de Pallium Canada, [MesOutilsDeuil](#) du Portail palliatif canadien, ainsi que les services de soins palliatifs, de soins à domicile, les services de santé d'urgence et les services paramédicaux locaux qui s'efforcent toujours d'offrir les meilleurs soins aux personnes, aux familles et aux proches aidants.

Plusieurs formateurs du corps enseignant, ESC et le Partenariat ont appuyé le projet collaboratif *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens*. Ces formateurs provenaient des premiers sites innovateurs (Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Alberta) et possédaient beaucoup d'expérience à l'égard du nouveau modèle de soins et des stratégies de mise en œuvre. Il s'agissait d'ambulanciers paramédicaux, de dirigeants et de médecins travaillant dans les services médicaux d'urgence. Ils ont également fait profiter les intéressés de leur expérience et de leur expertise en soins infirmiers, en soins à domicile et en soins de longue durée, ainsi que de la formation et de la recherche.

Nous tenons à remercier nos formateurs de patients partenaires qui ont partagé leur vécu expérientiel, remis en question notre réflexion et appuyé la planification et le développement. Ils ont joué un rôle crucial dans l'équipe d'ESC et dans le Partenariat. Nous remercions Ron Beleno et Diane Edlund, qui ont appuyé le projet collaboratif à titre de conseillers.

Nous reconnaissons la contribution essentielle des personnes ayant un vécu expérientiel à ce travail et remercions les patients, les familles et les proches aidants qui ont raconté leurs expériences pour soutenir des administrations et qui ont agi à titre consultatif auprès d'ESC et du Partenariat. Les équipes de projet ont mis à profit l'expertise et l'expérience de leurs conseillers auprès des patients, des familles et des proches aidants pour planifier, mettre en œuvre et évaluer ce changement de pratique pour les ambulanciers paramédicaux.

Nous tenons à remercier tout particulièrement Anya Humphrey (1947-2020), notre conseillère auprès des patients et des familles, qui a participé à ces travaux dès la conception et qui a guidé le projet, nous a aidés à saisir ce qui importe pour les personnes dont les conditions limitent l'espérance de vie et pour leur famille, ainsi qu'à nous orienter dans le travail. Malheureusement, Anya est décédée au cours de la troisième année du projet collaboratif. Cependant, l'équipe tire encore aujourd'hui parti de ses idées, de ses réflexions et de sa sagesse.



Remarque au sujet du présent document

Ce document résume les expériences et les apprentissages des administrations qui ont pris part au projet collaboratif *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens* (de 2018 à la date de sa publication) ainsi que les expériences antérieures de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta.

L'innovation sur le plan de la prestation de soins communautaires axée sur le traitement sur place (plutôt que sur le transport à l'hôpital) évolue rapidement dans le milieu paramédical. Les administrations qui désirent mettre en œuvre des programmes paramédicaux de soins palliatifs sont encouragées à utiliser ce document, en sachant qu'il ne comprend pas les expériences et les apprentissages d'autres services au Canada (ou dans d'autres régions du monde) qui n'ont pas pris part au projet collaboratif.

Date de la version : 31 mars 2022

Pour en savoir plus, veuillez écrire à info@hec-ecs.ca



Résumé

Il n'est pas rare que les personnes qui reçoivent des soins palliatifs et leurs proches doivent composer avec des changements soudains dans les conditions d'accès ou problèmes d'accès aux ressources dans la communauté et doivent se tourner vers les services paramédicaux. Les interventions des services médicaux d'urgence reposent sur l'évaluation, le traitement et le transport des patients aux services d'urgence. Un appel au 9-1-1 peut donner lieu à une intervention rapide, mais l'appel est reçu par un système qui n'a pas été conçu pour répondre aux besoins et aux souhaits des personnes qui ont besoin d'une approche palliative des soins.

Les soins palliatifs et de fin de vie sont une priorité pour la plupart des systèmes de soins de santé au Canada (et ailleurs dans le monde).¹ Afin de mieux soutenir les personnes ayant besoin de soins palliatifs ou de fin de vie, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta ont innové à cet égard. En effet, ces provinces ont été les premières à élaborer et à mettre en œuvre de nouveaux programmes pour harmoniser les protocoles des ambulanciers paramédicaux et les objectifs des soins palliatifs. Elles ont reconnu que les ambulanciers paramédicaux ont besoin de formation, d'information et de soutien pour savoir comment gérer les symptômes de détresse en fin de vie, respecter les souhaits des personnes et démontrer la confiance nécessaire pour répondre aux besoins émotionnels des familles et des proches aidants. Leurs programmes ont été élaborés par des équipes interprofessionnelles réunissant des ambulanciers paramédicaux, des médecins et du personnel infirmier qui ont déterminé quels renseignements et quelles ressources étaient nécessaires pour mieux servir les personnes dans la communauté. Les conseillers auprès des patients, familles et proches aidants ont joué un rôle essentiel dans la mise en œuvre de cette nouvelle approche des soins palliatifs. Leurs besoins et leurs expériences psychosociales ont été placés au cœur de ce travail. La démarche s'est avérée efficace pour soutenir le changement de culture et fournir une nouvelle perspective qui est mieux alignée sur les besoins des personnes qui bénéficieraient d'une approche palliative des soins.

Cette « trousse de changement » *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens* résume les principes et les éléments fondamentaux requis pour élaborer et mettre en œuvre avec succès une approche palliative des soins pour les services paramédicaux. Elle regroupe les expériences et les apprentissages de 10 équipes disséminées dans les neuf provinces qui ont réussi à mettre en œuvre cette approche en matière de soins.

Cette trousse de changement comprend plus de 130 stratégies concrètes et précises qui peuvent être adaptées pour créer un programme paramédical des soins palliatifs, notamment :

- Exemples de mise en œuvre dans chaque administration
- Conseils d'expert de formateurs et de membres de l'équipe de projet
- Recommandations des patients partenaires et des membres de l'équipe de projet concernant la mobilisation des patients, des familles et des proches aidants



En 2018, Excellence en santé Canada (ESC) et le Partenariat canadien contre le cancer (le Partenariat) ont uni leurs efforts pour appuyer l'élaboration, la mise en œuvre et la diffusion d'une approche palliative des soins pour les services paramédicaux par l'entremise du projet collaboratif de diffusion Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens.

Les principes de base et les éléments essentiels des programmes de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta ont été cernés et partagés pour appuyer la diffusion et la mise à l'échelle à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

Grâce à ce projet collaboratif de 6,5 millions de dollars sur quatre ans, plus de 6 000 ambulanciers paramédicaux répartis dans six provinces ont reçu de la formation pour offrir aux patients un soutien à domicile en lien avec les soins palliatifs d'urgence, le soulagement des symptômes ou les problèmes de santé inattendus.

Les ressources combinées et les diverses perspectives du Partenariat et d'ESC ont apporté un niveau de soutien unique aux équipes du projet collaboratif et les ont aidées à relever efficacement les défis. La combinaison des connaissances spécialisées et de l'expertise en matière d'amélioration de la qualité a permis aux équipes d'avoir un meilleur accès à une vaste gamme de mesures de soutien et de ressources pour faciliter leur travail visant à rapprocher les soins palliatifs du domicile du patient.

Tout au long du projet collaboratif, les parties prenantes ont participé activement à des activités d'éducation, de formation, de défense des intérêts, d'évaluation, de planification stratégique et d'établissement des objectifs. L'inclusion significative des points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis a contribué à établir des relations en vue d'une collaboration future.



De nouveaux modèles de soins qui correspondent aux préférences des patients en matière d'accès aux soins palliatifs à domicile et qui évitent les déplacements inutiles au service des urgences sont essentiels pour tirer le meilleur parti des ressources en soins de santé partout au Canada et pour soutenir la reprise après la pandémie. Nous sommes heureux de collaborer avec ESC pour aider les ambulanciers paramédicaux à fournir des soins palliatifs à domicile et permettre aux gens d'éprouver du confort tout au long de leur expérience du cancer

Dr Craig Earle,
président-directeur général du Partenariat



Nous savons que la plupart des Canadiens veulent recevoir des soins palliatifs et de fin de vie à leur domicile. Nous sommes ravis de collaborer avec le Partenariat et les provinces et territoires participants afin de rapprocher les soins palliatifs et de fin de vie du domicile, de répondre aux préférences des patients et des familles et d'utiliser plus judicieusement les ressources des services de santé.

Jennifer Zelmer,
présidente-directrice générale, ESC



Principales conclusions

Les résultats préliminaires des provinces et territoires participant au projet collaboratif correspondent résultats antérieurs obtenus en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta, notamment :

Satisfaction de la famille

La majorité des personnes interrogées se sont dites satisfaites de la façon dont les ambulanciers paramédicaux ont collaboré avec les personnes, les familles et les proches aidants, de leur participation à la prise de décisions pendant l'événement et du niveau élevé de professionnalisme, de compassion et de courtoisie dont ont fait preuve les ambulanciers paramédicaux. L'un des thèmes communs qui s'est dégagé est que les personnes interrogées se sentaient rassurées de savoir que le programme des ambulanciers paramédicaux leur était accessible 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, en cas de crise palliative aiguë.

Symptômes gérés à la maison

À l'échelle du système, le programme a permis de réduire le nombre de transports à l'hôpital dans les régions urbaines et rurales. Les personnes ont reçu un nombre accru de traitements pour mieux contrôler les symptômes et améliorer leur qualité de vie à la maison.

Économies de temps pour les ambulanciers paramédicaux

Lorsque les personnes sont traitées à la maison, les données préliminaires montrent que, même si le temps passé sur place est plus long, la durée totale de l'intervention est plus courte, surtout dans les milieux où le transfert des soins au service d'urgence prend plus de temps.

Aisance et confiance des ambulanciers paramédicaux

Le degré d'aisance et de confiance des ambulanciers paramédicaux dans la prestation de soins palliatifs et de fin de vie s'est considérablement amélioré. Les ambulanciers paramédicaux se sentent mieux outillés pour fournir des services aux personnes ayant des besoins en soins palliatifs (y compris celles qui sont en train de mourir), qu'il y ait ou non besoin de transport à l'hôpital.

La collecte des données se poursuit (jusqu'en 2023 pour certaines équipes) et les activités d'évaluation se poursuivent. Les résultats finaux de l'évaluation deviendront éventuellement disponibles.



Comment naviguer dans cette trousse

- Cette trousse de changement *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens* résume les principes et les éléments fondamentaux requis pour élaborer et mettre en œuvre avec succès une approche palliative des soins dans les services paramédicaux.
- Cette trousse regroupe les expériences et les apprentissages de 10 équipes disséminées dans les neuf provinces qui ont réussi à mettre en œuvre cette approche en matière de soins, y compris les premiers utilisateurs de cette approche innovante et ceux qui ont participé au projet collaboratif.
- Ce document interactif vous aidera à naviguer aisément dans les domaines d'intérêt et entre les différentes sections de la matière.
- Nous vous encourageons à explorer la trousse de changement à votre rythme et à suivre vos intérêts pour créer votre propre cheminement.
- Elle compte sept sections principales, chacune comportant une table des matières pour vous aider à naviguer facilement et rapidement vers un sujet précis.
- Elle renferme 130 stratégies concrètes et précises, étiquetées comme suit dans l'ensemble du document :



Exemples de mise en œuvre dans chaque administration.



Conseils d'expert de formateurs et de membres de l'équipe de projet.



Recommandations des patients partenaires et des membres de l'équipe de projet concernant la mobilisation des patients, des familles et des proches aidants.



Renseignements à l'appui pertinents et liens vers des ressources externes.

Vous trouverez également :

- Une liste complète d'acronymes.
- Des renvois vers des ressources de soutien pertinentes.
- Des liens vers des ressources externes pertinentes, y compris un répertoire en ligne complet de documents utiles provenant des administrations participantes, des formateurs, d'ESC et du Partenariat.
- Un résumé de la [conception du programme](#) et de la [stratégie d'éducation](#) de chaque administration.
- Un résumé de haut niveau des [composantes du modèle de programme par administration](#). La présente section décrit les principaux éléments d'une approche palliative des soins pour les services paramédicaux et énumère les éléments qui ont été mis en œuvre par chaque province et territoire.
- Le [tableau contextuel des administrations](#) met en évidence l'organisation de chacune d'elle et fournit du contexte supplémentaire sur l'élaboration et la raison d'être des programmes. Comme la prestation des soins de santé est une responsabilité provinciale au Canada, il existe des différences importantes entre les provinces et territoires participants au chapitre des lois, des règlements, du ressourcement du système et des modèles de prestation de services (pour les soins palliatifs et les services paramédicaux). Si vous souhaitez mettre en œuvre un programme de soins palliatifs paramédicaux, le tableau contextuel des administrations vous aidera à entreprendre votre démarche. En comparant votre contexte local, vous pouvez facilement trouver des solutions de mise en œuvre qui ont fonctionné pour d'autres et qui pourraient aussi fonctionner pour vous.



Remarque au sujet de la langue

Les soins palliatifs sont prodigués à une personne dont la maladie ou la maladie grave limitant l'espérance de vie ne peut être guérie. Il s'agit d'une approche de soins qui peut englober la période s'échelonnant du diagnostic d'une maladie limitant l'espérance de vie jusqu'à la fin de vie. Les soins palliatifs ne sont pas que des soins de fin de vie. Ce sont aussi des soins qui visent à optimiser la qualité de vie tant pour la personne que pour sa famille et ses proches aidants. Ils sont axés sur le confort, la dignité, le maintien des fonctions et le soulagement de la souffrance. Ils comprennent également la planification préalable des soins (détermination des objectifs, des souhaits et du lieu privilégié pour la réception des soins et la fin de vie). Des soins palliatifs complets et coordonnés sont prodigués par des fournisseurs de soins et des équipes de spécialistes des soins palliatifs de première ligne dans l'ensemble des programmes et des milieux de soins.

Cette approche palliative des soins soutient les patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie et améliore l'expérience du patient et de sa famille. Les données probantes montrent que l'accès aux soins palliatifs, tant au début de la maladie qu'en fin de vie, améliore les résultats, y compris la qualité de vie, la gestion des symptômes et la diminution de la dépression.

Le terme « palliatif » renvoie au type de soins fournis ou d'approche utilisée (c.-à-d. personne recevant des soins palliatifs ou mettant en œuvre une approche palliative des soins) et non aux personnes (c.-à-d. « patient palliatif », « il est maintenant palliatif », etc.). De plus, les patients aimeraient être perçus de façon holistique et que l'on prenne en compte leurs croyances, leurs valeurs et leurs souhaits tout au long de leur parcours de soins. Il est important que les fournisseurs et les équipes de soins reconnaissent que leurs « patients » sont plus qu'une maladie limitant l'espérance de vie – ils sont d'abord et avant tout des personnes. Les personnes, familles et proches aidants partenaires ont suggéré de cesser d'utiliser le mot « patient » des soins de santé et de privilégier l'utilisation du mot « personne » qui reflète mieux le concept de la personne dans toutes ses dimensions.

Ce changement de terme fait lentement son chemin chez les fournisseurs de soins de santé et dans l'ensemble des secteurs de la santé. Il faut reconnaître qu'il s'agit d'un changement touchant le jargon professionnel habituel des fournisseurs de soins et que le concept pourrait être nouveau pour de nombreux intervenants du domaine de la médecine paramédicale.

Dans le présent document, on s'efforce d'utiliser les termes et les définitions les plus récents, mais il convient de souligner que le langage évolue constamment.



Termes clés

- **Personne** – Personne impliquée dans une interaction ou une relation en lien avec sa santé ou sa qualité de vie. Une personne peut également être appelée patient, client, consommateur, résident ou participant
- **Famille** – Personne ou groupe de personnes apparentées d'une manière ou d'une autre, par des liens de nature biologique, juridique ou émotionnelle. La *personne* définit la composition de sa famille et a le droit d'inclure ou d'exclure des personnes de son choix.
- **Proche aidant** – Personne qui fournit des soins et du soutien à un membre de la famille ou à un ami atteint d'une maladie. Le rôle du proche aidant est déterminé conjointement par la personne qui fournit les soins et le soutien et par la personne qui les reçoit.
- **Palliatif** – Soulager les symptômes d'une maladie ou d'un trouble, en particulier ceux qui limitent l'espérance de vie lorsqu'aucun remède n'est disponible.
- **Soins palliatifs** – Les soins palliatifs sont l'approche des soins d'une personne dont la maladie grave ou la maladie limitant l'espérance de vie ne peut être guérie. Ils peuvent englober la période qui s'échelonne du diagnostic d'une affection limitant l'espérance de vie jusqu'à la fin de vie. L'objectif des soins palliatifs est de procurer confort et dignité à la personne atteinte de la maladie et de favoriser la meilleure qualité de vie possible pour la personne et sa famille.
- **Approche palliative** – Approche de soins associés aux maladies limitant l'espérance de vie visant à améliorer la qualité de vie d'une *personne* (un patient), de sa famille et des proches aidants par la prévention et le soulagement des souffrances. Elle comprend le diagnostic précoce, l'évaluation rigoureuse et le traitement des symptômes physiques, ainsi que la réponse à des préoccupations d'ordre psychosocial et spirituel. Elle est utilisée de concert avec la planification préalable des soins afin de favoriser la réalisation des objectifs et des souhaits exprimés par la personne.



Acronymes

24/7 et 24/7/365 24 heures par jour/7 jours par semaine/365 jours par année

PPS Planification préalable des soins

PSA Ambulancier paramédical en soins avancés – niveau d'enregistrement du praticien dans le domaine de la médecine paramédicale (champ de pratique plus vaste que celui d'un ambulancier paramédical de soins primaires ou d'un répondant médical d'urgence)

EM/ANB Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick

ARECCI Initiative A pRoject Ethics Community Consensus Initiative dirigée par Alberta Innovates

ASTaR Signifie Assess, See, Treat, and Refer (évaluation, consultation, traitement et aiguillage); il s'agit d'une composante du programme BCEHS

ATR Évaluation, traitement, aiguillage

BCEHS British Columbia Emergency Health Services, Colombie-Britannique

CIRA Centre intégré de répartition d'ambulances

RAO Répartition assistée par ordinateur

FC Formation continue

FCASS Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (maintenant Excellence en santé Canada)

CPC-HSN Centre for Prehospital Care – Horizon Santé-Nord (Ontario)

CPER Centre for Paramedic Education and Research (Ontario)

GPC Guide (ou protocole) de pratique clinique

ACQ Amélioration continue de la qualité

ONR Ordonnance de non-réanimation

SU Services d'urgence

EDITH/EDAH Expected Death in The Home/Expected Death at Home (décès prévu à domicile) – désigne un processus ou une procédure; sert souvent de nom du formulaire particulier à remplir qui peut être conservé au domicile du patient ou dans son dossier.



EH	Eastern Health, Terre-Neuve-et-Labrador
SSU	Services de santé d'urgence
RMU	Répondant médical d'urgence – niveau d'enregistrement du praticien dans le domaine de la médecine paramédicale (champ de pratique plus limité que celui d'un ambulancier paramédical en soins primaires ou avancés)
SMU	Services médicaux d'urgence
EMS PEOLC ATR	Emergency Medical Services Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program – Programme provincial d'évaluation, de traitement et d'aiguillage des services médicaux d'urgence et des soins palliatifs et de fin de vie de l'Alberta
eDSP	Dossier électronique sur les soins aux patients – système électronique de consignation au dossier du patient utilisé dans le domaine de la médecine paramédicale
EESE-R	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton – Révisée
PN	Premières Nations
FNHA	Régie de la santé des Premières Nations
PNIM	Premières Nations, Inuits et Métis – lorsqu'on fait référence à un groupe, on utilise le terme « peuple » (peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis ou peuples autochtones).
GOC	Objectifs des soins
ESC	Excellence en santé Canada
IAP2	Association internationale pour la participation publique
ID	Identification
IERHA	Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est, Manitoba
LEAP	Learning essential approaches to palliative and end of life care (apprentissage des approches essentielles en matière de soins palliatifs) – didacticiel et programme de formation pour les fournisseurs de soins de santé élaborés par Pallium Canada
AMM	Aide médicale à mourir
MDS	Ensemble minimal de données
MOH	Ministère de la Santé
MOST	Ordonnance sur la portée du traitement



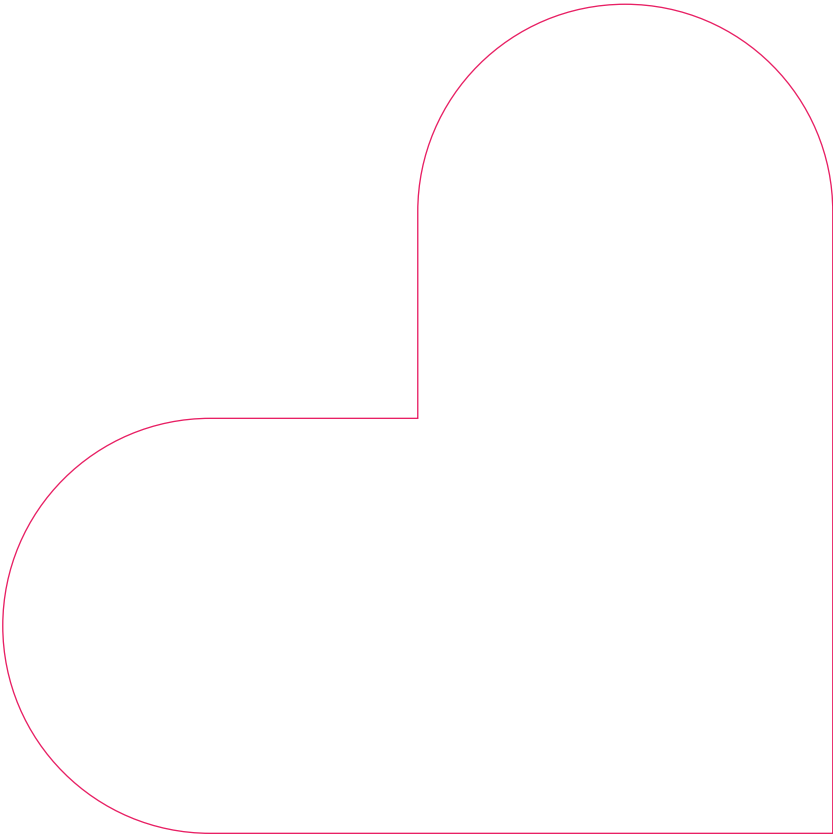
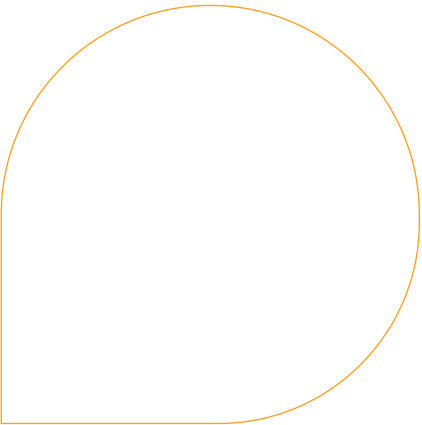
MPDS	Medical Priority Dispatch System (système de répartition des priorités médicales)
PNCP	Profil national des compétences professionnelles
IRHO	Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa
CML	Consultation médicale en ligne – désigne habituellement une ressource médicale particulière mise à la disposition des ambulanciers paramédicaux
P/ F/PA	Personnes/familles/proches aidants (auparavant patients/familles/proche aidant)
APC	Association des paramédics du Canada
PSP	Ambulancier paramédical de soins primaires – niveau d'enregistrement du praticien dans le domaine de la médecine paramédicale (champ de pratique plus vaste que celui d'un répondant médical d'urgence, mais plus limité que celui d'un ambulancier paramédical en soins avancés)
DSP	Dossier sur les soins aux patients
P-IPCP	Provincial Integrated Palliative Care (programme provincial intégré de soins palliatifs), Île-du-Prince-Édouard
PEEA	Planifier – Exécuter – Étudier – Agir
LRMP	Loi sur les renseignements médicaux personnels
EPI	Équipement de protection individuelle
PPS	Échelle de performance pour soins palliatifs
AQ	Assurance de la qualité
AQ	Amélioration de la qualité
IA	Infirmière autorisée
RPPEO	Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (programme paramédical régional de l'Est de l'Ontario)
SHA	Régie de la santé de la Saskatchewan (région de Regina), Saskatchewan
SPP	Programme pour patients particuliers
Le Partenariat	Partenariat canadien contre le cancer
CVR	Commission de vérité et réconciliation
YRPS	York Region Paramedic Services (services paramédicaux de la région de York), Ontario



Histoire des ambulanciers paramédicaux et des soins palliatifs

Table des matières

- Contexte 24
 - Innovation dans la prestation des soins palliatifs – Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Alberta 25
- Résumé du projet collaboratif 26
- Concrétiser le changement 28
- Administrations participantes 30
- Administrations d'encadrement 30
- L'innovation 32
- But/objectifs du programme 33





Contexte

Les ambulanciers paramédicaux sont souvent perçus comme des fournisseurs de soins chargés de sauver des vies. Pourtant, ils sont appelés à apporter du confort et soulager des symptômes dans le contexte des soins palliatifs.² Les crises et urgences palliatives peuvent survenir pour des raisons physiques (par ex., douleur, dyspnée, délire, etc.), émotionnelles ou existentielles, et touchent souvent le patient et sa famille ou ses proches aidants.³ L'accès aux soins de courte durée présente de nombreux défis, comme la surpopulation des services d'urgence, les longues attentes ou l'absence d'un médecin de famille et les fermetures des services d'urgence par manque de médecins de garde.⁴ De plus, même lorsque des mesures de soutien sont en place, elles ne sont pas nécessairement accessibles ou disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. Les patients et les familles se voient devant peu d'options et composent le 9-1-1 pour amorcer une intervention ambulancière par des ambulanciers paramédicaux (services médicaux d'urgence [SMU] ou services paramédicaux). Ce genre de situation se présente surtout lorsqu'il y a une hausse subite des besoins (par ex. l'état du patient se dégrade de façon inattendue) ou que l'équipe de soins habituelle n'est pas disponible.^{5, 6}

Les patients nécessitant des soins palliatifs ont des besoins complexes et sont de grands utilisateurs du système de santé dans les derniers mois de leur vie. Des travaux antérieurs ont démontré que l'aiguillage vers des services palliatifs spécialisés et l'utilisation d'une approche palliative par les services de soins primaires, même lorsque le patient reçoit encore des traitements curatifs, peuvent réduire le besoin de recourir à des interventions agressives en fin de vie ainsi que les visites à l'urgence et les hospitalisations, autant de facteurs qui améliorent la qualité de vie.^{7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14}

Les soins palliatifs visent à offrir du confort et à soulager des symptômes lorsque la vie ou l'espérance de vie de la personne est menacée par la maladie. Les fournisseurs de soins primaires sont bien placés pour identifier les personnes qui pourraient avoir besoin de soins palliatifs et travailler avec elles. De nombreuses régions disposent de programmes communautaires de soins palliatifs à domicile pour soutenir les patients en soins palliatifs et leurs proches aidants. Toutefois, les programmes communautaires de soins primaires et palliatifs sont souvent incapables de fournir des soins d'urgence 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 et n'ont pas un accès immédiat à certaines ressources comme des médicaments. Il faut élargir l'équipe des soins de santé primaires afin d'inclure des fournisseurs de services œuvrant en dehors des milieux cliniques et des heures de soins structurées dans le but d'améliorer l'accès aux services de soins palliatifs.



Je me souviens encore quand [les ambulanciers paramédicaux] ont franchi la porte [...] le degré de compassion; ils semblaient vraiment comprendre où j'en étais. C'est toute la différence entre le voir mourir à l'hôpital et mourir à la maison [...] Comme moi, vous ressentirez un grand réconfort de savoir qu'ils se battent vraiment pour vous, pour réaliser votre souhait et vous garder à la maison.

Membre de la famille, Alberta



C'est formidable de réussir à garder les gens hors des urgences et qu'ils puissent rester à la maison... ce programme était le chaînon manquant dans notre service.

Équipe des soins palliatifs dans la communauté, Terre-Neuve-et-Labrador



Innovation dans la prestation des soins palliatifs – Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Alberta

Pour combler les lacunes dans la satisfaction des besoins des personnes ayant des besoins en soins palliatifs ou de fin de vie, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta ont élaboré et mis en œuvre des programmes provinciaux nouveaux et novateurs afin d'adapter les protocoles des ambulanciers paramédicaux pour les aligner sur les objectifs de soins palliatifs. Les programmes ont été élaborés par des équipes interprofessionnelles réunissant des ambulanciers paramédicaux, des médecins et du personnel infirmier qui ont déterminé quels renseignements et quelles ressources étaient nécessaires pour mieux servir les personnes dans la communauté.

1. En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, l'élaboration du *Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile*^{MC} s'appuyait sur les recommandations consensuelles d'ambulanciers paramédicaux, d'experts en soins palliatifs et de personnel infirmier et de médecins des services d'urgence quant à l'information et aux ressources dont ils avaient besoin pour mieux soutenir les patients ayant besoin de soins palliatifs. Cette initiative a été rendue possible par la longue histoire de la Nouvelle-Écosse, une pionnière dans le domaine de la médecine paramédicale communautaire en pleine croissance et dans l'élargissement du champ de pratique des ambulanciers paramédicaux.
2. Lancé en 2015, le programme *Alberta Provincial EMS Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program* s'appuie sur les apprentissages et l'expérience dans les zones métropolitaines de services d'Edmonton et de Calgary. Depuis 2012, les ambulanciers paramédicaux ont collaboré avec des équipes de services de soutien et de soins à domicile afin d'aider les patients en soins palliatifs dans la communauté en cas de crise symptomatique inattendue.¹⁵

Bien qu'un petit nombre de protocoles des ambulanciers paramédicaux précis aient pu permettre un traitement sans transport ou de type « traitement et congé » (p. ex. pour corriger l'hypoglycémie), il n'existait pas de guides et de protocoles de soins palliatifs à domicile sans transport ni de mécanismes de collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé en milieu communautaire (« traitement et aiguillage ») avant ces innovations dans la plupart des systèmes paramédicaux canadiens.



Les patients expriment souvent le désir de recevoir des soins de fin de vie à la maison. Ils veulent mourir paisiblement dans leur propre maison, entourés de leurs proches. Cependant, s'ils ressentent des symptômes aigus comme de l'essoufflement ou sont en délire, leurs proches aidants peuvent être pris de panique et composer le 9-1-1. Cela s'est déjà vu et a entraîné le transfert de patients à l'urgence, parfois dans les dernières heures ou les derniers jours de vie. Le programme des soins paramédicaux et des soins palliatifs permet aux ambulanciers paramédicaux de traiter ces symptômes aigus, d'éviter le transfert à l'hôpital et d'assurer la continuité des soins avec l'équipe communautaire. C'est un exemple de collaboration interprofessionnelle où les besoins du patient demeurent au cœur de l'intervention. Le patient peut ainsi recevoir les bons soins, au bon endroit et au bon moment. En fin de compte, le programme permet de respecter les souhaits du patient qui désire mourir paisiblement chez lui.

Médecin en soins palliatifs, Ontario



Résumé du projet collaboratif

De 2012 à 2017, le Partenariat canadien contre le cancer a appuyé la mise en œuvre du *Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile* en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. L'initiative a permis aux patients de recevoir des soins palliatifs à domicile, d'éviter les admissions inutiles à l'hôpital et de soutenir la famille à travers cette expérience.

En février 2017, la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (FCASS) a recensé 26 innovations dans le cadre de son appel à l'innovation dans les soins palliatifs et de fin de vie. Huit des innovations recensées ont été sélectionnées par un comité d'examen du mérite externe en vue d'une présentation au Forum des PDG de 2017 et de recevoir un prix de l'innovation de la FCASS, y compris le *Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile* (Nouvelle-Écosse et Île-du-Prince-Édouard) et le programme *Alberta Health Services Emergency Medical Services Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program* (EMS PEOLC ATR).

Ces programmes placent le besoin d'une approche des soins palliatifs au cœur du parcours de soins. Ils ont joué un rôle déterminant dans la transformation de la culture dans le domaine de la médecine paramédicale pour passer d'un système axé sur le transport seulement à un modèle de soins qui a donné aux ambulanciers paramédicaux les outils et les compétences dont ils ont besoin pour traiter les personnes à domicile et les aiguiller vers d'autres services appropriés.

En janvier 2018, la FCASS et le Partenariat ont collaboré à la diffusion de l'innovation en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta en lançant le projet collaboratif de diffusion *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens*. Les principes de base et les éléments de l'élaboration et de la mise en œuvre du programme ont été définis et communiqués pour appuyer la généralisation et la mise à l'échelle de l'innovation à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique.

Depuis 2018, le Partenariat et la FCASS (désormais ESC) travaillent en étroite collaboration pour appuyer la formation de près de 6 000 ambulanciers paramédicaux et autres professionnels de la santé.



Les quatre principales composantes de la généralisation sont les suivantes :

1. Perfectionner les connaissances et les compétences en soins palliatifs.
2. Soutenir et utiliser une base de données centralisée pour la communication et l'identification de patients ayant des besoins en soins palliatifs.
3. Favoriser une approche palliative au moyen d'un guide ou d'un protocole de pratique clinique ou de mesures de soutien à la consultation en ligne.
4. Établir des relations et des voies de collaboration et de soins interprofessionnelles entre les ambulanciers paramédicaux, les cliniciens des services palliatifs (p. ex., infirmière ou médecin en soins palliatifs) et les organismes et fournisseurs de soins à domicile.

Depuis 2018, le Partenariat et la FCASS (ESC depuis sa fusion avec l'Institut canadien pour la sécurité des patients au printemps 2021) travaillent en étroite collaboration pour appuyer la formation de près de 6 000 ambulanciers paramédicaux et autres professionnels de la santé, et la mise en œuvre de programmes visant à soutenir les personnes ayant des besoins en soins palliatifs dans la communauté.



Concrétiser le changement

Les innovations ne se diffusent pas d'elles-mêmes. Pour concrétiser le changement, il faut l'adhésion, le temps, les capacités et le soutien des dirigeants. ESC et le Partenariat ont conjointement investi près de 6,5 millions de dollars pour fournir du soutien aux provinces et territoires et un financement de démarrage qui faciliteraient la diffusion et la mise à l'échelle du programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens partout au Canada.

ESC et le Partenariat ont organisé un premier atelier pour lancer ce programme à l'intention des équipes, des gestionnaires de projet, des cadres parrains et des conseillers auprès des patients et des familles. L'atelier a été conçu pour aider les équipes financées à comprendre la science de la mise en œuvre¹⁶ et les principes d'amélioration de la qualité. D'autres ateliers ont permis de répondre aux besoins propres aux équipes et de cerner les priorités en matière de soutien à l'amélioration de la qualité à l'avenir.

ESC a dirigé la conception des programmes en fonction des besoins cernés par les équipes lors de divers événements d'échange de connaissances. Ceux-ci comprenaient des webinaires et des appels d'encadrement qui ont permis aux équipes de partager des connaissances approfondies sur les obstacles à la mise en œuvre de ce modèle de soins et les facteurs contribuant à sa réussite. Le regroupement d'équipes dans le cadre d'événements a également contribué au succès de la mise en œuvre en favorisant la cohésion ainsi que le partage des connaissances et l'apprentissage mutuel.

ESC a donné à toutes les équipes un accès à des activités d'encadrement fréquentes et sur demande offertes par des experts en la matière ayant une connaissance spécialisée des services communautaires. Des formateurs étaient mis à la disposition des équipes pour partager leurs expériences, fournir de l'expertise, soutenir la résolution de problèmes et faciliter le réseautage entre les équipes. Les formateurs ont également participé activement aux activités d'échange des connaissances, comme des webinaires, des appels d'encadrement thématiques, des ateliers et des groupes d'évaluation. L'expertise, les connaissances et l'expérience des formateurs ont grandement contribué à la planification et au succès de ce projet collaboratif.

ESC et le Partenariat ont conjointement investi près de 6,5 millions de dollars pour fournir du soutien aux provinces et territoires et un financement de démarrage qui faciliteraient la diffusion et la mise à l'échelle du programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens partout au Canada.



Le Partenariat a permis aux équipes d'avoir accès à des ressources expertes et de tisser des liens avec le milieu des soins palliatifs et contre le cancer aux échelles provinciale et fédérale. Le Partenariat a collaboré avec les équipes de mise en œuvre pour donner suite aux appels à l'action du rapport de la Commission de vérité et réconciliation et a aidé les administrations à intégrer de façon tangible les points de vue des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans leur travail, en plus d'établir des relations avec les peuples autochtones du Canada.

Le Partenariat a soutenu les équipes en assurant un leadership et une orientation solides. Il a dirigé des réunions de vérification de l'état d'avancement des projets toutes les six semaines et a appuyé les fonctions de gestion de projet et des finances. En collaboration avec ESC, il a coordonné un plan d'évaluation pancanadien comprenant une évaluation des répercussions et de l'économie de la santé, des résultats et de la mise en œuvre, laquelle se poursuit.

ESC et le Partenariat ont exécuté en collaboration des activités d'échange de connaissances et ont travaillé à outiller les équipes pour qu'elles renforcent leur capacité de travail. Les deux organismes ont contribué à l'utilisation de méthodes d'amélioration de la qualité, ont aidé les équipes à mobiliser les patients, les familles et les communautés et ont permis de saisir les nouveaux apprentissages dans le but de peaufiner et de façonner le modèle à mesure qu'il se diffuse. Pour ce faire, les deux organismes pancanadiens de la santé ont collaboré à la création d'une gamme d'activités, qui comprenaient notamment l'élaboration d'un solide plan de transfert des connaissances, des visites annuelles sur les lieux de travail des équipes et la participation à des offres de programmes de formation.

L'une des priorités d'ESC et du Partenariat dans le cadre de cette collaboration était de promouvoir la mobilisation des parties prenantes. Durant tout le projet collaboratif, les parties prenantes ont participé activement à l'éducation, à la formation, à la défense des intérêts, à l'évaluation, à la planification stratégique et à l'établissement des objectifs. Les conseillers auprès des patients, familles et proches aidants ont été désignés comme des partenaires essentiels pour apporter des changements au système en mettant en œuvre cette nouvelle approche des soins palliatifs. Les besoins et les expériences psychosociales des patients ont été placés au cœur de ce travail. Cette démarche s'est avérée efficace pour soutenir le changement de culture et fournir une nouvelle perspective qui est mieux alignée sur les besoins des personnes qui bénéficieraient d'une approche palliative des soins.

L'alliance entre le Partenariat canadien contre le cancer et Excellence en santé Canada a grandement contribué au succès de ce projet collaboratif. Les ressources combinées et les points de vue diversifiés du Partenariat et d'ESC ont contribué à relever les défis de manière efficace. La combinaison des connaissances spécialisées et de l'expertise en matière d'amélioration de la qualité a permis aux équipes d'avoir accès à un plus large éventail de soutien et de ressources pour faciliter leur travail de rapprochement des approches en matière de soins palliatifs de leur domicile.

L'une des priorités d'ESC et du Partenariat dans le cadre de cette collaboration était de promouvoir la mobilisation des parties prenantes.



Administrations participantes

- Eastern Health (EH), Terre-Neuve-et-Labrador
- Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB), Nouveau-Brunswick
- York Region Paramedic Services (YRPS), Ontario
- Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO), Ontario
 - Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (RPPEO)
 - » Service paramédic d'Ottawa
 - » Hastings Quinte Paramedic Service
 - » Lennox and Addington Ambulance Service
 - » Frontenac Paramedic Services
 - » Leeds Grenville Paramedic Service
 - » Cornwall SDG Paramedic Services
 - » Prescott Russell Paramedic Service
 - » County of Renfrew Paramedic Service
 - » Lanark County Paramedic Service
 - Centre for Prehospital Care Health Sciences North (CPC-HSN)
 - » Services paramédicaux du Grand Sudbury
 - » Cochrane District Social Services Administration Board Emergency Medical Services
 - » Weeneebayco Area Health Authority Paramedic Service
- » Services paramédicaux du Conseil des Services du District de Manitoulin-Sudbury
- » Services paramédicaux du district d'Algoma
- » Nipissing Ambulance Service Providers and Paramedics
- » Parry Sound District Emergency Medical Services
- » Services médicaux d'urgence du district de Témiscamingue
- » Sault Ste. Marie Paramedic Services
- Centre for Paramedic Education and Research (CPER)
 - » Hamilton Paramedic Service
 - » Brant-Brantford Paramedic Service
 - » Guelph-Wellington Paramedic Service
 - » Haldimand County Paramedic Services
 - » Norfolk County Paramedic Services
 - » Six Nations Paramedic Service
 - » Services paramédicaux de la région de Waterloo
- Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est (IERHA), Manitoba
- Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina (SHA), Saskatchewan
- British Columbia Emergency Health Services (BCEHS), Colombie-Britannique

Administrations d'encadrement

- Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse et Régie Santé Nouvelle-Écosse, Nouvelle-Écosse
- Island Emergency Medical Services and Santé Î.-P.-É., Île-du-Prince-Édouard
- Services médicaux d'urgence de Services de santé Alberta (SMU SSA) et Santé Alberta, Alberta





L'innovation





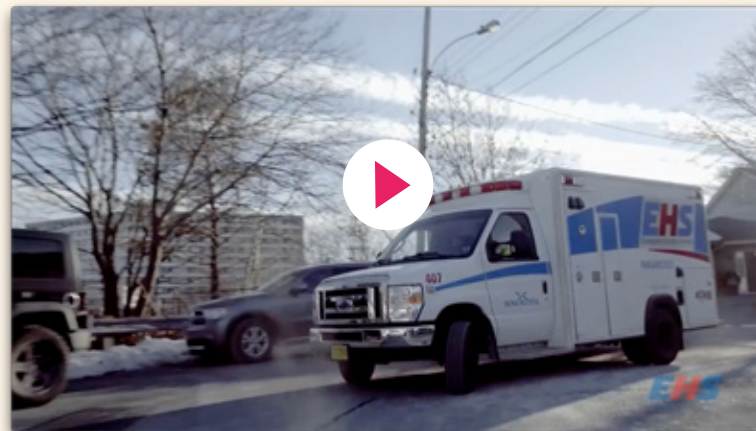
But/objectifs du programme

- Améliorer les soins fournis par les ambulanciers paramédicaux aux personnes qui reçoivent des soins palliatifs, y compris les soins et les traitements d'urgence à domicile (sans besoin de transport).
- Améliorer l'accès aux soins palliatifs à domicile, peu importe l'endroit ou l'heure de la journée.
- Améliorer l'expérience des soins palliatifs et de fin de vie des personnes, de leur famille et de leurs proches aidants en « rapprochant » les soutiens en soins palliatifs jusqu'à ce que l'équipe de soins habituelle puisse prendre la relève.
- Encourager la collaboration interdisciplinaire et accroître la communication entre les fournisseurs de soins de santé dans la communauté qui offrent des soins palliatifs et de fin de vie.
- Éviter ou réduire les visites aux services d'urgence des personnes recevant des soins palliatifs lorsque cela correspond à leurs souhaits en matière de soins.
- Améliorer les connaissances, l'aisance et la confiance des ambulanciers paramédicaux dans la prestation de services de soutien en soins palliatifs aux personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie, à leurs familles et aux proches aidants.
- Déterminer les causes et les résultats fréquents lorsque des personnes atteintes d'une affection qui nécessite des soins palliatifs ou des familles/proches aidants ont besoin de services paramédicaux.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Vidéo du Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile^{MC}



Pratique paramédicale : vidéo du programme de soins palliatifs de BCEHS





Éléments essentiels

Les principes fondamentaux et les éléments essentiels de l'élaboration et de la mise en œuvre de programmes en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et en Alberta ont été cernés et communiqués pour appuyer la diffusion et la mise à l'échelle de la prestation des soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique dans le cadre du projet collaboratif *Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs pour un service vital aux Canadiens*.

Chacun de ces éléments a été amélioré afin de résumer et d'inclure les expériences et les apprentissages de toutes les administrations participant au projet collaboratif à ce jour.

Table des matières

• Engagement de la direction et structure de gouvernance claire	35	• Consultation clinique/soutien d'experts	63
• Mobilisation et participation des parties prenantes	36	• Continuité des soins, attente à l'égard des soins collaboratifs et communication entre les fournisseurs	65
• Mobilisation de la personne, de la famille et du proche aidant	40	• Méthode de mise en œuvre	69
• Niveaux de mobilisation	40	• Résumé des composantes du modèle de programme par administration	70
• Recrutement de personnes/familles/ proches aidants partenaires	43	• Répercussions législatives et réglementaires	71
• Examen déontologique	45	• Considérations et répercussions financières	73
• Le pouvoir des histoires	46	• La logistique	75
• Identification de la population de patients	48	• Sensibilisation et formation	76
• Critères d'inclusion et inscription au programme	51	• Profil national des compétences professionnelles	78
• Élaboration et conception du modèle de programme	55	• Formation administrative et clinique	80
• Guide/protocole de pratique clinique	55	• Participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis	90
• Nouveaux médicaments	56		
• Protocole de répartition	59		
• Accès aux plans de soins anticipé/souhaits	61		



Engagement de la direction et structure de gouvernance claire

L'élaboration et la mise en œuvre d'une approche palliative des soins représentent un important changement touchant le système et la culture dans de multiples professions, secteurs opérationnels et processus au sein des services paramédicaux et d'autres secteurs du système de santé (soins primaires, soins continus, soins à domicile, soins palliatifs communautaires, etc.).

Un engagement important de la direction du programme est essentiel, à savoir notamment :

- Un soutien actif et visible de la haute direction et du leadership opérationnel (des services paramédicaux et des soins palliatifs).
- Un soutien de la direction et la protection du temps pour la participation des gestionnaires de projet, des membres des groupes de travail/comités et d'autres ressources humaines.
- Une structure d'approbation dans laquelle les groupes touchés ou concernés sont représentés (services paramédicaux, soins palliatifs, soins primaires, personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie, famille et proches aidants partenaires).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Aux grands maux, les grands moyens

Le EMS Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program de l'Alberta a été soutenu par des parrains du milieu des responsables et des exploitants de services paramédicaux et de soins continus, du réseau stratégique de la santé des personnes âgées et des soins contre le cancer, ainsi que des cadres supérieurs (vice-président et médecin hygiéniste en chef des Services de santé de l'Alberta). Le programme a été intégré aux plans opérationnels et stratégiques des Services de santé Alberta (responsable de la prestation des services de santé) et du ministère de la Santé de l'Alberta (Santé Alberta) comme élément livrable important. Le succès du groupe de travail et de l'équipe de projet a été renforcé par un solide engagement de la direction aux échelons les plus élevés des Services de santé de l'Alberta et de Santé Alberta, ainsi que par une solide structure de gouvernance qui a brisé le cloisonnement entre les services paramédicaux, les soins primaires et les soins continus.



CONSEILS D'EXPERTS

Obtenir un parrainage

Obtenir un parrainage de la haute direction des services paramédicaux et des soins palliatifs (région sanitaire, santé des personnes âgées, services communautaires, etc. selon la structure organisationnelle).

Racontez une histoire convaincante

Bien souvent, c'est l'histoire d'une personne, d'une famille ou d'un proche aidant qui influe sur l'engagement des dirigeants, des ministères et des bailleurs de fonds. Les histoires permettront d'attirer l'attention du Ministère et encourageront le financement du programme, car le besoin aura été mis en évidence. Il importe de mobiliser des personnes qui ont reçu des soins qui peuvent être améliorés grâce à l'innovation ou au projet. Pour en savoir plus, consulter la section [Le pouvoir de l'histoire](#).

Les administrations qui désirent mettre en œuvre des programmes paramédicaux de soins palliatifs sont encouragées à examiner les facteurs favorables généraux du système de santé dans leur province et à chercher des occasions de tirer parti du travail réalisé dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie qui pourrait déjà faire l'objet d'un engagement de la direction, lequel est actuellement intégré aux plans stratégiques opérationnels.



Mobilisation et participation des parties prenantes

Partout au Canada, les services paramédicaux (intervention d'urgence/services 9-1-1) en sont à diverses étapes d'un parcours vers l'intégration au système de soins de santé et au continuum des soins aux patients, en qualité de partie prenante clé. Toutefois, dans de nombreuses provinces et territoires, l'information ne circule pas librement entre les ambulanciers paramédicaux et d'autres fournisseurs de soins. Les dossiers sur les soins aux patients (PCR) des ambulanciers paramédicaux ne sont pas intégrés au dossier du patient, les ambulanciers paramédicaux ne font pas partie des équipes multidisciplinaires et les services paramédicaux et les exploitants ne sont pas généralement invités à participer à l'élaboration d'autres initiatives de santé communautaire.

Dans de nombreuses administrations, ce projet a réuni des parties prenantes et des partenaires qui n'avaient jamais travaillé ensemble auparavant. Il a permis de mettre au jour d'importants problèmes du système qui devront être réglés pour appuyer l'intégration des ambulanciers paramédicaux au système de santé (comme la nécessité d'un dossier patient électronique unique, de régler les problèmes liés à la facturation, d'apporter des modifications aux politiques et aux lois en lien avec les destinations de transport, le traitement et le congé ou la consultation d'autres fournisseurs de soins de santé).



CONSEIL D'EXPERT

Repérez les cloisonnements

Repérez les cloisonnements dans la prestation de services et mettez en évidence les domaines de conflit potentiel, de chevauchement des rôles et de lacunes dans la continuité des soins dès le début du projet. Veiller à ce que l'expérience des personnes, des familles et des proches aidants qui ont reçu des services de soins palliatifs dans la communauté et qui ont eu recours à des services paramédicaux soit rapidement intégrée au projet, car ils sont les mieux placés pour cerner les lacunes dans la continuité des soins et les incohérences entre les services. Envisager de compiler un recueil d'histoires qui représentent l'état actuel du système et peuvent être utilisées à des fins de démonstration ou de formation ainsi que pour recentrer le travail.



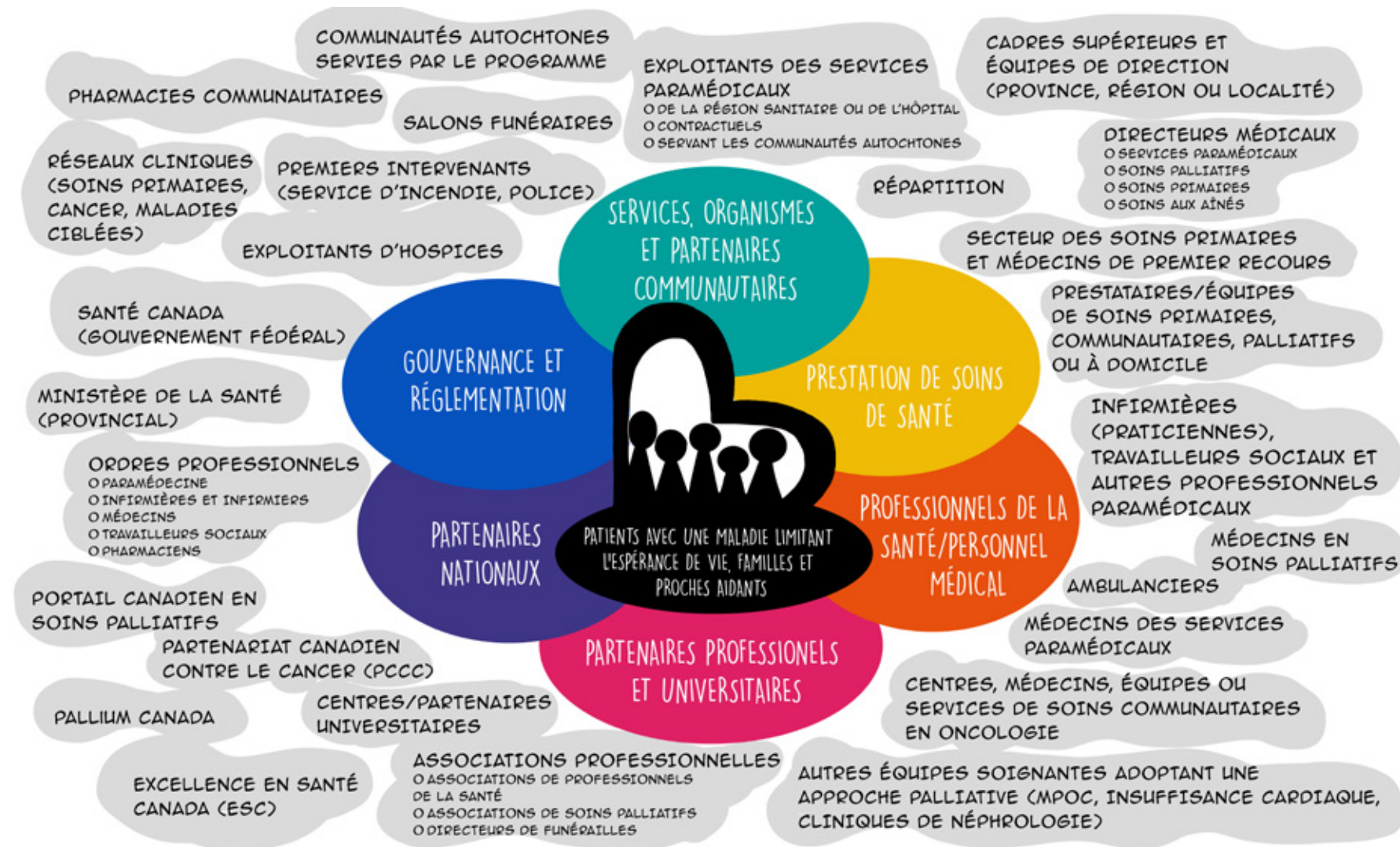
PARTICIPATION DES PERSONNES, DES FAMILLES ET DES PROCHES AIDANTS

Budget de participation

Une participation significative des personnes ayant des besoins en soins palliatifs ainsi que de leur famille et de leurs proches aidants nécessite une réflexion et une planification intentionnelle dès le début du projet. Prévoir du temps et du budget pour le recrutement et l'intégration de ces partenaires essentiels, et les communications avec eux. Adopter des stratégies de mobilisation des P/F/PA adaptées et élaborer des mécanismes pour inclure les points de vue des P/F/PA dans la conception du projet du début à la fin, en misant sur une conception conjointe du programme et de ses éléments (au lieu de simplement approuver les processus élaborés, les produits de communication, etc.).



Le graphique qui suit illustre l'étendue et la portée des parties prenantes qui doivent être mobilisées.





CONSEILS D'EXPERTS

Établissez des partenariats à l'intérieur et à l'extérieur de l'organisation

Renforcez les partenariats communautaires pour répondre aux besoins et consolidez les forces de votre population cible. Pour ce faire, il faut établir des partenariats entre les services paramédicaux, les soins palliatifs, les soins primaires, les soins à domicile et les soins infirmiers et, au besoin, avec la police et les salons funéraires. Qui sont les principales parties prenantes et quelles autorisations sont nécessaires? Il importe de cultiver une équipe saine dans la conception améliorée des soins et de tenir des réunions de l'équipe consultative composée d'intervenants clés sur une base régulière.

Recrutez des champions de programme

Une solide mobilisation des parties prenantes, y compris la participation des ambulanciers paramédicaux de première ligne, est essentielle au succès du projet. La mobilisation des intervenants de première ligne et le perfectionnement des premiers pairs champions jouent un rôle clé dans la transformation de la culture vers des mesures davantage axées sur la collaboration entre les services paramédicaux et les services de soins palliatifs. Les champions qui occupent des postes stratégiques au sein de l'organisation ainsi que les pairs champions de première ligne font partie intégrante du soutien au changement de culture nécessaire à la réussite du programme. Il convient donc d'identifier rapidement des champions œuvrant en première ligne et de trouver des façons de les relier au projet pendant les phases d'élaboration et de mise en œuvre.

Mobilisez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Cette mobilisation peut être complexe et doit être planifiée soigneusement. Il est important de mobiliser un partenaire qui a de l'expérience dans le travail auprès des populations autochtones. Il s'agit ici de trouver une ressource locale qui peut ouvrir des portes et donner des conseils sur la meilleure façon de procéder à cette mobilisation. Il peut s'agir des directeurs locaux de la santé, d'un chercheur, d'un défenseur local de la santé ou d'un fournisseur de soins de santé qui entretient des liens et des relations solides avec la communauté. Il convient de noter que les institutions ne sont pas toujours les meilleurs agents de liaison. Pour obtenir de plus amples renseignements sur la mobilisation et des exemples tirés du projet collaboratif, consulter la section [Mobilisation des Premières Nations, des Inuits et des Métis](#) du présent document.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Représentation diversifiée au sein de l'équipe de projet, du comité directeur ou du groupe consultatif

En Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard, le travail sur le programme a été facilité par une petite équipe de projet interprovinciale, composée d'ambulanciers paramédicaux, de médecins en soins d'urgence et palliatifs, d'infirmières en soins palliatifs, de responsables des communications médicales, etc., qui se réunit chaque mois depuis le début de 2014. Le projet a également été orienté par un groupe consultatif interprovincial élargi composé de deux représentants des patients et des familles et d'une panoplie de représentants de la médecine d'urgence (p. ex., médecins, ambulanciers paramédicaux, haute direction, communications médicales, etc.), des soins palliatifs (p. ex., médecins, infirmières, etc.), des organismes/fournisseurs de services à domicile (p. ex. IOV, soins continus, etc.) et d'autres organismes (p. ex., bureau gouvernemental de protection de la vie privée, etc.).

Collaboration et mobilisations continues

En Alberta, on a observé une augmentation des invitations à des groupes de travail sur la participation des ambulanciers paramédicaux (comme les réseaux de soins primaires au niveau des zones, les travaux sur les politiques et procédures d'aide médicale à mourir et les travaux sur la prise en charge des maladies du rein par des mesures modérées) en raison des relations établies pendant le projet. Une communauté de pratique provinciale continue de se réunir pour assurer la collaboration continue et la viabilité du programme de EMS PEOLC ATR. Les membres comprennent des ambulanciers paramédicaux, des médecins et du personnel infirmier, des praticiens et des dirigeants de partout dans la province.



Mobilisation de la personne, de la famille et du proche aidant

À l'instar de tous les services de soins de santé, les services paramédicaux ont une incidence importante sur les personnes, les familles et les proches aidants. Il est impératif de travailler en partenariat avec les personnes qui *en ressentiront les répercussions* lorsque des modifications seront apportées au mode de prestation des services. Les conseillers auprès des personnes, familles et proches aidants utilisent la phrase « Rien à propos de moi sans moi » pour démontrer à quel moment ils devraient participer à la prise de décisions stratégiques. En 2015, Agrément Canada a élaboré de nouvelles normes pour les soins axés sur la personne, y compris la conception conjointe de services avec les fournisseurs de soins de santé et les clients, et les a progressivement intégrées aux normes d'évaluation.¹⁸ Par le passé, il était devenu pratique courante de faire participer toutes les parties prenantes du fournisseur de soins de santé. Cependant, la mobilisation des provinces et territoires sur le plan stratégique aux fins de l'élaboration de programmes et la collaboration avec eux dans le cadre de changements apportés au système de santé peuvent être des pratiques nouvelles ou étrangères pour les fournisseurs de soins de santé et les administrateurs de programmes. À mesure que la mobilisation des P/F/PA a pris de l'ampleur, d'autres stratégies ont évolué et peuvent désormais fournir une orientation sur la meilleure façon de communiquer et de collaborer de manière efficace.

Niveaux de mobilisation

Pour planifier la mobilisation, une équipe de projet ou un partenaire de soins de santé doit d'abord et avant tout décrire les activités prévues et choisir le niveau de mobilisation attendu de la part des P/F/PA partenaires. Ainsi, les deux partenaires peuvent mieux comprendre leur rôle dans les étapes à venir.

L'Association internationale pour la participation publique (IAP2) a créé un modèle qui décrit le continuum de la mobilisation comme allant d'« informer à habiliter », en fonction de l'incidence qu'un partenaire public aurait sur la prise de décisions.



Qu'est-ce que la mobilisation

[Traduction] Lorsque des personnes et des organisations touchées par une décision participent au processus de prise de cette décision, on dit qu'elles sont "mobilisées" les unes avec les autres.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, 2018¹⁷



CONSEIL D'EXPERT

Bouclez la boucle

Il ne faut pas oublier de boucler la boucle en expliquant comment les P/F/PA partenaires ont changé la donne tout au long du projet et comment ils ont influé sur ses résultats. Il importe de s'assurer de souligner les efforts de la personne, de la famille et du proche aidant alors que le projet tire à sa fin.



Vous pouvez choisir de mobiliser différents P/F/PA partenaires, chacun ayant des compétences différentes, selon l'objectif pour lequel vous les mobilisez. Peu importe le niveau de prise de décisions dont il est question, toute mobilisation des P/F/PA doit être valorisée et honorée sur un pied d'égalité. Pour cette raison, certaines organisations choisissent de représenter la participation selon l'IAP2 comme des parts égales dans le graphique circulaire de la mobilisation:

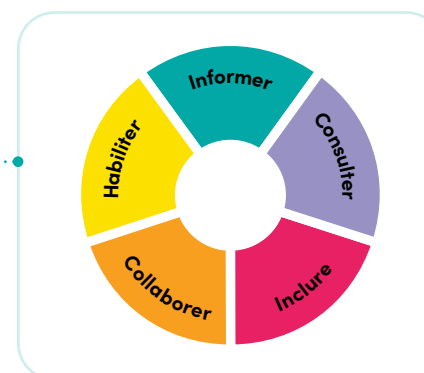
Habiller la personne, la famille et les proches aidants à raconter leurs histoires d'une manière qui leur convient, à un moment où ils se sentent à l'aise. Éviter de demander aux gens de raconter leur histoire d'entrée de jeu – ils se révéleront éventuellement dans le cadre de leur participation comme le feront tous les participants. Si la personne, la famille ou les proches aidants sont passionnés par une certaine partie du projet et possèdent les compétences nécessaires pour obtenir des résultats, il faut leur faire confiance et leur donner les moyens d'ouvrir la voie en leur offrant du soutien au besoin. Permettre aux P/F/PA partenaires de définir une orientation lorsque cela est possible.

Collaborer avec la personne, la famille et les proches aidants pour remanier les processus et les procédures afin de maintenir une orientation axée sur la personne, la famille et les proches aidants, surtout lorsque ces processus et procédures touchent le public. Trouver ensemble des solutions de rechange et des solutions privilégiées. Tous les participants ont une voix égale, peu importe leur rôle. L'expertise fondée sur l'expérience est aussi pertinente que l'expertise clinique. Il faut préconiser une prise de décisions axée sur la collaboration.

Inclure les personnes, les familles et les proches aidants aux comités directeurs et aux conseils de gouvernance en leur donnant une voix égale à la table.

Inclure les personnes, les familles et les proches aidants à la conception conjointe de tout ce qui comprend, sans s'y limiter, les ordres du jour, les mandats, la refonte des processus, la création de sondages, les exigences d'évaluation, le développement du site Web et tout le matériel de communication accessible au public. Le temps consacré dès le départ permettra d'économiser un énorme effort par la suite pour rendre les choses plus conviviales.

Inclure les personnes, les familles et les proches aidants à mesure que des changements itératifs sont mis en œuvre. Solliciter continuellement de la rétroaction et des commentaires pour offrir des occasions de communication synchrones et asynchrones (courriels, réunions, appels téléphoniques individuels, questions et réponses). Veiller à ce que les commentaires et les idées de la personne, de la famille et du proche aidant soient pris en compte dans les résultats. Ce niveau de mobilisation est idéal pour créer du matériel de communication lorsque les partenaires des soins de santé déploient des efforts considérables entre les rencontres. Ils sont ainsi en mesure de constater une progression importante chaque fois qu'ils se réunissent avec des partenaires de soins de santé.



La capacité de collaborer est en grande partie attribuable à la volonté des partenaires de la santé de prêter l'oreille et de nous écouter, de manière à unir nos forces dans la conception conjointe de ces outils. Ils n'ont pas créé ces outils POUR le patient pour ENSUITE solliciter une rétroaction. J'ai senti que nous avons créé ces outils les unes AVEC les autres.

Famille/proche aidant partenaire



Consulter les personnes, les familles et les proches aidants dans plusieurs milieux. Amorcer des discussions significatives tout en écoutant de façon attentive ce qui est important pour les personnes, les familles et les proches aidants. Écouter avec curiosité dans l'intention de comprendre et d'intégrer les points de vue des P/F/PA. Recueillir le plus de renseignements possible pour comprendre la situation actuelle et les lacunes éventuelles. Les groupes de discussion, les sondages et les entrevues structurées menant à des recherches qualitatives et à des analyses environnementales objectives sont des outils précieux à ce niveau.

Informer la personne, la famille ou le proche aidant sans détour des changements apportés au système de santé, aux processus et aux procédures, en établissant des attentes réalistes pour les rencontres avec les fournisseurs de services.

Mobilisation symbolique ou mobilisation significative

On parle de mobilisation symbolique :

- lorsque des décisions ont déjà été prises avant la mobilisation et qu'un groupe cherche seulement l'approbation ou le soutien des P/F/PA partenaires;
- lorsqu'un P/F/PA partenaire est invité à devenir membre d'un comité (c.-à-d. comité directeur, comité d'élaboration/de mise en œuvre de projet, etc.), mais qu'on ne lui demande jamais son opinion ou ses commentaires et qu'il a rarement l'occasion de prendre la parole lors d'une réunion;
- lorsqu'on observe une tendance à répondre par un simple « oui » ou « non » aux questions ou à sembler d'accord chaque fois qu'un avis est sollicité.

Une mobilisation significative exige :

- l'établissement d'une relation et une attitude inclusive et curieuse;
- la préparation intentionnelle à la mobilisation et à la sollicitation de discussions significatives.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Cocréation d'outils d'évaluation

À York, des instruments d'évaluation, en particulier le sondage sur la satisfaction des patients et des familles à l'égard du programme, ont été créés conjointement avec les patients partenaires. Un patient partenaire a contribué à la structure des questions du sondage afin de le rendre plus facile à utiliser. On a pris soin de choisir un langage approprié, par exemple en utilisant le mot permission plutôt que consentement, afin que des personnes de différents horizons puissent comprendre facilement les questions. Un autre facteur important était de s'assurer que les personnes comprennent qu'elles pouvaient changer d'avis lorsqu'elles étaient contactées pour répondre au sondage. Enfin, un patient partenaire a fait valoir que les personnes vivent l'expérience du deuil chacune différemment. Il est donc plus important de les rejoindre là où ils sont dans leur cheminement, avec empathie, que d'obtenir une rétroaction. Cette démarche a abouti à la création d'un sondage élaboré en collaboration.



CONSEIL D'EXPERT

Qu'est-ce qu'une collaboration significative?

Une collaboration et une participation significatives s'observent lorsqu'on instaure intentionnellement un climat où les personnes/familles/proches aidants partenaires sont à l'aise d'exprimer leurs opinions, d'exprimer des commentaires utiles, de répondre à des questions et de formuler des recommandations – particulièrement dans un contexte où l'on pourrait percevoir des déséquilibres de pouvoir.



Recrutement de personnes/familles/proches aidants partenaires

Il est pertinent de considérer les éléments suivants lorsqu'on recrute des personnes, des familles ou des proches aidants partenaires.

Délai d'exécution – Vous avez probablement réuni une équipe de parties prenantes ou avez une bonne idée de qui participera à votre projet dès le début. Le recrutement, l'intégration, l'orientation et la préparation des personnes/familles/proches aidants partenaires prendront un certain temps. Il est impératif de veiller à ce que vos P/F/PA partenaires aient une compréhension égale du projet, de ses objectifs et des résultats attendus, comme les autres parties prenantes. Il faudra peut-être du temps pour que les documents d'information soient présentés à ces partenaires d'une manière qui leur convient. Il faudra tenir plusieurs conversations avec les P/F/PA partenaires pour amorcer l'établissement de relations, alors que cela ne sera peut-être pas nécessaire dans le cas d'autres parties prenantes.

Budget – Il faut décider comment les P/F/PA partenaires seront rémunérés pour leur participation et leurs commentaires. En s'assurant qu'un poste budgétaire particulier est consacré aux travaux liés aux P/F/PA partenaires, il est possible de s'assurer que le travail est réalisé sur une base volontaire et que le temps approprié est consacré aux partenaires tout au long du projet.

Diversité – La plupart du temps, les recruteurs des personnes, des membres de la famille et des proches aidants sont attirés par les personnes qui leur ressemblent et ont tendance à collaborer avec ces personnes. Il en découle la constitution d'une équipe où chacun utilise des modes de communication semblables. La mise à contribution de perspectives différentes, par exemple celles de personnes qui réfléchissent selon une vision globale et celles de personnes qui réfléchissent davantage aux détails de l'expérience de différentes races, ethnies et cultures permettent de combler des lacunes, de voir les choses sous tous les angles, d'évaluer les risques avec plus d'exactitude et d'aller de l'avant d'une manière qui a plus d'incidence pour les populations servies.

Les équipes de projet doivent s'efforcer d'assurer la diversité de leurs P/F/PA partenaires et de mobiliser des partenaires représentatifs de la population géographique où le programme sera mis en œuvre. Il convient donc d'envisager l'inclusion d'une diversité de cultures sur les plans de l'éducation, du statut socioéconomique, du milieu rural ou urbain et de la représentation démographique, y compris, mais sans s'y limiter, les peuples autochtones.

Partenaires familiarisés et non familiarisés

Il y a deux écoles de pensée à l'égard du recrutement de P/F/PA partenaires familiarisés et des utilisateurs fréquents du système connus des parties prenantes de l'équipe de projet.

1. Le recrutement de partenaires qui possèdent un savoir expérientiel récent peut fournir de riches données et une rétroaction enrichissante de la part des personnes qui connaissent le mieux la question. Le fait de recueillir des histoires auprès de ces P/F/PA partenaires peut avoir une incidence importante sur l'orientation du travail entrepris et l'établissement des fondations de ce travail. Sachez que les P/F/PA partenaires non familiarisés n'ont peut-être pas reçu d'orientation ou de formation sur le travail en partenariat dans le cadre de projets liés au système de santé. Ils souhaitent peut-être faire valoir un sujet précis, qui peut ou non correspondre aux objectifs du projet ou qui se prête davantage aux processus de traitement des plaintes établis formellement.

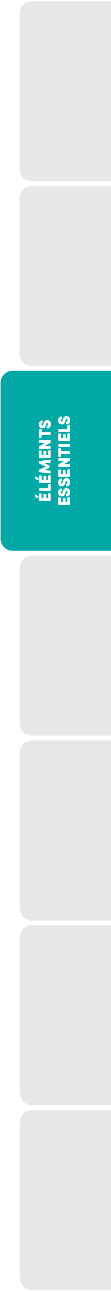


2. Les P/F/PA partenaires familiarisés ont habituellement reçu une orientation et une formation sur le travail en partenariat dans le cadre de projets liés au système de santé. Ils sont à l'aise avec la vision d'ensemble et participent pour exprimer le point de vue de la personne, de la famille et du proche aidant. Ils ne sont pas en quête de la résolution de situations précises, et sont plutôt tournés vers une amélioration de la qualité pour l'avenir dans un esprit de collaboration. L'association ou l'organisme qui offre de l'orientation ou de la formation aide également à sélectionner les partenaires candidats pour garantir un jumelage approprié des personnes et des projets. Par exemple, les familles ou proches aidants partenaires qui ont vécu une perte récente ont peut-être déjà eu l'occasion de réfléchir à la possibilité que l'expérience de participation revête un caractère traumatisant ou très émotionnel avant de se présenter au partenaire de soins de santé comme un participant potentiel.

Donner le ton

Le langage est important. Lorsque vous travaillez avec une personne, une famille ou un proche aidant partenaire, l'utilisation intentionnelle d'un langage précis peut favoriser la compréhension et influencer les hypothèses sous-jacentes.

AVANT	MAINTENANT	JUSTIFICATION
Patient	Personne	• Met l'accent sur une approche holistique davantage axée sur la personne; les personnes sont plus que de simples patients.
Patient palliatif	Personne ayant une affection ou un problème nécessitant des soins palliatifs	• Une étiquette plus agréable. Réoriente l'attention en amont vers le diagnostic plutôt qu'en aval vers les soins palliatifs de fin de vie
Famille	Famille/proche aidant/aidant naturel	• L'accent est mis sur le fait que la famille et les proches aidants fournissent environ 80 % des soins aux personnes atteintes d'une affection qui nécessite des soins palliatifs. • Reconnaît que les proches aidants peuvent être des membres de la famille par choix
Patiente ressource	Personne/famille/proche aidant partenaire	• Reconnaît la mobilisation dans le cadre d'un partenariat de collaboration au lieu de mettre l'accent sur la prestation de conseils, ce qui sous-entend une liberté de suivre ou non les conseils. • Changement d'orientation pour éliminer le déséquilibre continu entre la personne, la famille, le proche aidant et le fournisseur de services.
Axé sur le patient	Axé sur la personne et la famille/le proche aidant	• Réoriente l'attention pour reconnaître que l'« unité de soins » des soins palliatifs doit toujours comprendre au moins une famille ou un soignant qui a également des besoins.
POUR les patients	AVEC les personnes et les familles/proches aidants	• Il existe une différence de pouvoir implicite lorsqu'il s'agit de faire des choses POUR les patients plutôt qu'AVEC les personnes et les familles/proches aidants, ce qui implique une prise de décisions partagée et un état d'esprit inclusif.
Terminal ou potentiellement mortelle	Limitant l'espérance de vie	• Une étiquette plus agréable. Déplace l'accent de la mort à la vie dans l'espoir d'une qualité de vie et de dignité jusqu'à la fin.





Examen déontologique

Qu'un examen éthique officiel préalable à votre projet soit requis ou non dans votre administration, prenez le temps de tenir compte du **risque de préjudice** lorsque vous collaborez avec des P/F/PA partenaires. Les soins palliatifs peuvent être un sujet particulièrement délicat pour bon nombre d'entre eux, en particulier ceux qui ont une affection nécessitant des soins palliatifs ou qui ont subi la perte de personnes importantes dans leur vie.

Atténuation des risques

1. Inclure des vérifications régulières – planifiées et non planifiées. Par exemple, si au cours d'une réunion ou d'une discussion, la conversation devient difficile ou émotionnelle, on peut interrompre la discussion, faire des pauses ou changer de tactique au besoin.
2. Lors de vérifications individuelles, on peut demander aux partenaires comment ils se sentent et comment ils perçoivent leur participation.
3. Envisager la participation de deux personnes/membres de la famille/proches aidants pourrait les aider à se sentir plus à l'aise et moins intimidés dans un environnement professionnel avec lequel ils sont peu familiers.
4. Envisager d'établir un processus, avant la mobilisation, pour permettre aux P/F/PA partenaires de se retirer, temporairement ou définitivement, en tout temps.
5. Penser à inclure tout partenaire (personne, famille ou proche aidant) qui pourrait avoir établi des liens avec d'autres parties prenantes de l'équipe. Les parties à des relations patient/fournisseur de services, les anciens employés et d'autres personnes ayant des antécédents ne sont peut-être pas les candidats idéaux pour participer.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Détermination des préoccupations d'ordre éthique dans l'amélioration de la qualité

L'outil d'exploration *A pRoject Ethics Community Consensus Initiative* (ARECCI) d'Alberta Innovates a été utilisé en Alberta pour cerner les domaines de risque potentiels et élaborer un plan pour atténuer ces risques.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Outil d'exploration ARECCI

Mis à jour en 2017, l'outil d'exploration ARECCI et l'[outil connexe des lignes directrices en matière d'éthique](#) peuvent être utilisés dans le cadre de nombreux projets d'amélioration de la qualité ou de collaboration avec des personnes, familles et proches aidants partenaires.



Le pouvoir des histoires

Comment vous y prendrez-vous pour aider les P/F/PA partenaires non seulement à raconter leur histoire dans votre administration, mais aussi à les utiliser pour obtenir l'engagement des dirigeants et du gouvernement, concevoir conjointement votre programme et influencer sur le changement?



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Le Plateforme de ressources sur la participation du patient

Le [Plateforme de ressources sur la participation du patient \(fcass-cfhi.ca\)](http://fcass-cfhi.ca) regroupe des ressources conçues par Excellence en santé Canada pour favoriser la participation adéquate des patients et des familles. Vous trouverez des ressources supplémentaires dans la section Ressources supplémentaires à la fin du présent document.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

The Power of Story-writing

Il s'agit d'une [histoire d'une page](#) écrite par un membre de la famille ou un proche aidant qui livre un message percutant. Elle est rédigée d'une manière qui décrit les lacunes du système et comment elles ont été gérées à ce moment.



Mon épouse souffrait beaucoup, car ses organes cessaient de fonctionner. Ils l'ont rendue confortable et ont soulagé sa douleur jusqu'à son dernier souffle, le lendemain. Tout a été fait à la perfection. Le soutien et les conseils médicaux fournis par les ambulanciers paramédicaux apportent du réconfort même si la situation reste difficile.

Membre de la famille, Colombie-Britannique



Je suis très contente de faire connaître ce service – les ambulanciers paramédicaux méritent beaucoup d'éloges. Ce qu'ils ont fait pour nous à plusieurs reprises est tout simplement formidable. Je suis très privilégiée d'avoir eu des gens de mon côté. C'est vraiment agréable d'avoir des gens de son côté qui sont prêts à aider. Ce fut une période difficile, mais j'étais heureuse de savoir que des ambulanciers paramédicaux pouvaient m'aider. Je veux leur dire merci pour tout ce qu'ils ont fait pour moi et mon mari

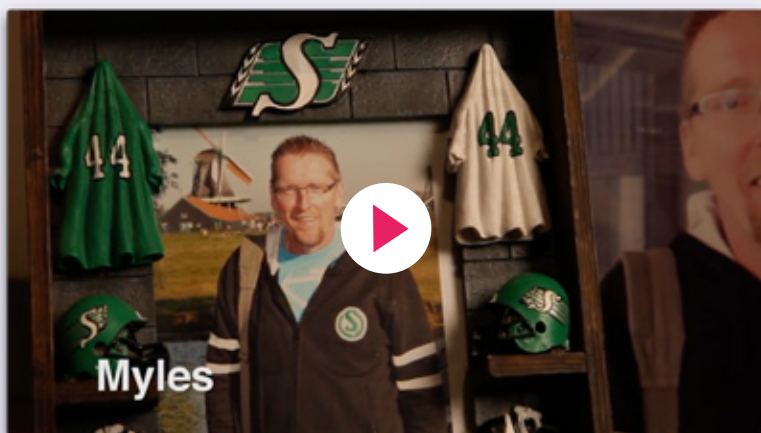
Membre de la famille, Nouvelle-Écosse



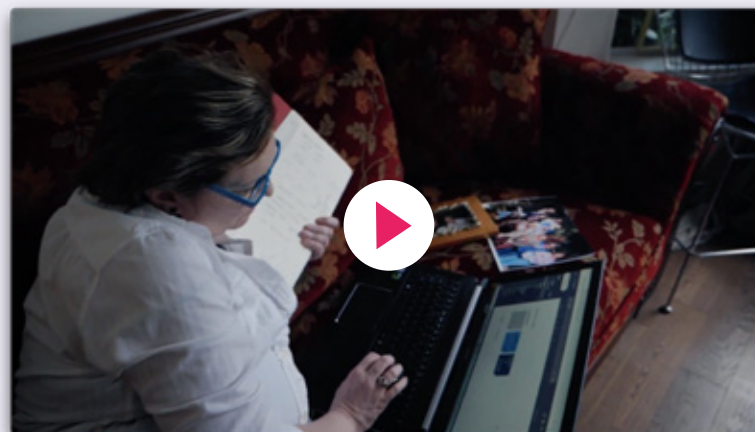
EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Vidéo sur l'expérience familiale

En Alberta, une [vidéo sur la famille](#) a été créée pour partager l'expérience d'une famille qui a utilisé le programme *EMS Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program*. Cette vidéo a été utilisée au début des présentations, dans la formation en personne, dans la formation en ligne, dans les activités de communication et de sensibilisation et diffusée sur le site Web du programme accessible au public et sur les médias sociaux.

**Histoire de patients : Soins palliatifs des BCEHS**

Créée en Colombie-Britannique, cette vidéo (en anglais) raconte l'histoire d'un patient afin de transmettre l'expérience d'une famille qui a reçu du soutien dans le cadre de la composante ASTaR. La vidéo présente une famille de Victoria qui a eu besoin d'une aide immédiate en raison d'une crise de douleur, et les soins qui ont été fournis pour honorer le désir du patient d'être à la maison.





Identification de la population de patients

Il est important de tenir compte des critères relatifs à la population cible du programme, de la façon dont cette population sera ciblée et incluse et des populations qui pourraient être exclues du programme. Questions à prendre en considération :

- Qui peut accéder au service?
- Comment les personnes seront-elles identifiées?
 - S'agit-il d'une personne ayant des objectifs de soins palliatifs ou des plans de soins avancés indiquant des mesures de confort?
 - S'agit-il d'une personne qui a reçu un diagnostic de maladie limitant l'espérance de vie ou de problèmes de santé chroniques?
 - Est-elle autodéterminée/identifiée?
 - Sera-t-elle identifiée par des mots clés?
 - Sera-t-elle identifiée en temps réel par les ambulanciers paramédicaux sur place?
- Les gens doivent-ils être inscrits au préalable? Un registre sera-t-il créé et tenu à jour?
- Y a-t-il des restrictions d'âge (les enfants, les personnes âgées ou en perte d'autonomie)?
- Comment la famille ou le proche aidant est-il inclus? Au moins un membre de la famille/proche aidant est-il considéré comme faisant partie de l'unité de soins?

Choisir la macropopulation et connaître ses segments

1. Choisir sa population
 - Personnes ayant des besoins en soins palliatifs ainsi que leur famille et proches aidants :
 - Critères d'inclusion et d'exclusion clairs indiquant qui est admissible.
 - Ces personnes doivent-elles figurer dans un registre ou dans un programme particulier?
 - Fournisseurs :
 - Quelle est la capacité de votre service à prendre en charge ce travail sans l'ajout d'une nouvelle ressource?
 - Quelle est la meilleure ressource ajoutée pour répondre à la demande (faible)? (Une équipe de spécialistes peut être pertinente dans une région densément peuplée, mais pas dans une région rurale où la demande est faible.)
 - Quel est le degré actuel de confort avec le traitement et le congé?



Nous sommes intervenus à quelques reprises auprès du même patient dans ses derniers mois de vie, et il était très heureux de pouvoir rester à la maison, entouré de sa famille, ce qui n'aurait pas été possible à l'hôpital en raison de la pandémie. Il pouvait les tenir par la main alors que nous lui dispensions les soins de confort et discussions avec l'équipe des soins palliatifs pour lui fournir les soins les plus appropriés.

Ambulancière paramédicale,
Saskatchewan



2. Apprendre les besoins et les points forts de la population grâce à une analyse approfondie des causes fondamentales :
 - Quels services existent déjà? Comment vos ambulanciers paramédicaux interagiront-ils avec les autres parties prenantes? Quelle est la valeur ajoutée des ambulanciers paramédicaux et comment évitez-vous le chevauchement ou le double emploi des rôles? De quelle formation ou préparation les responsables du soutien médical en ligne auront-ils besoin? Autres parties prenantes qui recoupent la prestation des soins (par ex., centre de communications médicales, premiers intervenants)?
3. Segmenter la population
 - Voulez-vous traiter seulement certaines sous-populations, par exemple seulement les adultes, dans un contexte de soins palliatifs formel?



CONSEIL D'EXPERT

Retracez le parcours du patient et planifiez la « dérive des objectifs »

Explorez toutes les étapes du processus et les divers organismes, groupes et services qui pourraient être mobilisés, et examinez les répercussions sur le parcours et l'expérience du patient. Essayez d'anticiper la « dérive des objectifs » et d'autres éléments qui pourraient devoir être élaborés pour appuyer le changement du système. Les personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie, les familles et proches aidants partenaires ou collaborateurs et les personnes ayant un vécu expérientiel qui reçoivent des soins palliatifs à domicile seront des parties prenantes précieuses dans ce processus. De nouvelles collaborations qui n'existaient pas auparavant (p. ex., forces de l'ordre, salons funéraires) pourraient s'avérer utiles.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Dérive des objectifs

D'autres éléments (en dehors du plan de projet original) qui devaient être réglés ont été cernés pendant l'élaboration et la mise en œuvre du programme, notamment :

- Éducation et sensibilisation des organismes d'application de la loi sur les décès prévus à domicile (Alberta, Ontario).
- Éducation et sensibilisation des premiers intervenants médicaux (par ex. les services d'incendie) sur les décès prévus à domicile (Alberta, Ontario).
- Des décès prévus à domicile (EDATH/EDITH) ont posé des problèmes inattendus et ont été à l'origine d'appels au 9-1-1 à la suite desquels des policiers/médecins légistes se sont présentés au domicile (Nouvelle-Écosse).
- Élaboration de politiques et de procédures pour les décès en transit (Alberta).
- Politique relative au transport vers un établissement de soins palliatifs depuis la communauté (Colombie-Britannique).
- Formation du personnel des services d'urgence sur les pratiques exemplaires de gestion des symptômes en soins palliatifs et les nouveaux protocoles de traitement paramédical pour assurer la sensibilisation et l'uniformité de l'approche lors du transfert des soins au personnel des services d'urgence (Ontario).



Recruter dans le milieu des soins

Commencerez-vous par des personnes qui sont déjà associées à des programmes officiels de soins palliatifs? Comment joindrez-vous celles associées aux soins primaires? Communiquerez-vous avec d'autres spécialités (par ex., insuffisance cardiaque, maladie pulmonaire obstructive chronique [MPOC], personnes âgées ou en perte d'autonomie)? Sera-t-il possible pour les ambulanciers paramédicaux d'identifier de nouveaux candidats en temps réel?

Identifiez les personnes qui sont des candidats idéaux pour les soins et élaborer des processus pour recruter des personnes dans le programme. Envisagez l'utilisation de mécanismes permettant l'identification en temps réel des patients (par les ambulanciers paramédicaux sur les lieux) et la possibilité de les inscrire au programme ou de les aiguiller vers celui-ci au moment de l'appel.

Qu'en est-il des services de pédiatrie?

Déterminez si les services de pédiatrie seront admissibles au programme. Différentes régions ont intégré à leurs programmes à différents moments le groupe des services de pédiatrie. Par exemple, des services de pédiatrie ont été inclus dès le lancement initial du programme en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard, au Nouveau-Brunswick, au Manitoba, en Saskatchewan et en Colombie-Britannique. En Alberta, l'intégration de ces services s'est faite à la phase III de la mise en œuvre du programme (environ deux ans après le lancement du programme provincial). D'autres provinces et territoires intégreront progressivement la pédiatrie dans une itération ultérieure du programme. Dans la plupart des provinces et territoires, les services de soins palliatifs pédiatriques sont distincts des services de soins palliatifs pour adultes, de sorte que différents intervenants devront être joints et inclus.

Premières Nations/Inuits/Métis

Examinez comment les besoins des Premières Nations, des Inuits et des Métis seront intégrés. Les services de santé dans les réserves et les communautés des Premières Nations autonomes sont financés et gérés par le gouvernement fédéral. Cela peut entraîner des différences géographiques quant à l'endroit où des services comme les soins à domicile sont offerts et la façon dont ils le sont. Les services de soins à domicile et de soins palliatifs financés et gérés par la province peuvent ne pas être disponibles, et les services (lorsqu'ils sont disponibles) sont gérés par différents organismes. Dans certaines régions, les ambulanciers paramédicaux peuvent être l'un des rares services de soins de santé qui offrent du soutien à domicile. Il faudra cibler et mobiliser les intervenants appropriés et établir des relations avec les personnes clés.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la mobilisation et des exemples tirés du projet collaboratif, consultez la section [Mobilisation des Premières Nations, des Inuits et des Métis](#) du présent document.

Des exemples précis de la façon dont la population a été identifiée, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion, sont fournis dans le résumé du programme de chaque administration. Voir la section [Ressources supplémentaires](#).



Critères d'inclusion et inscription au programme

Déterminez si un système d'inscription de clientèle est nécessaire pour appuyer l'identification et la segmentation de la population qui sera servie par le programme. Certaines administrations ont choisi de créer un registre ou une base de données et d'autres non. Dans certains cas, les personnes pouvaient accéder au programme (admissibles au traitement et à l'aiguillage, et accès aux mesures de soutien connexes des ambulanciers paramédicaux) seulement si elles étaient déjà inscrites. Dans d'autres cas, les personnes ayant des besoins en soins palliatifs étaient admissibles en vertu du guide/protocole de pratique clinique (GPC) en soins palliatifs, peu importe leur statut d'inscription, mais les fournisseurs de soins de santé étaient encouragés à inscrire les personnes nécessitant des soins palliatifs pour s'assurer que les soins dispensés correspondent à leurs souhaits.

Dans les provinces et territoires où il n'était pas nécessaire de s'inscrire à l'avance ou de figurer sur un registre, les patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie et dont les objectifs de soins correspondent à une approche palliative des soins étaient admissibles au programme. Les critères d'inclusion pour le traitement sur place comprenaient certains identificateurs, par exemple :

- la personne a reçu un diagnostic de maladie limitant l'espérance de vie;
- la personne bénéficie d'une approche palliative des soins dispensés par son médecin/infirmière praticienne, son équipe de soins, etc.;
- la personne a des objectifs de soins conformes au traitement sur place choisi, au confort et à une gestion des symptômes;
- la personne malade, sa famille ou son proche aidant conviennent d'un traitement à domicile;
- les symptômes présents sont considérés comme étant liés à l'affection palliative de la personne;
- un suivi peut être organisé pour soutenir la personne, la famille et les proches aidants après l'événement.

Des exemples précis d'identification de la population, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion, et la façon dont un registre a été utilisé, sont fournis dans le résumé du projet de chaque administration. Voir la section [Ressources supplémentaires](#).



Comme les services avaient déjà été mis en place, elle pouvait retourner à la maison rapidement. C'était un aspect important lorsque la trajectoire de la maladie était inconnue.

Membre de la famille,
Terre-Neuve-et-Labrador



MOBILISATION DES P/F/PA

Avantage de la connaissance préalable

Selon les témoignages de personnes et de familles de la Nouvelle-Écosse, l'un des avantages de l'inscription au programme pour patients particuliers (SPP) est qu'elle permet aux ambulanciers paramédicaux de connaître leur situation et leur plan de soins avant qu'un appel aux services d'urgence soit passé. Les familles ont aussi souvent parlé de la « tranquillité d'esprit » qu'elles ont ressentie simplement du fait d'être inscrites au programme.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Tenir compte de la pérennité

Il importe de se pencher sur la question de la pérennité des registres ou des processus créés. (Qui conservera le registre une fois l'élaboration et la mise en œuvre du programme terminées? Comment continuera-t-il d'être mis à jour?)

Les avantages d'un registre comprennent l'assurance que les soins fournis par les ambulanciers paramédicaux correspondent aux souhaits et aux valeurs de la personne, et que ses objectifs de soins sont clairs et exprimés de manière compatible avec la pratique des ambulanciers paramédicaux (y compris en ce qui concerne la documentation qui peut être requise). Il peut accroître les chances que la personne reste à domicile si tel est son souhait. Toutefois, si une inscription préalable est requise, les ambulanciers paramédicaux pourraient ne pas pouvoir offrir de traitement sur place aux personnes ayant des besoins en soins palliatifs qui n'ont pas été identifiées au préalable, même s'il s'agissait du traitement approprié.

Le tableau ci-dessous résume certains des avantages et inconvénients de chaque approche. Veuillez noter que, dans certaines provinces et certains territoires, le registre ou l'inscription de clientèle est jugé utile, mais n'est pas obligatoire. Il ne s'agit pas nécessairement de savoir si l'on tient ou non un registre, mais bien de savoir si un soutien en soins palliatifs paramédicaux sera offert exclusivement aux personnes dont le nom figure dans le registre.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Programme pour patients particuliers

En Nouvelle-Écosse, le SPP est un programme existant des Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse. Il contient des instructions de soins propres à chaque personne qui diffèrent du protocole des SSU normalisé et les rend connues et accessibles aux ambulanciers paramédicaux au moment où l'appel au 9-1-1 est passé. Le SPP a été élargi pour inclure les personnes recevant des soins palliatifs. Il n'est pas obligatoire que les patients soient inscrits au SPP pour recevoir des soins palliatifs à domicile par les ambulanciers paramédicaux, bien que cela soit jugé utile, et le recours au transport est moindre dans le groupe des personnes inscrites au SPP. Depuis le lancement du programme en juin 2015, près de 3 500 personnes atteintes d'une affection nécessitant des soins palliatifs étaient inscrites au programme et la demande demeure stable. Les SSU reçoivent ainsi de 20 à 30 demandes d'inscription par semaine. À l'Île-du-Prince-Édouard, un SPP a été mis en œuvre récemment dans le système provincial et il est lié au programme provincial intégré de soins palliatifs (P-IPCP). L'inscription au P-IPCP est obligatoire pour que les ambulanciers paramédicaux puissent suivre ce cheminement clinique.



Approche

Inscription au programme/de clientèle

Avantages

- Garantit que les soins fournis par le personnel paramédical correspondent aux souhaits et aux valeurs de la personne.
- Garantit que les souhaits et les valeurs sont indiqués clairement dans la documentation normalisée.
- Garantit que le plan de soins et les attentes sont compatibles avec les services que peuvent fournir les ambulanciers paramédicaux.
- Permet (selon la conception) aux ambulanciers paramédicaux de prendre connaissance de la situation de la personne ainsi que de ses objectifs et besoins potentiels pendant qu'ils sont en route vers l'événement.
- Permet d'identifier facilement la population à des fins de suivi, d'assurance et d'amélioration de la qualité (AQ) et d'évaluation.
- Permet de diffuser l'information sur le programme avant qu'il soit utilisé ou nécessaire pour la population cible.
- Réduit l'incertitude quant aux personnes admissibles à une approche paramédicale des soins palliatifs.
- Peut accroître le niveau de confort des dirigeants grâce à une approche novatrice de traitement et de congé/aiguillage, en particulier dans les systèmes où la culture préconise de « toujours transporter » vers un établissement de soins.

Inconvénients

- La restriction des soins aux personnes inscrites peut exclure des personnes dont la situation se prêterait à une approche de traitement en place, d'aiguillage ou palliative qui n'ont pas été officiellement inscrites.
- Exige des ressources pour établir, tenir à jour et conserver le registre.
- À mesure que la capacité des ambulanciers paramédicaux d'identifier les personnes qui bénéficieraient d'une approche palliative des soins augmente, l'exigence d'une inscription préalable pourrait devenir de plus en plus problématique.

Approche

Aucune exigence d'inscription de clientèle ou d'inscription préalable

Avantages

- Permet de répondre aux souhaits et objectifs en matière de soins d'un groupe élargi de personnes qui peuvent faire l'objet d'un suivi de la part de divers services de soins palliatifs, lesquels peuvent avoir des approches différentes quant à l'inscription des patients dans un registre et au moment de leur inscription.
- Permet de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de personnes nécessitant une approche palliative, peu importe leur statut d'inscription.
- Permet d'habiliter les ambulanciers paramédicaux à participer à l'identification des personnes qui pourraient bénéficier d'un aiguillage vers des programmes et services de soins palliatifs.

Inconvénients

- Risque d'incertitude pour les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens communautaires quant à l'identification des personnes qui satisfont aux critères d'inclusion (risque de ne pas offrir de service à une personne alors que ce serait approprié, risque de dérive des objectifs au-delà de l'intention du programme).
- Exige que les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens sachent qui satisfait aux critères.
- Risque d'incertitude pour les personnes, leur famille et leurs proches aidants quant à leurs attentes à l'égard du programme et des services paramédicaux.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Identification et aigillage des patients à partir des appels au 9-1-1

À York, les personnes ayant des besoins en soins palliatifs sont inscrites sur place auprès du York Region Paramedic Services (YRPS) lorsqu'elles communiquent avec le 9-1-1. Les ambulanciers paramédicaux vérifient que la personne reçoit des soins de la part de l'équipe des soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire en examinant le dossier des soins à domicile du patient et confirment l'existence d'un formulaire valide « Ordonnance de non-réanimation » du ministère de la Santé. Si ces documents ne sont pas disponibles ou sont incomplets, ou si les affections présentes ne sont pas visées par les directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs, les ambulanciers paramédicaux suivront les directives habituelles relatives au traitement et au transport. Les patients peuvent être aigillés vers les soins à domicile et en milieu communautaire dans le cadre du programme d'aigillage par les ambulanciers paramédicaux du YRPS.

Admission sans registre

En Saskatchewan, en Alberta et en Colombie-Britannique, les patients qui satisfont aux critères d'inclusion sont admissibles au programme et il n'y a aucun processus d'inscription préalable.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Des exemples précis d'identification de la population, y compris les critères d'inclusion et d'exclusion, et la façon dont un registre a été utilisé, sont fournis dans le sommaire du projet de chaque administration. Voir la section [Ressources supplémentaires](#).



Élaboration et conception du modèle de programme

Guide/protocole de pratique clinique

Il importe de se doter d'un guide ou d'un protocole de pratique clinique pour diriger la prestation des soins et soutenir le traitement sans transport. À défaut de disposer d'un guide ou d'un protocole de pratique clinique, les soins dispensés ne seraient pas normalisés à l'échelle du système et les ambulanciers paramédicaux pourraient avoir l'impression qu'ils n'ont pas la permission (ce n'est pas dans leur champ de pratique ou parmi les options de prestation de services) de se servir d'une approche palliative. De plus, certaines interventions cliniques clés en soins palliatifs (comme l'utilisation d'opioïdes contre l'essoufflement) peuvent être contre-indiquées par les protocoles et les pratiques des ambulanciers paramédicaux en vigueur.

Les provinces et territoires participants ont élaboré des guides ou des protocoles de pratique clinique à l'appui de la conception de leur modèle qui :

1. fournissent une orientation sur les soins cliniques pour aider les personnes en soins palliatifs et en fin de vie;
2. traitent des symptômes les plus courants;
3. fournissent une orientation opérationnelle.

Les guides ou protocoles de pratique clinique comprennent :

- les attentes relatives à la pratique collaborative et à la prise de décision partagée (avec d'autres fournisseurs de services, des personnes, des familles et des proches aidants);
- les processus de consultation des experts ou d'autres fournisseurs (médecin en soins palliatifs, directeur médical/médecin-conseil des services paramédicaux, spécialiste en services paramédicaux, ambulancier paramédical communautaire, etc.);
- une orientation sur l'utilisation du nouvel équipement ou sur les composantes d'évaluation (échelle de performance pour soins palliatifs [PPS], version révisée de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton [EESE-R], etc.);
- une orientation sur l'utilisation de nouveaux médicaments ou sur les utilisations nouvelles de médicaments chez les patients en soins palliatifs;
- les attentes relatives à la documentation propre au programme et aux activités de clôture des aiguillages et des appels;
- les changements touchant la disposition ou la destination du transport (traitement sur place, transport direct vers un établissement de soins palliatifs ou une unité de soins palliatifs tertiaires au lieu des services d'urgence).



CONSEIL D'EXPERT

Élaborez un modèle de soins adapté aux besoins et aux forces de la population cible

Cocréez des plans de soins personnalisés pour en apprendre davantage sur la restructuration des soins et s'y préparer. Des plans de soins devraient être élaborés avec la personne, sa famille et les proches aidants, et ils devraient combiner les pratiques exemplaires en soins palliatifs avec un champ de pratique réaliste des ambulanciers paramédicaux.



CONSEIL D'EXPERT

Planifiez la mise à l'essai et l'ajustement

Élaborez le nouveau cheminement clinique au moyen d'une série de tests et assurez une participation et un examen continus. Déterminez comment l'amélioration continue de la qualité se poursuivra et apportez des ajustements au programme à mesure que de nouveaux besoins seront cernés. Élaborez des cycles itératifs Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (cycles PEEA) avec tous les intervenants concernés afin d'obtenir les meilleurs résultats possibles.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Le [répertoire en ligne](#) contient des liens vers les guides et les protocoles de pratique clinique mis en œuvre dans diverses administrations pour appuyer l'application d'une approche palliative par les ambulanciers paramédicaux.

Nouveaux médicaments

Bien que les ambulanciers paramédicaux puissent utiliser des médicaments pour soulager plusieurs symptômes et affections, la prise en charge de symptômes dans le cadre d'une approche palliative présente des différences notables. Par exemple, une approche palliative des soins met l'accent sur l'utilisation d'opioïdes pour atténuer la douleur et l'essoufflement, alors que, traditionnellement, on a toujours déconseillé aux ambulanciers paramédicaux d'administrer des opioïdes chez les patients souffrant d'essoufflement. L'hydromorphone est le médicament de choix dans de nombreux cas et il n'est pas transporté systématiquement par la plupart des services paramédicaux. Le métoclopramide est principalement utilisé contre les nausées et les vomissements en soins palliatifs (plutôt que le dimenhydrinate), et la scopolamine ou le glycopyrrolate peuvent être administrés en fin de vie pour gérer les sécrétions. Bien que l'halopéridol soit utilisé comme sédatif dans certains services paramédicaux au Canada, il n'est habituellement pas utilisé comme agent de première ligne ou est utilisé à faibles doses, en soins palliatifs, en cas de délire.

Par conséquent, dans certaines provinces et certains territoires, de nouveaux médicaments ont été ajoutés à la trousse d'outils des ambulanciers paramédicaux pour soutenir les patients qui reçoivent des traitements à domicile dans le cadre d'une approche palliative. Dans d'autres cas, aucun médicament supplémentaire n'était nécessaire (déjà inclus dans le formulaire normalisé pour les utilisations d'urgence) ou les partenaires de prestation des soins palliatifs ont convenu d'utiliser des médicaments de remplacement.



Oui, nous avons répondu à cet appel pour une patiente en soins palliatifs du Programme extra-mural; la famille s'inquiétait parce qu'elle avait de la difficulté à respirer. Nous avons été en mesure d'offrir à la patiente un certain confort grâce à l'oxygène d'appoint, ce qui a réduit son utilisation des muscles accessoires. Ça s'est bien passé; nous avons pu rassurer les membres de la famille, apporter de l'aide durant cette situation difficile en répondant à certaines de leurs questions et aussi les préparer à prendre d'éventuelles décisions difficiles. .

Ambulancier paramédical,
Nouveau-Brunswick



Voici un résumé des changements touchant les médicaments apportés par certaines provinces et certains territoires :

- Hydromorphone – nouveau médicament et nouveau protocole utilisé pour la prise en charge de la douleur ou pour traiter la dyspnée en soins palliatifs (ambulancier paramédical en soins avancés [PSA]).
- Métoprolol, diméthylhydrate et/ou ondansétron – nouveau médicament et/ou nouveau protocole pour les nausées/vomissements en soins palliatifs (PSA et/ou ambulancier paramédical de soins primaires [PSP]).
- Scopolamine ou glycopyrrolate – nouveau médicament et nouveau protocole pour gérer les sécrétions de fin de vie en soins palliatifs (au niveau du PSA ou du PSP).
- Halopéridol – nouveau médicament ou nouveau protocole, nouvelle posologie, nouvelles indications pour la prise en charge du délire ou de la nausée/des vomissements en soins palliatifs (au niveau du PSA ou du PSP).
- Atropine – nouveau protocole, nouvelle posologie, nouvelles indications pour gérer les sécrétions en fin de vie dans les soins palliatifs (au niveau du PSA ou du PSP).
- Kétamine – nouveau médicament et nouveau protocole d'utilisation en soins palliatifs (niveau du PSP).
- Entonox – nouveau médicament et nouveau protocole d'utilisation en soins palliatifs (niveau du PSP).
- Kétorolac – nouveau médicament et nouveau protocole d'utilisation en soins palliatifs (niveau du PSP).
- Morphine – auparavant incluse dans le champ de pratique, mais indiquée seulement pour la douleur; les indications ont été élargies pour inclure la dyspnée (niveau du PSA).



CONSEIL D'EXPERT

Mobilisez les spécialistes en soins palliatifs dès le début

Bien que certains médicaments soient privilégiés en soins palliatifs, il peut y avoir des obstacles logistiques et financiers à l'ajout de nouveaux médicaments dans chaque ambulance du système. De plus, il pourrait être possible d'utiliser un médicament de remplacement plutôt que de stocker un médicament différent ou nouveau (par ex., atropine pour réduire les sécrétions en fin de vie). Échangez avec les spécialistes en soins palliatifs et les pharmaciens locaux dès le début de l'élaboration des protocoles du guide et des protocoles de pratique clinique pour discuter des médicaments qui sont les plus efficaces et les plus importants à inclure et de ceux qui peuvent être remplacés ou qui ne peuvent pas être ajoutés (selon l'utilisation prévue dans la population de patients).

Du jour au lendemain, elle a besoin de deux doses supplémentaires de scopolamine pour passer à travers la matinée. Sans le programme [des services paramédicaux], nous aurions peut-être paniqué, mais nous savions que nous pouvions composer le 9-1-1 pour accéder aux services.

Membre de la famille, Terre-Neuve-et-Labrador





EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRES

Ajout de médicaments pour les PSP et les PSA

À Terre-Neuve-et-Labrador, le métoclopramide et la diphénhydramine ont été ajoutés aux médicaments approuvés pour les PSP partout dans la province. La morphine, l'halopéridol et la scopolamine ont été ajoutés aux médicaments approuvés pour les PSA dans les régions métropolitaines afin d'être utilisés lors de visites de patients en soins palliatifs. Une exemption fédérale a également été accordée aux PSA pour administrer de l'hydromorphone aux personnes inscrites au programme.

Approbation de licence d'utilisation de médicaments figurant à l'annexe II

En Colombie-Britannique, une formation en ligne et une approbation de licence supplémentaires ont été mises en œuvre pour que les PSA administrent des médicaments autorisés, mais qui ne faisaient pas partie de leur champ de pratique auparavant.



CONSEIL D'EXPERT

Découvrez rapidement les nouveaux médicaments

La logistique, l'éducation/la formation et les travaux de réglementation seront nécessaires pour ajouter des médicaments au coffre à outils des ambulanciers paramédicaux. Veiller à ce que tous les nouveaux besoins en matière de médicaments soient cernés rapidement, surtout s'il s'agit d'ajouter de nouvelles substances contrôlées, lorsque des travaux de réglementation sont requis aux échelles fédérale et provinciales et risquent de prendre beaucoup de temps (approbations de licence, exemptions de narcotiques, etc.). Par exemple, toute administration souhaitant ajouter l'hydromorphone devait obtenir l'approbation de Santé Canada, qui s'avérait souvent un long processus (plus d'un an dans certains cas).



Protocole de répartition

Des travaux préliminaires effectués en Nouvelle-Écosse et en Alberta ont permis de déterminer qu'une intervention sans sirène ni gyrophares était, aux yeux des membres de la communauté recevant des soins palliatifs et de fin de vie, un élément clé de la satisfaction (ou de l'insatisfaction antérieure) à l'égard de l'intervention des ambulanciers paramédicaux. De plus, les ambulanciers paramédicaux de première ligne ont trouvé utile de savoir qu'ils intervenaient dans une situation potentielle de soins de fin de vie ou de soins palliatifs et non dans une situation d'urgence.

De multiples modifications ont dû être apportées à la fonction de répartition pour :

1. faciliter une intervention sans sirène ni gyrophares auprès de clients connus des services de soins palliatifs et de fin de vie;
2. prévenir les ambulanciers paramédicaux que leur intervention pouvait concerner une personne nécessitant une approche palliative des soins et exiger éventuellement un traitement sur place (par opposition à une intervention d'urgence et à un besoin de transport);
3. fournir aux ambulanciers paramédicaux des renseignements précis, y compris les souhaits ou les objectifs de soins de la personne, alors qu'ils sont en route vers l'événement;
4. limiter l'intervention supplémentaire des premiers intervenants (services d'incendie) ou de la police.

Plusieurs approches ont été utilisées par diverses administrations, en les adaptant à leur contexte et à leur système de répartition, y compris une ou plusieurs des stratégies suivantes :

1. signaler les adresses des patients ou signaler les patients par le numéro d'identification du registre dans le système de répartition assistée par ordinateur (RAO), si le patient est déjà inscrit au programme;
2. ajouter un nouvel algorithme ou chemin de répartition permettant une intervention sans sirène ni gyrophares en fonction de l'information fournie par l'appelant (identification de la personne associée au programme, mots clés/formules préconvenues, auto-identification de la personne atteinte d'une affection/préoccupation palliative, confirmation que l'événement est à traiter sur place avec une approche palliative des soins, etc.);
3. activer ou adapter un chemin ou un algorithme de répartition existant (Carte de protocole 33 du Medical Priority Dispatch System [MPDS] – transfert) en fonction des mots clés fournis par l'appelant, comme il est indiqué au point 2 ci-dessus;
4. élaborer de nouveaux processus de répartition, y compris le triage clinique secondaire, afin de recueillir des renseignements plus précis et de mieux cerner les besoins de l'appelant pendant que les ambulanciers paramédicaux sont en route;
5. sensibiliser les fournisseurs de soins de santé communautaires et le public à fournir des renseignements précis au répartiteur lorsqu'ils composent le 9-1-1.



Mon beau-père était couché; il aurait été effrayé s'il avait été réveillé par la lumière des gyrophares et le son des sirènes. Ils ont fait preuve de respect et ne les ont pas utilisés

Membre de la famille,
Terre-Neuve-et-Labrador



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Programme pour patients particuliers

Les résidents de la Nouvelle-Écosse admissibles peuvent être inscrits au SPP. Ce programme a été mis en place à l'origine pour les personnes atteintes d'affections rares ou ayant des besoins uniques en matière de soins. Il a été élargi pour inclure les patients ayant des objectifs de soins palliatifs. Le SPP permet aux ambulanciers paramédicaux participants d'accéder rapidement aux renseignements du patient. Une fois inscrit au SPP, un numéro unique est attribué à chaque patient. Lorsqu'il compose le 9-1-1, l'appelant (les personnes malades, les membres de la famille ou les proches aidants) fournit le numéro d'identification unique au répartiteur médical d'urgence qui joint ensuite ce dossier à l'appel d'urgence. Cela permet aux ambulanciers paramédicaux répondants de consulter le dossier durant l'intervention d'urgence.

Tirer parti du registre régional existant

Au Manitoba, le projet a tiré parti d'un registre régional électronique des soins palliatifs existant et l'a modifié pour inclure un identificateur unique appelé numéro du SPP. Le numéro du SPP est utilisé par les personnes, les familles et les proches aidants qui composent le 9-1-1 pour recevoir des services de soins palliatifs d'urgence. En s'identifiant à l'aide de ce numéro, le centre de répartition sait que l'appel concerne une personne inscrite au programme de soins palliatifs. Toutes les personnes inscrites au programme régional de soins palliatifs (IERHA) sont informées du processus d'appel pour recevoir des soins d'urgence lorsque leur équipe de soins habituelle n'est pas disponible.

Prise en charge de l'appel au 9-1-1 et activation du bureau d'appel de CliniCall

La Colombie-Britannique a mis au point une nouvelle procédure de répartition qui comprend un moyen systématique d'identifier et de signaler adéquatement les appels au 9-1-1 qui concernent des personnes en soins palliatifs et en fin de vie aux fins du triage secondaire. Les spécialistes en services paramédicaux qui ont reçu une formation supplémentaire sur les soins palliatifs sont intégrés au service de répartition et affectés au « bureau d'appel de CliniCall » pour appuyer le filtrage des appels au 9-1-1, effectuer un triage secondaire et recueillir des renseignements supplémentaires auprès de l'appelant sur la situation observée en lien avec les soins palliatifs et fournir à l'équipe dépêchée des conseils alignés sur l'approche de soins palliatifs.



Accès aux plans de soins anticipé/souhaits

Les objectifs des soins, les plans de soins anticipés et les souhaits concernant les soins de fin de vie ne sont pas toujours facilement et clairement accessibles aux ambulanciers paramédicaux. Ils interviennent souvent auprès de personnes en situation de crise avec lesquelles ils n'ont aucune relation de soins antérieure et ne connaissent pas les souhaits ou les valeurs de la personne. L'un des principaux changements apportés au système pour aider les ambulanciers paramédicaux à adopter une approche palliative des soins consiste à s'assurer qu'ils ont accès à l'information à jour sur le plan de soins actuel et à toute documentation relative aux souhaits ou aux objectifs de soins.

- Un accès facile à des objectifs consolidés et actualisés des plans de soins permet de s'assurer que chacun est sur la même longueur d'onde.
- Les ambulanciers paramédicaux soulignent l'importance des plans de soins et des objectifs de soins clairement définis : « Il n'y a pas de place pour l'interprétation ». Conformément aux pratiques paramédicales et aux exigences réglementaires.

L'une des réactions du système qui a été mise au jour dans plusieurs administrations est le déclenchement d'une intervention policière et du médecin légiste lorsque des familles ont composé le 9-1-1 pour signaler un décès à domicile. Cette réaction allait tout à fait à l'encontre de l'objectif d'un décès paisible à domicile que les programmes s'efforçaient d'appuyer. Les équipes de programme ont donc réuni les parties prenantes, y compris la police, les salons funéraires, le médecin légiste en chef et les services paramédicaux dans le cadre de travaux ponctuels visant à élaborer un processus de décès à domicile soutenu largement.

Tous avaient une attitude positive. Les ambulanciers paramédicaux ne travaillaient pas à la hâte; ils étaient présents, attentifs et lui posaient des questions sur ses besoins. Ils ont même demandé s'ils pouvaient faire autre chose pour la famille.

Membre de la famille, Terre-Neuve-et-Labrador



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Mise en œuvre de la documentation des plans de soins anticipée à domicile à l'échelle de la province

Avant ce projet, la Nouvelle-Écosse ne disposait pas d'une approche uniforme concernant l'accessibilité des documents indiquant les volontés de fin de vie dans la communauté ni d'un processus relatif aux décès prévu à domicile (EDAH). Ce projet a appuyé des travaux parallèles d'harmonisation des dossiers et de la documentation pour les équipes de soins palliatifs à domicile de la province et a mené à l'adoption de la pochette verte (utilisée en Alberta). En Nouvelle-Écosse, la pochette verte est utilisée pour conserver les plans de soins anticipés, le formulaire d'inscription au SPP rempli, les dispositions funéraires, etc. Cela a mené à la création d'un formulaire provincial d'objectifs de soins, par l'entremise de Santé de la Nouvelle-Écosse, qui a été inspiré de la section sur les objectifs de soins de l'inscription au SPP.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Intégration du SPP au système de répartition et au ePCR

À Terre-Neuve-et-Labrador (comme en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard), le SPP a été élaboré au sein du système de RAO. Ainsi, lorsqu'une personne, un membre de la famille ou un proche aidant appelle pour accéder au programme, l'événement de RAO est lié à ses renseignements. L'agent des communications médicales peut ensuite envoyer l'information directement sur la tablette des dossiers électroniques sur les soins aux patients (ePCR) située dans l'ambulance des ambulanciers paramédicaux qui se rendent sur les lieux.

Tirer parti des processus existants pour les plans de soins anticipés

En Alberta, beaucoup de travail a déjà été entrepris pour mettre en œuvre une politique provinciale de planification préalable des soins et les processus connexes. Ces efforts comprenaient la mise en place des pochettes vertes contenant des directives personnelles, des documents sur les conversations sur la PPS et des ordres de désignation des objectifs de soins. Au moment de la mise en œuvre du programme EMS PEOLC ATR, les ambulanciers paramédicaux connaissaient les pochettes vertes et utilisaient déjà les renseignements qu'elles renferment. Les formulaires EDITH (décès prévu à domicile) ont été ajoutés aux pochettes vertes pendant la mise en œuvre du projet. Les travaux se poursuivent à l'échelle de la province sur le déploiement ordonné, la pérennité et la sensibilisation du public aux processus provinciaux de planification préalable des soins.



Consultation clinique/soutien d'experts

Les lois de la plupart des provinces fournissent un cadre permettant de déterminer qui peut fournir une orientation aux ambulanciers paramédicaux. Dans la plupart des provinces, les directeurs médicaux des services médicaux d'urgence et paramédicaux, les urgentologues ou un groupe de médecins de garde désignés sont chargés de fournir des conseils ou des directives. L'accès à d'autres spécialités médicales à des fins de consultation (cardiologie, neurologie, etc.) est souvent limité à des cheminements et à des programmes cliniques précis, comme le pontage coronarien ou l'intervention précoce en cas d'AVC et d'infarctus du myocarde avec une inflammation du segment ST (STEMI).

Comme la prestation de soins palliatifs représente un nouvel ensemble de compétences et de nouveaux processus pour les ambulanciers paramédicaux, plusieurs changements peuvent s'avérer nécessaires pour donner accès à la consultation clinique appropriée et au soutien d'experts, selon la façon dont le soutien est offert. Ces changements peuvent comprendre les suivants :

- Nouveaux processus d'orientation et de consultation cliniques (c.-à-d. accès à une ressource en soins palliatifs de garde, à un médecin en soins palliatifs ou à un spécialiste en services paramédicaux qui a reçu une formation sur les soins palliatifs).
- Modifications législatives (pour permettre aux médecins « en dehors » du système des services paramédicaux de fournir une orientation médicale ou une consultation).
- Formation des médecins offrant des services médicaux d'urgence et paramédicaux en ligne sur les processus des soins palliatifs et de traitement et d'aiguillage.



Les deux ambulanciers paramédicaux d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) ont été formidables cette nuit-là. Je ne sais vraiment pas comment nous aurions pu répondre aux besoins du patient et de sa famille sans leur soutien extraordinaire. Je n'avais jamais été témoin d'une aussi grande collaboration depuis que j'ai commencé à travailler avec le Programme extra-mural il y a deux ans. J'ai vu un véritable travail d'équipe avec ANB, le médecin spécialisé en soins palliatifs de garde, la maison de soins palliatifs et le PEM. L'équipe paramédicale s'est surpassée en demeurant aussi longtemps avec le patient pendant que je coordonnais l'obtention des médicaments et le soutien physique et émotionnel du patient dans ses dernières heures. C'est assurément l'une des nuits les plus mémorables de ma carrière!

IA du Programme extra-mural, Nouveau-Brunswick



CONSEIL D'EXPERT

Déterminez qui offrira du soutien en temps réel

Déterminez qui offrira du soutien en temps réel aux ambulanciers paramédicaux dépêchés sur place auprès de personnes ayant des besoins de soins palliatifs. Tous les événements ne nécessiteront pas une consultation supplémentaire pour le traitement, mais ils pourraient exiger un soutien logistique ou communicationnel supplémentaire (coordination du suivi). Il faut s'assurer que les personnes qui assumeront ce rôle reçoivent une formation appropriée (clinique, opérationnelle, connaissance des services communautaires et des processus d'aiguillage, etc.).



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Optimisation et amélioration d'une ressource déjà disponible (médecins-conseils offrant des services médicaux d'urgence en ligne)

À Terre-Neuve-et-Labrador, les médecins-conseils offrant des services médicaux d'urgence en ligne ont reçu une formation sur les soins palliatifs et offrent maintenant du soutien aux ambulanciers paramédicaux qui prennent en charge des appels et se rendent auprès de personnes ayant des besoins en soins palliatifs. En raison de la demande, un médecin-conseil dédié offrant des services en ligne été ajouté pour couvrir une période de 12 heures par jour afin de répondre au besoin accru de conseils en matière de soins palliatifs. La possibilité de consultation médicale était un élément clé du soutien du programme, surtout dans les régions rurales.

Soutien aux spécialistes en services paramédicaux

En Colombie-Britannique, les spécialistes en services paramédicaux ayant reçu une formation LEAP sont intégrés au service de répartition afin de faciliter le filtrage des appels au 9-1-1 (pour isoler les appels au 9-1-1 qui concernent des personnes qui reçoivent des soins palliatifs), d'effectuer un triage secondaire, de recueillir des renseignements supplémentaires auprès de l'appelant, d'offrir un soutien clinique immédiat au patient ou aux proches aidants en attendant l'arrivée des ambulanciers paramédicaux et de fournir à l'équipe dépêchée des conseils alignés sur l'approche de soins palliatifs.

Formation en soins palliatifs et soutien pour les médecins de garde

En Nouvelle-Écosse, tous les médecins urgentistes ont suivi la formation de base LEAP. Dans les régions de la province qui ont des médecins spécialisés en soins palliatifs de garde, les médecins urgentistes ont également été encouragés à s'adresser à ces

médecins lorsqu'ils reçoivent des appels et sont incertains de la façon de donner suite afin de mieux soutenir les soins dispensés aux patients des services médicaux d'urgence sur le terrain.

Accès aux médecins en soins palliatifs

En Alberta, les médecins de consultation médicale offrant des services médicaux d'urgence en ligne sont disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7 pour répondre aux appels des ambulanciers paramédicaux qui prennent en charge des appels concernant des soins palliatifs dans le cadre de leur travail de routine. Les médecins spécialisés en soins palliatifs sont de garde 24 heures sur 24, 7 jours sur 7, et les médecins des services médicaux d'urgence peuvent demander qu'un médecin spécialisé en soins palliatifs soit ajouté à l'appel si un soutien spécialisé en soins palliatifs est nécessaire ou demandé par les ambulanciers paramédicaux. Dans certaines régions de la province, les ambulanciers paramédicaux peuvent également consulter directement les médecins spécialisés en soins palliatifs régionaux de garde qui offrent du soutien aux patients dans la communauté (programmes communautaires de soins palliatifs, soins palliatifs à domicile, etc.).

Accès aux programmes communautaires de soins palliatifs

En Alberta, le programme a été conçu comme un modèle de collaboration entre les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens en soins continus, et de nombreux appels concernent des patients en soins palliatifs dans des programmes spécialisés offrant des services de soins palliatifs. Les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens sont invités à participer à l'appel, que le programme de EMS PEOLC ATR soit activé par l'ambulancier paramédical ou le clinicien. Chaque partenaire est reconnu comme possédant les compétences, les connaissances et les ressources uniques et nécessaires pour soutenir le patient et son proche aidant.



Continuité des soins, attente à l'égard des soins collaboratifs et communication entre les fournisseurs

La prestation de soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux a introduit plusieurs nouvelles attentes et processus liés à la continuité des soins, à la communication entre les fournisseurs et aux attentes en matière de soins collaboratifs :

- Traitement en milieu communautaire et aiguillage vers d'autres fournisseurs qui ne sont pas présents pour un transfert de soins (plutôt que transport vers les services d'urgence et transfert en personne au personnel des services d'urgence).
- Sensibilisation aux plans de soins généraux (pour les ambulanciers paramédicaux) et sensibilisation au fait que les ambulanciers paramédicaux sont appelés pour traiter les symptômes aigus et indirects (pour les équipes de soins communautaires).
- Nouvelles attentes en matière de collaboration avec d'autres fournisseurs (à domicile, par téléphone, suivi ou aiguillage).
- Nouvelles attentes pour la prise de décisions en collaboration avec d'autres fournisseurs (à domicile ou au téléphone).
- Processus d'aiguillage/de suivi (c.-à-d. continuité des soins, avis aux fournisseurs de soins primaires, dépôt de documents à domicile pour d'autres fournisseurs, appel téléphonique, etc.).
- Partage de l'information entre les services paramédicaux et les fournisseurs et services de soins palliatifs.

Avant la mise en œuvre de ces programmes, les ambulanciers paramédicaux et les médecins offrant des services médicaux d'urgence en ligne avaient une compréhension limitée de l'approche palliative des soins. Les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens communautaires travaillaient en vase clos, se rencontraient rarement et se ne croisaient pas souvent durant des séances d'éducation ou de formation.

L'attente en matière de prise de décisions et de soins collaboratifs était nouvelle pour les ambulanciers paramédicaux. Le processus décisionnel des ambulanciers paramédicaux est historiquement indépendant, guidé par des GPC ou des protocoles et appuyé par des consultations en ligne dans certains cas. Les ambulanciers paramédicaux ignoraient largement les plans de soins généraux qui pourraient être mis en place pour soutenir les patients dans la communauté. Bien que la collaboration interprofessionnelle et les plans de soins soient le modèle de soins des cliniciens dans la communauté, les ambulanciers paramédicaux y étaient encore étrangers.



J'ai vécu beaucoup d'expériences et je pense que c'est un excellent programme. Au début, je me suis demandé ce qu'ils pourraient bien faire de plus que ce que nous allions faire. Mais la garde après les heures normales (lorsque les soins infirmiers communautaires ne sont pas disponibles) est extraordinaire, tout comme les ordonnances permanentes. Si l'état d'un client se détériore rapidement ou s'il nous manque quelque chose comme un médicament d'ordonnance contre la nausée, nous pouvons l'obtenir.

Équipe des soins palliatifs communautaires,
Terre-Neuve-et-Labrador



Dans l'ensemble, l'intervention s'est très bien déroulée! Il y a eu une excellente collaboration et communication entre toutes les parties concernées. Ce fut un plaisir de travailler avec l'IA du PEM, car elle s'est vraiment surpassée pour cette famille.

Ambulancière paramédicale du Nouveau-Brunswick



De plus, il y avait un manque de partage d'information entre les ambulanciers paramédicaux et les cliniciens dans la communauté, même lorsqu'ils prodiguaient tous deux des soins aux mêmes personnes. Le personnel des soins à domicile et les médecins de soins primaires n'avaient aucun moyen de savoir que leur patient avait composé le 9-1-1 et qu'il avait été transporté aux services d'urgence avant que celui-ci reçoive son congé de l'hôpital. Les ambulanciers paramédicaux étaient dépêchés au domicile à la suite d'un appel du patient, de membres de la famille ou de voisins et n'avaient aucune idée que le patient recevait des services dans la communauté par une équipe de soins domicile ou de soins palliatifs.

Au moment de déterminer comment votre programme sera conçu pour assurer la continuité des soins et la collaboration entre les équipes de soins, il faut tenir compte des questions suivantes :

- Sera-t-il prévu que l'équipe de soins communautaires soit contactée et un plan sera-t-il en place pour le faire?
- L'équipe de soins communautaires activera-t-elle les services paramédicaux et contactera-t-elle les ambulanciers?
- Comment les interventions et les traitements paramédicaux seront-ils communiqués à l'équipe de soins communautaires habituelle?
- Le programme sera-t-il automatisé d'une façon ou d'une autre?
- Une copie du PCR du personnel paramédical sera-t-elle laissée au domicile ou envoyée à l'équipe de soins habituelle d'une façon ou d'une autre?
- Comment l'équipe de soins habituelle saura-t-elle qu'une personne sous sa responsabilité a été vue par des ambulanciers paramédicaux et pourrait avoir besoin d'un suivi pour rester à la maison?



CONSEILS D'EXPERTS

Mobilisez les personnes clés dans le cheminement clinique

Déterminez les niveaux de mobilisation nécessaires (quand et qui) pour coordonner l'interaction des personnes dans le parcours de soins du patient. Déterminez les rôles des pairs champions (ambulanciers paramédicaux, soins palliatifs, soins à domicile, soins infirmiers, médecins) et adjoignez-vous le soutien de la haute direction et du personnel sur le terrain en ce qui concerne les processus élaborés.

Pensez aux TI tôt dans le processus

Interagissez avec vos partenaires des TI tôt dans le processus pour savoir ce qui peut être fait à l'interne, ce qui devra être communiqué à un fournisseur externe, si le travail doit être soumis à un appel d'offres ou si une demande de propositions est requise. La sélection du fournisseur peut prendre beaucoup de temps, alors assurez-vous d'intégrer ce processus aux échéanciers et aux plans.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Courriel automatique lors de la création d'un événement de RAO

À Terre-Neuve-et-Labrador, lorsqu'un événement de RAO est créé, un courriel automatisé est envoyé à l'équipe de soins de santé du patient (comme indiqué dans l'aiguillage) pour indiquer le numéro du patient particulier qui demande un suivi.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Outils et matériel à domicile

À Terre-Neuve-et-Labrador, un dossier à domicile a été créé pour faciliter la communication interdisciplinaire au domicile. Le dossier à domicile contient des renseignements sur le programme. Les ambulanciers paramédicaux, les infirmières et les médecins peuvent y consigner les soins dispensés à domicile. Le dossier à domicile est envoyé par la poste à tous les patients admis au programme. AuxManitoba, tous les clients reçoivent une décalcomanie qui doit être collée à leur réfrigérateur et qui comprend leur nom et leur numéro de patient, les instructions pour s'identifier à l'agent de répartition lorsqu'ils appellent pour obtenir des soins palliatifs d'urgence et l'emplacement de leur documentation à domicile. On leur remet également une carte pour portefeuille à utiliser lorsqu'ils ne sont pas à la maison.

Portail des patients en soins palliatifs du BCEHS

Les dossiers électroniques sur les soins aux patients (ePCR) du plan d'intervention clinique en soins palliatifs – Assess, See, Treat and Refer (ASTaR) [évaluation, consultation, traitement et aiguillage] sont acheminés par un nouveau processus (portail interne du BCEHS) qui permet aux établissements de faire un suivi en temps opportun pour les patients qui sont traités sur place et qui n'ont pas besoin de transport. Une notification automatique est générée pour les partenaires des autorités sanitaires ou les ambulanciers paramédicaux communautaires des soins avancés en milieu rural de BCEHS (selon les ressources locales) pour un suivi des patients (visite de santé virtuelle) dans les 24 à 48 heures.

Surveillance de la collaboration et de la communication interdisciplinaires

Au Nouveau-Brunswick, l'équipe du projet surveille son « taux de conférence de cas » (communication et collaboration entre les ambulanciers paramédicaux et l'équipe des soins palliatifs communautaires du patient). Si les communications relatives aux événements se raréfient, un suivi est effectué auprès des ambulanciers paramédicaux pour leur rappeler l'importance de mobiliser l'équipe de soins dans la communauté du patient. Cet effort contribue à garantir la continuité des soins et appuie un changement de pratique visant à accroître la collaboration et la communication entre les ambulanciers paramédicaux et les fournisseurs de soins palliatifs dans la communauté.

Partage de l'information

Au Manitoba, les ambulanciers paramédicaux qui prennent en charge les appels de clients confirmés laisseront une copie papier du DSP avec le dossier à domicile pour s'assurer que les autres membres de l'équipe de soins à domicile sont informés de l'événement et des soins fournis. Après l'appel, les DSP sont télécopiés au gestionnaire du programme des soins palliatifs pour suivi, au besoin. La collaboration entre les programmes sera renforcée. En effet, l'échange d'information sera bidirectionnel et multimodal. Des notes sur l'évolution du patient seront laissées dans son dossier à domicile, et des mises à jour sur le patient seront faites par téléphone aux coordonnateurs de dossiers (si les ambulanciers estiment que le patient a besoin d'un soutien accru à domicile ou d'équipement supplémentaire essentiel à sa sécurité) et au personnel en soins palliatifs ainsi que par télécopieur pour transmettre le DSP.



Plusieurs changements de processus ont également été nécessaires pour appuyer la pratique collaborative, l'échange d'information et la sensibilisation aux programmes dans le domaine des soins à domicile et des soins palliatifs.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Changements aux flux de travail des services à domicile

Au Manitoba, les membres de l'équipe de soins travaillant à domicile, y compris le personnel des soins palliatifs et des soins à domicile, ont été formés pour informer les clients du programme et participer à la consignation de tout soin dispensé à domicile dans le nouveau dossier des documents relatifs aux soins à domicile.

Transmettre le message

En Nouvelle-Écosse, de multiples séances d'application et de partage des connaissances ont eu lieu avec Nova Scotia Continuing Care et IOV, qui offrent des services de soins infirmiers à domicile. Le personnel des soins palliatifs et les coordonnateurs des soins discutent maintenant des avantages de l'inscription au SPP. Tous ont été renseignés sur l'utilisation de la pochette verte et le besoin de veiller à ce que toute documentation relative aux soins de fin de vie y soit conservée. Des pochettes vertes sont maintenant fournies aux clients des soins de longue durée qui bénéficient d'une approche palliative des soins.

Intégrer la sensibilisation au programme aux pratiques d'intégration actuelles

À Ottawa, la sensibilisation au programme et l'inscription font partie du processus d'intégration dans l'équipe des services à domicile.

En apprendre davantage les uns des autres

L'Alberta a profité de la collaboration pour mieux comprendre le personnel et les ressources de chacune des équipes. Une infirmière autorisée (IA) et un ambulancier paramédical ont collaboré à la mise en œuvre d'un programme d'éducation sur les soins à domicile et les services de soutien pour le personnel de première ligne, les éducateurs et les gestionnaires. Les ambulanciers paramédicaux ont acquis une meilleure compréhension de la diversité du personnel et des rôles dans les établissements de soins continus; les cliniciens ont acquis une meilleure compréhension des médicaments et des ressources disponibles.



Méthode de mise en œuvre

Les programmes ont utilisé différentes stratégies de lancement et de mise en œuvre pour présenter le programme dans leur région/secteur de service. Par exemple, à l'Île-du-Prince-Édouard, le programme était axé, au départ, sur le soutien aux patients durant la nuit où les équipes de consultation en soins palliatifs de la province n'étaient pas disponibles. D'autres administrations, comme l'Alberta, ont adopté une approche de mise en œuvre progressive, en commençant par des critères d'inclusion géographiques et en les élargissant dans les phases subséquentes (la pédiatrie a été ajoutée à la phase finale). Certaines administrations, comme la Colombie-Britannique, ont d'abord mis en œuvre le programme dans une zone pilote (offrir le nouveau service dans une zone géographique donnée puis élargir la zone de service), tandis que d'autres ont utilisé une seule date de lancement à l'échelle provinciale (mise en œuvre simultanée à l'échelle provinciale, comme ce qui a été fait en Nouvelle-Écosse).



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Des exemples précis de la façon dont ces éléments essentiels du programme ont été mis en œuvre sont fournis dans [le résumé de projet de chaque région](#). Pour comparer les composantes du modèle entre les administrations, voir le Résumé des composantes du modèle de programme par administration à [la page suivante](#).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Site pilote par régie de la santé et par province

En juin 2020, les BCEHS ont lancé une communauté pilote par autorité sanitaire dans le but de recueillir les leçons apprises, de tirer parti des réussites clés et de faire appel aux responsables régionaux des soins palliatifs de la santé à titre de champions pour étendre le programme à l'échelle de la province d'ici le 31 mars 2022. En raison de la pandémie de COVID-19, le plan d'intervention clinique ASTaR a été mis à la disposition de tous les ambulanciers paramédicaux en soins intensifs, en soins avancés et en soins primaires de BCEHS. Les PSA ont assuré un soutien de suivi par visite virtuelle en milieu rural dans les régions où les partenariats et les champions des autorités sanitaires locales n'avaient pas encore été identifiés.



CONSEIL D'EXPERT

Pensez à la pérennité et à la mise à l'échelle tôt

Devrait-on commencer par une sous-population ou une région géographique clé et mettre le projet à l'échelle plus tard après la validation de principe ou le projet pilote? Le programme devrait-il être élaboré et mis en œuvre selon une approche progressive ou un cycle d'amélioration continue? Comment ce projet sera-t-il financé sur une période de 5 à 10 ans? Quels éléments devront être entretenus, reproduits ou remplacés? Ne réfléchissez pas seulement à la mise en œuvre initiale, à la stratégie de déploiement et au rendement du capital investi, mais aussi à la viabilité à long terme de la nouvelle pratique.



Résumé des composantes du modèle de programme par administration

[Résumés des programmes](#)

Caractéristiques du programme	T.-N.-L.	N.-É.	Î.-P.-É.	N.-B.	Ont. (IRHO)	Ont. (York)	Man.	Sask.	Alb.	C.-B.
Traitement sur place pour les personnes nécessitant des soins palliatifs, 24/7/365	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Le programme fait appel aux équipes paramédicales existantes (intervention 9-1-1) = les soins palliatifs sont intégrés aux pratiques existantes avec les ressources existantes	✓ (+spécialiste paramédical)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Intervention sans sirène ni gyrophares facilitée	✓	✓	✓	En cours	–	–	–	✓	✓	✓
Soins conformes aux souhaits/objectifs de la personne	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Soins palliatifs dispensés par les ambulanciers paramédicaux de tous les niveaux (à l'exception du DME)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓ (y compris le DME à l'automne 2021)
Aucuns frais d'utilisation si les soins sont fournis à domicile	✓	✓	✓	✓	–	✓	–	✓	✓	–
Accès dans toute la province, même dans les régions rurales ou éloignées	Région desservie	✓	✓	✓	Région desservie	Région desservie	Région desservie	Région desservie	✓	✓
Les fournisseurs de soins de santé peuvent activer le programme ou l'intervention	✓	✓	✓	✓	–	✓	✓	✓	✓	✓
Disponible pour les enfants ayant des besoins en soins palliatifs	–	✓	✓	✓	–	–	✓	✓	✓	✓
Établissement des objectifs de soins avant l'événement	✓	✓	✓	✓	✓	–	✓	–	–	–
Inscription préalable obligatoire	✓	–	✓	–	✓	✓	✓	–	–	–
Possibilité de s'inscrire au préalable/utilisation d'un registre (c.-à-d. programme pour patients particuliers avec l'exploitant des services paramédicaux, registre tenu par l'équipe des soins palliatifs à domicile)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	–	–	–
Autres médicaments ou posologies assouplies pour la prise en charge des symptômes en soins palliatifs pour les PSP ou les PSA	✓ PSA	✓ PSA	✓ PSA	✓ PSA et PSP	✓ PSA et PSP	✓ PSA	✓ PSA	✓ PSA	–	✓ PSA et PSP
Formation en soins palliatifs offerte aux ambulanciers paramédicaux	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	En cours	En cours

[Revenir à Comment naviguer dans cette trousse](#)
[Revenir à Méthode de mise en œuvre](#)



Répercussions législatives et réglementaires

La prestation de soins palliatifs représente un changement important de pratique et de culture, tant pour le personnel paramédical que pour la prestation des services médicaux d'urgence. La plupart des lois provinciales qui s'appliquent aux personnes qui fournissent des services médicaux d'urgence (exploitants d'ambulances et autorités sanitaires) n'ont pas été élaborées pour appuyer les ambulanciers paramédicaux qui fournissent des soins autres que ceux prodigués dans un contexte axé sur le transport (avant l'hospitalisation ou entre les établissements). D'importants obstacles législatifs ou réglementaires (politiques locales, provinciales et fédérales ou légalisation) pourraient avoir une incidence sur l'élaboration et la portée du projet.

La liste suivante identifie les « points de friction » réglementaires ou législatifs potentiels :

- Autoriser les cheminements et protocoles de traitement et aiguillage non liés au transport (plutôt que « refus de service » ou « refus de transport »).
- Transporter les personnes vers des destinations de soins plus appropriées ou plus évolutives (établissement de soins palliatifs, unité de soins palliatifs pour patients hospitalisés, transport entre établissements communautaires [c.-à-d. transport des patients au domicile de membres de la famille pour recevoir des soins]) plutôt que seulement vers les urgences.
- Autoriser une intervention sans sirène ni gyrophares.
- Ajouter de nouveaux médicaments à la boîte à outils des ambulanciers paramédicaux, dont certains nécessitent l'élargissement ou l'ajout d'exemptions concernant les narcotiques (lois fédérales appliquées par Santé Canada) afin d'ajouter de nouvelles substances contrôlées (comme l'hydromorphone).
- Élargir les champs de pratique des praticiens, en précisant par exemple qui peut administrer certains médicaments (p. ex., administration de médicaments contre la nausée et la douleur par un ambulancier paramédical en soins primaires).
- Collaborer/consulter d'autres fournisseurs de soins de santé (c.-à-d. de qui les ambulanciers paramédicaux reçoivent-ils des directives, seulement les médecins des services paramédicaux?) et prendre des décisions axées sur la personne, de concert avec d'autres fournisseurs de soins de santé (par opposition à la prise de décisions fondées sur le protocole).
- Partage d'information et de données entre les ambulanciers paramédicaux et les autres membres de l'équipe de soins de santé et au sein du cercle de soins.



CONSEIL D'EXPERT

Mobiliser les parties prenantes des secteurs législatifs et réglementaires dès le début

Il est important de mobiliser les ministères provinciaux de la Santé, les programmes de prestation de services de santé communautaires connexes (soins palliatifs, soins continus, soins à domicile, etc.) et les divers organismes de réglementation (pour toutes les professions de la santé concernées – ambulanciers paramédicaux, médecins, infirmières, etc.) tôt dans l'élaboration du projet afin de cerner les répercussions et les obstacles législatifs ou réglementaires actuels. Les arrêtés ministériels et les modifications aux exemptions fédérales en matière de narcotiques prennent du temps et peuvent retarder le lancement du programme.



Le cadre législatif et réglementaire varie d'une province à l'autre. Un résumé du contexte du système de santé de chaque province et territoire, du modèle des services paramédicaux, du modèle des services communautaires de soins palliatifs et du cadre réglementaire se trouve dans le [tableau contextuel des administrations](#).

Il est important de noter que même si chaque administration peut avoir des « points de friction » réglementaires ou législatifs différents, le programme a été mis en œuvre avec succès dans divers contextes et provinces.

La mise en œuvre de ce programme a mis en lumière le besoin de modifier le cadre législatif et réglementaire actuel pour les ambulanciers paramédicaux, en tant que professionnels, et pour la prestation de services médicaux d'urgence dans chaque province. Les modifications apportées aux lois, aux normes de pratique et aux politiques qui appuient la prestation de soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux ont éliminé les obstacles pour d'autres populations et modèles de prestation des soins.



MOBILISATION DES P/F/PA

Incidence des pratiques « normalisées »

La signature de documents sur le « refus de soins » ou le « refus de transport » peut donner l'impression aux personnes, aux proches aidants et aux familles qu'ils font quelque chose de mal lorsqu'ils acceptent un traitement approprié à domicile sans qu'il y ait transport. Il importe de tenir compte de l'incidence de toute activité normalisée de clôture d'appel qui pourrait être mal alignée avec les objectifs de la prestation de soins palliatifs dans le cadre du programme, et de mobiliser les personnes, familles et proches aidants partenaires et les parties prenantes dans l'élaboration de solutions significatives.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Changements législatifs visant à habiller la pratique

En Colombie-Britannique, les arrêtés ministériels 146 et 147 ont permis d'élargir la portée des services paramédicaux pour traiter les patients sur place sans les transporter aux urgences. L'arrêté exige également que les BCEHS assurent un suivi de tous les patients qui ne sont pas transportés aux urgences. De plus, une approbation de licence d'utilisation de médicaments figurant à l'annexe II du Emergency Medical Assistant Licensing Board était requise pour que les PSA administrent des médicaments prescrits au patient, mais ne faisant pas partie de leur champ de pratique.

Traitement et aiguillage contre refus de transport

En Alberta, une renonciation juridique distincte a été créée pour les patients et les familles qui acceptaient le traitement sur place dans le cadre du programme de soins palliatifs. Elle ne comprenait pas le libellé de responsabilité juridique lié au refus de transport ou de soins dans les recommandations de l'équipe paramédicale.



Considérations et répercussions financières

Les services médicaux d'urgence et le transport par ambulance sont des services de santé non assurés dans de nombreuses administrations canadiennes, ce qui signifie que les gens reçoivent une facture pour l'utilisation des services paramédicaux. De nombreux services ambulanciers dépendent des revenus tirés des appels pour maintenir leurs activités, et les régimes d'avantages sociaux des employeurs couvrent parfois que les services ambulanciers qui entraînent le transport. Il peut y avoir une résistance imprévue au programme ou des expériences négatives des patients et de leur famille si les patients reçoivent une facture pour le traitement reçu à domicile (surtout s'ils n'auraient pas reçu de facture s'ils avaient été transportés vers un établissement). De plus, l'expérience de la réception d'une facture après le décès d'un être cher peut être considérablement négative lorsqu'une personne est en deuil depuis peu et éprouvée. Dans bon nombre de provinces et territoires, il était impératif que les patients ne reçoivent pas de facture pour les services paramédicaux si les frais d'utilisation étaient normalisés dans leur système.

Il est important de comprendre comment ce programme sera lié aux pratiques de facturation locales des services paramédicaux (c.-à-d. sans transport), du soutien en ligne des médecins (médecins des services médicaux d'urgence, médecins spécialisés en soins palliatifs, médecins spécialisés en soins primaires), des services de soutien à domicile/dans la communauté et de tout autre service sur appel.

Dans la plupart des administrations, le programme sera pris en charge par le budget opérationnel habituel des services paramédicaux et le soutien en nature continuera d'être offert par divers partenaires (soins primaires, soins continus, soins à domicile, soins palliatifs) pour les présentations, etc.



MOBILISATION DES P/F/PA

Examiner les répercussions financières avec les utilisateurs finaux

Tenir compte de la participation des familles et proches aidants partenaires et collaborateurs (qui ont déjà reçu des services paramédicaux et communautaires de soins palliatifs) pour examiner les répercussions financières qui ont une incidence sur l'expérience du patient et de sa famille.



CONSEIL D'EXPERT

Mobiliser le gouvernement

Veiller à ce que des parties prenantes comme le ministère de la Santé participent à la conception et à l'élaboration des programmes pour les renseigner sur les possibilités, les facteurs favorables ou les obstacles liés aux considérations financières.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Changements aux politiques

En Alberta, plusieurs changements aux politiques ont été nécessaires pour appuyer le programme et veiller à ce que les patients ne reçoivent pas de facture pour les services paramédicaux (bien que les services médicaux d'urgence soient fortement subventionnés par la province, les services médicaux d'urgence sont rémunérés à l'acte avec des taux d'utilisation établis pour les interventions et le transport) :

- Des modifications ont été apportées à l'entente avec l'Alberta Blue Cross (programme gouvernemental pour les patients en soins palliatifs et de fin de vie) afin d'élargir la couverture pour inclure les événements non liés au transport (puisque la couverture était auparavant liée au transport en milieu de soins de courte durée).
- Des changements ont été apportés pour élargir la définition des établissements approuvés (à l'appui du transport direct vers les centres de soins palliatifs) et de vastes activités de communication et de sensibilisation ont été menées auprès des fournisseurs de soins palliatifs au sujet de l'importance d'inscrire les patients au programme gouvernemental (programme de soins palliatifs de l'Alberta Blue Cross) afin que les services paramédicaux soient couverts.



La logistique

Comme pour tout changement important de système, il faudra tenir compte d'éléments logistiques, opérationnels et structurels importants, notamment :

- l'achat de nouveaux médicaments;
- l'entreposage et le transport de nouveaux médicaments (surtout si de nouveaux médicaments sont des substances contrôlées), y compris les changements qui doivent être apportés aux trousseaux actuelles, aux boîtes verrouillées, etc.;
- l'interaction de divers éléments de TI comme le RAO, les tablettes, le ePCR, le registre du SPP, etc.;
- la prestation de la formation à l'ensemble de l'effectif et le moment de la mise en service des nouveaux processus, GPC/protocoles, etc.;
- l'élaboration, la mise à l'essai et la mise en œuvre de toute nouvelle technologie (p. ex., SPP, registre, notification automatique des événements aux partenaires communautaires);
- les changements apportés au processus de répartition;
- toute approbation requise pour ces changements.



Nous avons fait ce que nous pouvions faire de mieux. Le confort était le mot d'ordre. On l'a fait ensemble parce qu'on avait ce qu'il fallait pour réussir. Médicaments, équipement, service au milieu de la nuit. Avec la communauté derrière nous, nous avons pu réussir

Membre de la famille de Terre-Neuve-et-Labrador



On m'a demandé d'aider une équipe des SMU intervenant auprès d'un patient dans une résidence privée. L'homme en était à sa dernière étape de vie et allait mourir d'une minute à l'autre. L'équipe a fait un excellent travail pour reconforter la famille et traiter le patient. Toutefois, les sécrétions excessives du patient devaient être aspirées fréquemment pour dégager ses voies respiratoires. Nous avons laissé un appareil de succion portatif alimenté à pile avec une pile supplémentaire. Avant de partir, nous avons rapidement expliqué le fonctionnement de l'appareil et nous nous sommes assurés que la famille serait à l'aise de l'utiliser sans l'aide des services médicaux d'urgence. Le lendemain, nous sommes retournés pour récupérer l'appareil, car le patient est décédé durant la nuit. La famille était très reconnaissante du temps et des efforts que nous avons consacrés au traitement de leur proche dans ses dernières heures de vie.

Ambulancier paramédical, Saskatchewan



CONSEIL D'EXPERT

Veiller à la participation des Opérations à la table

Veiller à ce que les responsables des services paramédicaux, du parc automobile et de la logistique soient mobilisés. Les ambulanciers paramédicaux cliniques de première ligne doivent participer activement à la planification, à l'élaboration et à la mise en œuvre des éléments logistiques et structurels.



Sensibilisation et formation

Pour les ambulanciers paramédicaux, le fait d'intervenir auprès des patients qui reçoivent des soins palliatifs n'est pas nouveau, mais l'orientation et la portée des soins fournis le sont. Les ambulanciers paramédicaux devront posséder les aptitudes requises pour offrir cette nouvelle gamme de soins. La formation est essentielle à toute transformation majeure du système. La prestation de soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux représente non seulement un changement dans les traitements cliniques, mais aussi un virage opérationnel important dans le fonctionnement des services paramédicaux. On devra offrir de la formation sur les aspects cliniques et les pratiques et procédures opérationnelles pour appuyer la prestation de soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux.

Questions à prendre en considération :

- Qui sera formé?
 - Tout le personnel? Seulement les PSA? Les médecins qui conseillent les ambulanciers paramédicaux en ligne? Les répartiteurs? Les chefs de pratique/les conseillers paramédicaux?
 - Quelle formation devra recevoir chaque groupe?
- Comment les programmes de formation seront-ils élaborés?
 - Va-t-on adopter ou adapter un programme existant? (Un programme connu comme le cours LEAP Paramédical serait apprécié des intervenants en soins palliatifs qui, pour la plupart, connaissent le programme LEAP ou l'utilisent déjà)
 - La formation sera-t-elle élaborée à l'interne?
 - Si oui, comment pourra-t-on solliciter la participation d'experts en soins palliatifs?
 - Comment les conseillers auprès des personnes, des familles et des proches aidants participeront-ils au développement de la formation?



Je crois que ce programme a fourni à la communauté une avenue positive pour les soins de confort et de fin de vie. En offrant aux personnes et aux familles un accès 24 heures sur 24 à des ambulanciers paramédicaux bien formés pour intervenir auprès de patients qui vivent une crise liée à leur maladie et en aidant ces familles à domicile, je crois que nous avons permis à notre système de santé d'économiser du temps, de l'argent et des ressources. Les personnes malades, qui pourraient autrement avoir l'impression d'avoir perdu le contrôle de leur vie, peuvent ainsi gérer elles-mêmes leur plan de traitement.

Ambulancier paramédical, Terre-Neuve-et-Labrador



CONSEIL D'EXPERT

Formation pour tous

Les ambulanciers paramédicaux ne sont pas le seul groupe à avoir besoin de formation ou de sensibilisation au programme. On doit s'assurer d'offrir une formation adaptée à chaque groupe qui prendra part aux soins fournis dans le cadre du programme (répartiteurs et agents de communication, fournisseurs et équipes de soins palliatifs communautaires, médecins [médecins des services paramédicaux, médecins en soins palliatifs, prestataires de soins primaires], premiers intervenants, policiers, personnel des services d'urgence amenés à recevoir des patients auprès desquels des ambulanciers paramédicaux ont eu recours à une approche palliative des soins, etc.).



- Comment la formation sera-t-elle offerte?
 - En ligne (de manière asynchrone, synchrone ou une combinaison des deux)? En personne?
 - Au moyen de simulations?
- Qui donnera la formation?
 - Le personnel interne? Le personnel des services paramédicaux? Le personnel, médecins ou experts en soins palliatifs? Les conseillers des P/F/PA auront-ils un rôle à jouer?
 - Mettra-t-on en place un système de formation des formateurs?
- Quand les divers groupes seront-ils formés (par rapport au calendrier d'élaboration/de lancement du programme)?
 - Avant le lancement, tout au long du lancement, à la dernière minute? Et y aura-t-il une formation continue (simulation, formation d'appoint)?
 - Tout le personnel en même temps? Mise en œuvre progressive? Pendant combien de temps?
- Y a-t-il des considérations liées aux coûts? Des exigences syndicales en matière de formation obligatoire ou de coûts de remplacement des salaires? Des coûts de formation des animateurs? Des coûts associés aux titres de compétences des animateurs?
- Qu'est-ce qui sera requis pour la formation continue ou d'appoint?
 - La formation continue est essentielle, mais on n'a pas encore déterminé l'intervalle entre les séances d'appoint.
 - Y aura-t-il des exigences réglementaires en matière de formation continue relativement à la nouvelle pratique axée sur les soins palliatifs?

Dans les pages suivantes, nous décrirons plusieurs composantes liées à l'élaboration et à la prestation de la formation initiale, puis nous ferons état de considérations relatives à la formation continue et à la viabilité du programme. Des exemples précis provenant des administrations concernées seront également fournis.



CONSEIL D'EXPERT

Recruter et former des champions du programme au moyen d'un modèle de formation des formateurs

Si l'on a besoin d'un plus grand nombre d'animateurs pour former le personnel de première ligne, envisager de recruter de nouveaux animateurs parmi le personnel de première ligne. Le fait de former des animateurs issus des services de première ligne présente de nombreux avantages; cela offre notamment des possibilités de perfectionnement professionnel au personnel de première ligne et permet de former des champions de première ligne qui soutiendront la mise en œuvre du programme.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Former les formateurs et créer des champions régionaux

On a recruté des animateurs de LEAP Paramédical dans les services de première ligne à l'échelle de la province (dans les zones de services urbaines et rurales, au sein de SSA et des SMU et parmi les exploitants contractuels des services ambulanciers paramédicaux) pour faciliter la prestation des cours de LEAP Paramédical et intégrer les champions des programmes dans toute la province.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour obtenir un résumé complet de la façon dont chaque administration a élaboré et offert de la formation à divers publics dans le cadre de son programme, consultez les [Sommaires de formation des administrations](#) dans la section Ressources supplémentaires.



Profil national des compétences professionnelles

Le Profil national des compétences professionnelles (PNCP)¹⁹ pour les ambulanciers paramédicaux définit les compétences des ambulanciers (en soins primaires, avancés et critiques) et des répondants médicaux d'urgence (RMU) au Canada. Le PNCP (élaboré pour la première fois par l'Association des paramédics du Canada [APC] en 2001 et mis à jour en 2011)²⁰ poursuit trois objectifs principaux :

1. définir la profession d'ambulancier paramédical;
2. promouvoir l'uniformité, à l'échelle nationale, de la formation et des pratiques dans le domaine paramédical;
3. faciliter la mobilité des ambulanciers paramédicaux (le PNCP constitue le fondement de l'examen national des ambulanciers paramédicaux).

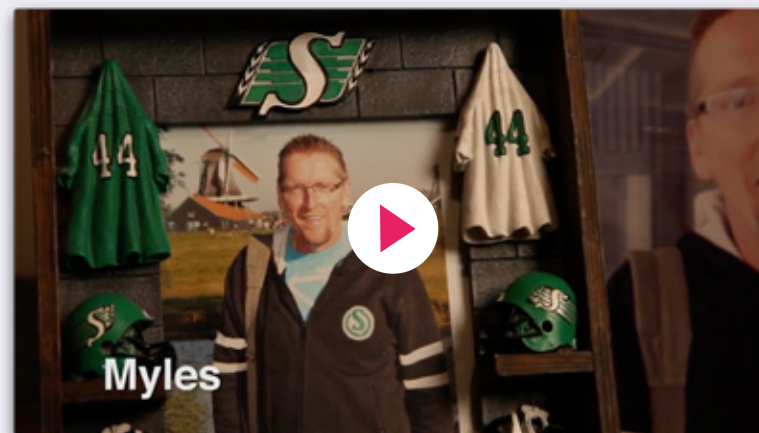
Dans certaines provinces, le PNCP constitue le fondement du programme de base dispensé dans les établissements d'enseignement et des exigences relatives au maintien continu des compétences et au perfectionnement professionnel. Même si la section 6.1.m du PNCP actuel englobe des compétences en soins palliatifs (fournir des soins à un patient en soins palliatifs), le profil n'inclut pas les connaissances, les attitudes, les habiletés et les comportements requis pour offrir une approche appropriée axée sur les soins palliatifs. La terminologie utilisée dans le profil est désuète; le terme « palliatif » doit être utilisé pour désigner les soins fournis et non pour décrire la personne. Aucune distinction n'est établie entre la prestation de soins palliatifs et la prestation de soins de fin de vie, et on n'insiste pas sur le fait de prodiguer des soins conformes aux objectifs de soins ou aux souhaits des personnes, de leur famille et des proches aidants. On suppose également que les personnes ayant des besoins en soins palliatifs seront transportées à l'hôpital, et aucune disposition n'est prévue pour le traitement sur place ou l'orientation des patients (Cameron et coll., 2016).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Être à l'écoute de la famille

En Alberta, une [vidéo sur l'expérience familiale](#) a été créée en collaboration avec un membre de la famille qui a utilisé le programme. Cette vidéo a été intégrée au matériel de formation des ambulanciers paramédicaux, présentée au début de toutes les séances de formation de LEAP Paramédical et utilisée lors de présentations de sensibilisation auprès des ambulanciers paramédicaux, des responsables des soins à domicile, des médecins en soins palliatifs et d'autres intervenants du programme.





Depuis la dernière publication des PNCP, les compétences requises des ambulanciers paramédicaux en soins palliatifs ont évolué en Nouvelle-Écosse, en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique. Dans certaines provinces, on a notamment procédé à l'élaboration de cadres provinciaux de compétences en soins palliatifs interdisciplinaires (lesquels incluent les ambulanciers paramédicaux). Les cadres de compétences provinciaux actuels sont les suivants :

- [The Nova Scotia Palliative Care Competency Framework](#) (comprend les ambulanciers paramédicaux)
- [Cadre de compétences en soins palliatifs de l'Ontario](#) (comprend les ambulanciers paramédicaux)
- L'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick élabore actuellement un profil de compétences sur la formation paramédicale en soins palliatifs, laquelle deviendra un prérequis à l'accréditation pour tous les programmes d'accréditation des ambulanciers paramédicaux du Nouveau-Brunswick.
- [Alberta Emergency Medical Responders' and Paramedics' Palliative Care Competency Framework](#)
- Cadre de compétences des ambulanciers de BCEHS – Approche des ambulanciers en matière de soins palliatifs

Les PNCP doivent être mis à jour à compter de 2022, et les compétences appropriées exigées des ambulanciers qui fournissent des soins palliatifs seront prises en compte dans la mise à jour.



MOBILISATION DES PERSONNES, DES FAMILLES ET DES PROCHES AIDANTS (P/F/PA)

Inclure des partenaires de ces groupes dans la formation

Sollicitez la participation de représentants des personnes, des familles et des proches aidants dans l'élaboration du matériel de formation de sorte que leurs points de vue et leur voix soient entendus. Veillez à ce que la formation permette non seulement de cerner les besoins des personnes atteintes d'une maladie limitant l'espérance de vie et les façons de soutenir ces personnes, mais aussi de sensibiliser les intervenants aux besoins de la famille et des proches aidants. Envisagez d'inclure des conseillers ou des représentants des P/F/PA pour animer les séances de formation afin d'apporter une dimension concrète à l'activité et de fournir un contexte « réel » et une expertise fondée sur l'expérience. À tout le moins, envisagez d'inclure des messages vidéo de personnes, de membres de la famille ou de proches aidants décrivant l'incidence des soins fournis sur la personne, sa famille et les proches aidants.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Des ressources supplémentaires, y compris le Cadre de compétences des ambulanciers de BCEHS, sont disponibles dans le [répertoire en ligne](#).



Formation administrative et clinique

La prestation de soins palliatifs représente un nouvel ensemble de compétences cliniques pour les ambulanciers paramédicaux. Une formation supplémentaire est requise dans plusieurs domaines pour appuyer l'intégration d'une approche axée sur les soins palliatifs, notamment en ce qui a trait à :

- l'identification des patients en soins palliatifs;
- une approche palliative des soins;
- la planification préalable des soins et les objectifs des soins;
- l'évaluation en soins palliatifs;
- la prise de décisions partagée avec les personnes ayant des besoins en soins palliatifs, leur famille et leurs proches aidants;
- la gestion des symptômes courants, y compris la dyspnée, la douleur, les nausées et vomissements et le délire;
- la prise en charge des urgences en soins palliatifs (convulsions, hémorragie terminale, occlusion intestinale et compression de la moelle épinière);
- le soutien psychosocial et les compétences en communication (composer avec des conversations difficiles, offrir du soutien aux personnes en deuil);
- la compétence et la sensibilité culturelles;
- la formation visant l'acquisition de compétences supplémentaires (comme l'administration sous-cutanée de médicaments);
- la formation sur les nouveaux médicaments ou les nouvelles utilisations de médicaments déjà offerts.



CONSEIL D'EXPERT

Changement important de paradigme et redéfinition de la réussite

La prestation de soins palliatifs représente un changement important dans la façon dont les ambulanciers perçoivent leur rôle et les amène à remettre en question l'idée qu'ils se font d'une intervention réussie. La formation devra par ailleurs être structurée de manière à faire évoluer l'approche, actuellement axée sur les soins d'urgence et le sauvetage, vers un soutien optimal en matière de symptômes et à définir ce qui pourrait constituer une intervention réussie dans chaque situation.



Il faudra également offrir de la formation sur les nouvelles politiques, procédures et méthodes de travail (formation opérationnelle).

Cette formation pourrait aborder :

- les processus de suivi et de clôture des appels;
- les normes de documentation pour les interventions et les traitements en soins palliatifs sans transport à l'hôpital (par opposition aux cas nécessitant un transport ou aux refus de service);
- le processus d'aiguillage vers d'autres fournisseurs communautaires;
- les changements dans les procédures de répartition ou dans les évaluations faites par les téléphonistes du 9-1-1;
- les processus et les attentes en matière de prises de décisions concertées ou de soins collaboratifs;
- les changements dans les consultations médicales en ligne (appels à différents fournisseurs, liens avec les médecins en soins palliatifs).

Qu'il s'agisse d'élaborer leur propre formation à l'interne ou d'utiliser des produits de formation commerciaux ou gratuits, les administrations misent sur différentes stratégies pour élaborer et offrir de la formation en vue de soutenir le programme.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la stratégie de formation de chaque administration, consultez les [résumés du programme](#) dans la section Ressources supplémentaires.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Élaboration d'une formation interne propre à la région

En Ontario, une trousse de formation de quatre heures conforme au Cadre de compétences en soins palliatifs de l'Ontario a été élaborée à l'interne pour appuyer le programme. Cette initiative est le fruit d'une collaboration entre les ambulanciers, la direction médicale, les médecins en soins palliatifs et les professionnels de la santé.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Exercez-vous

En Saskatchewan, les ambulanciers paramédicaux et les équipes des soins palliatifs participent à des séances d'apprentissage interdisciplinaires fondées sur des scénarios pour faciliter l'adoption d'une approche collaborative en matière de soins et de communication.



Les essentiels de l'approche palliative (LEAP) Paramédical – Pallium Canada

LEAP Paramédical est un cours destiné aux ambulanciers paramédicaux qui enseigne les connaissances, les attitudes et les compétences essentielles pour appliquer l'approche de soins palliatifs sur place.

À l'automne 2014, l'équipe de la Nouvelle-Écosse a fait appel à Pallium Canada pour élaborer une formation sur les soins palliatifs ciblant expressément les ambulanciers paramédicaux. Organisme reconnu partout au pays, Pallium Canada élabore et diffuse des programmes de formation sur les soins palliatifs évalués par les pairs. Un cours d'une journée, « LEAP Mini en contexte paramédical » a été précisément conçu pour répondre aux besoins des ambulanciers dans ce nouveau domaine de soins. Il abordait la détermination des compétences des ambulanciers et la modification du programme d'études interprofessionnel LEAP en vue d'insister davantage sur le contexte de travail des ambulanciers. En 2016, le cours a été remanié sous un format mixte, en ligne et en personne.

Le cours comprend des modules en ligne, avec des études de cas et des discussions coanimées en personne ou sur zoom par des experts en soins palliatifs et des ambulanciers. Les sujets abordés sont les suivants :

- la prise en charge de l'intervention;
- la prise de décisions et la planification préalable des soins;
- la douleur;
- la dyspnée;
- les nausées, les vomissements et l'hydratation;
- les urgences palliatives;
- la détresse psychosociale;
- le changement de paradigmes;
- les scénarios cliniques et la prise de décisions;
- le délire;
- les douleurs et les symptômes gastro-intestinaux;
- les discussions essentielles;
- les difficultés respiratoires et les derniers jours.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Formation sur les consultations médicales en ligne pour les médecins des SMU

À Terre-Neuve-et-Labrador, tous les médecins des SMU chargés des consultations médicales en ligne ont participé à une formation LEAP afin d'être mieux outillés pour fournir des consultations en soins palliatifs aux ambulanciers paramédicaux de la communauté.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour en savoir plus sur LEAP Paramédical, visitez le site www.pallium.ca/fr/course/leap-paramedical



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Adaptation régionale de LEAP Paramédical

BCEHS et Pallium Canada ont collaboré à la création d'un cours LEAP Paramédical conçu expressément pour la Colombie-Britannique, qui sera offert en ligne à l'ensemble du personnel cible. On a adapté le cours pour y inclure :

- des considérations particulières liées aux interventions de BCEHS, comme la géographie, les ressources locales et le champ d'exercice des PSP et des PSA de la province;
- le guide de pratique clinique en soins palliatifs de BCEHS dans les études de cas pour permettre aux apprenants d'élaborer des plans de traitement propres à BCEHS;
- des renseignements locaux sur la planification préalable des soins ainsi que des documents propres à la Colombie-Britannique comme les formulaires EDITH (décès prévu à domicile) et MOST (ordonnance sur la portée du traitement);
- des versions destinées aux PSP et aux PSA, et dont le contenu s'inscrit dans le champ d'exercice de chacun et est pertinent sur le plan clinique.

Formation initiale des ambulanciers par l'entremise du programme LEAP Paramédical

Tous les ambulanciers paramédicaux de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard ont reçu la formation LEAP Paramédical pour appuyer la mise en œuvre du *Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile*. En 2015, avant le lancement du programme, on a dispensé plus de 70 séances de formation d'une journée LEAP Paramédical, auxquelles ont pris part environ 950 ambulanciers. Les médecins urgentistes qui offrent des services de consultation en ligne aux ambulanciers sur le terrain ont également pu suivre le cours Les fondements du LEAP afin d'approfondir leur compréhension et leur connaissance des soins palliatifs.

Exemple de mise en œuvre – Apprendre ensemble enrichit les relations

En Alberta, toutes les séances du programme LEAP Paramédical ont été coanimées avec une infirmière (et/ ou un médecin) en soins palliatifs du programme régional de soins palliatifs. Des cours LEAP Paramédical ont également été offerts aux fournisseurs de soins à domicile, et la plupart de ces cours ont été suivis par des intervenants des SMU et des soins à domicile. Des médecins de famille et des pharmaciens ont assisté à certains cours. La formule utilisée a offert aux fournisseurs de nouvelles occasions de se rencontrer et d'en apprendre davantage sur leurs rôles, leurs ressources et les limites auxquelles ils sont confrontés dans leur région géographique. Cette initiative a également permis d'éliminer le cloisonnement entre les ambulanciers et les fournisseurs de services communautaires. En effet, tout au long du cours, ceux-ci ont eu l'occasion de réfléchir ensemble à des solutions et de régler certains problèmes courants dans leur secteur.



MesOutilsDeuil pour les ambulanciers – Portail palliatif canadien

MesOutilsDeuil est une ressource en ligne gratuite qui a été mise au point par des ambulanciers paramédicaux et des spécialistes du deuil en collaboration avec le Portail palliatif canadien afin de soutenir les ambulanciers qui fournissent des soins palliatifs et du soutien à court terme aux personnes endeuillées. Les modules d'apprentissage autonome et autodirigé comprennent une boîte à outils de stratégies, de compétences, de conseils, de techniques et de pratiques exemplaires visant à familiariser les ambulanciers avec les aspects psychosociaux et les « compétences cliniques de base » associés aux cas justifiant une approche de soins palliatifs. Les modules traitent du deuil que traversent les familles dont l'un des membres est mourant ou atteint d'une maladie avancée, et fournissent aux ambulanciers divers outils pour soutenir le patient et sa famille. On retrouve également un module traitant du soutien offert aux ambulanciers paramédicaux qui vivent un deuil ou éprouvent du stress lié au travail, de même qu'un module destiné expressément à leurs proches.

Les modules ont été élaborés en collaboration avec des ambulanciers actifs sur le terrain et se fondent sur les plus récentes recherches et les pratiques cliniques exemplaires. Ils comprennent :

- des tactiques pour soutenir les patients et les familles qui vivent un deuil intense avant, pendant et après le décès;
- des stratégies d'intervention axées sur la compassion;
- des conseils pour gérer de façon constructive le deuil lié au travail et les autres sources de stress associées au fait de travailler dans le domaine des soins palliatifs.

MesOutilsDeuil a été conçu en 2018 conjointement avec les équipes de projet de soins paramédicaux et palliatifs de l'Alberta et de la Nouvelle-Écosse pour soutenir la prestation des soins palliatifs et bonifier l'enseignement et la formation offerts. Plusieurs administrations y ont recours pour améliorer la formation à l'échelle locale. La version française a été élaborée en collaboration avec des ambulanciers du Nouveau-Brunswick et de l'Ontario.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Outil d'aide et de soutien à la formation pour les ambulanciers paramédicaux

À York, on a utilisé MesOutilsDeuil comme outil de soutien pédagogique pour les groupes d'ambulanciers champions chargés d'épauler leurs pairs répondant à des appels pour soins palliatifs. MesOutilsDeuil a également servi à l'équipe de soutien par les pairs durant la formation offerte aux ambulanciers dans le cadre du projet, et a été ajouté à l'application PeerConnect de York.

Soutien et autosoin des ambulanciers paramédicaux

Au Manitoba, en plus d'apprendre à soutenir les personnes, les familles et les proches aidants, les ambulanciers paramédicaux ont été formés aux techniques de soutien mutuel après une rencontre difficile avec un patient. Les ambulanciers ont reçu de l'information tirée de MesOutilsDeuil et ont été encouragés à en examiner le contenu pour améliorer leur pratique.

Intégration de MesOutilsDeuil comme source de perfectionnement professionnel continu

Partout au Canada, MesOutilsDeuil est reconnu comme une ressource gratuite de formation continue et de perfectionnement professionnel permettant aux ambulanciers paramédicaux de satisfaire aux exigences annuelles en matière de crédits de formation continue. Certains services paramédicaux l'ont également intégré à leurs systèmes d'apprentissage internes et aux bulletins de rendement pour la formation continue du personnel.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour en savoir plus sur MesOutilsDeuil pour les ambulanciers, visitez le site www.griefftoolbox.ca / www.mesoutilsdeuil.ca



Pérennité

Il est important de tenir compte de la pérennité de toute stratégie de formation. Certains employés pourraient être en congé prolongé pendant la mise en œuvre initiale ou être embauchés une fois la formation terminée. Les collèges et les établissements d'enseignement offrant un programme de technique ambulancière doivent :

- déterminer s'il y a lieu de prévoir des formations d'appoint ou des examens continus pour permettre aux ambulanciers paramédicaux de conserver leurs compétences et leur confiance en eux lorsqu'ils doivent adopter une approche axée sur les soins palliatifs;
- intégrer du contenu sur les soins palliatifs aux tournées de cas cliniques, à la formation par simulation, aux journées de formation ou à d'autres périodes de formation offertes aux ambulanciers;
- intégrer la formation clinique et opérationnelle élaborée aux processus déjà établis d'orientation des nouveaux employés et de réorientation des employés; collaborer avec les collèges et les établissements d'enseignement offrant un programme de technique ambulancière en vue d'inclure une formation complète sur les soins palliatifs.



CONSEIL D'EXPERT

Élaborer un système d'apprentissage

Comment cette compétence à faible volume et à forte incidence sera-t-elle maintenue? Les compétences et la formation continues seront-elles ou non intégrées aux services paramédicaux (c.-à-d. enchâssées dans la formation annuelle récurrente, intégrées à la formation professionnelle continue et aux exigences réglementaires/d'accréditation, etc.)? Existe-t-il des possibilités d'intégrer ces nouvelles compétences à la formation initiale des ambulanciers (offerte par les établissements plutôt que par les services paramédicaux)? Pour assurer la pérennité, il faut songer aux compétences des ambulanciers actuellement en service et réfléchir au lieu où les nouvelles compétences seront enseignées aux ambulanciers qui entrent en fonction ou intègrent la profession en général.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Intégration de la formation sur les soins palliatifs dans les écoles paramédicales

En Alberta et en Saskatchewan, les programmes pour ambulanciers en soins avancés ont intégré le cours LEAP Paramédical afin de préparer les nouveaux diplômés à prodiguer des soins palliatifs.

Évolution de la prestation de la formation pour répondre aux besoins continus

Plusieurs administrations élaborent actuellement une formation interne en ligne sur les soins palliatifs qui sera offerte aux nouvelles recrues, de même qu'une formation d'appoint continue afin de répondre aux demandes de formation continues et futures dans le cadre du budget de fonctionnement annuel des services paramédicaux.



SUPPORTING RESOURCES

Pour voir la façon dont certaines administrations ont élaboré et offert de la formation à divers publics, veuillez consulter les [sommaries de formation](#) des administrations dans la section Ressources supplémentaires.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Approbation pour la formation continue par les organismes de réglementation provinciaux

Plusieurs collèges et organismes de réglementation provinciaux ont approuvé le programme LEAP Paramédical et MesOutilsDeuil en tant que ressources de formation continue permettant de satisfaire aux exigences en matière de crédits aux fins de l'octroi du permis d'exercice annuel.

Formation continue et supplémentaire

Suivant les commentaires des ambulanciers paramédicaux sur le niveau d'aise et la confiance, Eastern Health de Terre-Neuve-et-Labrador continue de collaborer avec l'équipe des soins palliatifs et le bureau du directeur médical provincial afin d'élaborer et d'offrir une formation supplémentaire sur d'autres sujets liés aux soins palliatifs. Des plans sont en place pour offrir une journée annuelle de formation optionnelle sur les soins palliatifs. La formation sera remaniée chaque année en fonction des commentaires des ambulanciers participants et sera dirigée par l'un des médecins en soins palliatifs.

Formation mentionnée durant l'orientation des nouveaux employés

En Alberta, le personnel des soins continus et paramédicaux reçoit de l'information sur le programme au moment de l'orientation.

Programme de transition pour la pérennité

Le Nouveau-Brunswick a mis au point un programme de transition pour tous les ambulanciers paramédicaux qui ne faisaient pas partie de la cohorte initiale ayant reçu la formation du programme LEAP Paramédical. Un programme interne a été élaboré pour « combler » l'écart dans la pratique jusqu'à ce que les diplômés des programmes de formation en soins paramédicaux aient acquis ces compétences au moment de leur entrée en pratique. Les nouveaux employés ou les ambulanciers qui reviennent d'un congé prennent part au programme de transition; on s'assure ainsi que tous puissent profiter d'une formation en soins palliatifs pour renforcer leurs compétences.

Le passage à la prestation en ligne sert un double objectif

Pour l'IRHO, la formation interne a été conçue à l'origine pour être offerte en personne, mais elle a été convertie en formation en ligne du fait de la COVID-19. La version en ligne de la formation sur les soins palliatifs fera partie intégrante de la stratégie de pérennité du programme. La formation est stockée et peut être en tout temps téléchargée pour consultation par les ambulanciers déjà formés et pour distribution future à d'autres régions et bases hospitalières de l'Ontario qui n'ont pas encore mis en œuvre le programme. Des discussions ont été entamées à l'échelle provinciale pour déterminer la norme minimale de formation en soins palliatifs en Ontario afin d'assurer une approche uniforme dans l'ensemble de la province.



Sensibilisation au programme, communications et mobilisation du public

Il est essentiel d'établir un plan de communication vaste et exhaustif pour les communications internes et externes. Lorsque vous élaboriez votre stratégie de communication, posez-vous les questions suivantes :

1. Quels sont les publics cibles (primaires, secondaires, etc.) qui doivent être informés du programme?
2. Quels renseignements (quel contenu) tentez-vous de communiquer (les objectifs de votre plan de communication)?
3. Quels messages clés souhaitez-vous transmettre au sujet du programme ou du service?
4. Quelle information est la plus pertinente pour chaque public cible?
5. Quelles sont les meilleures façons de joindre chaque public? Comment chaque public cible préfère-t-il recevoir l'information?
6. Existe-t-il, pour certaines personnes ou certains groupes, des obstacles pouvant nuire au succès de vos tactiques et stratégies de communication (manque d'accès à Internet)?
7. Comment allez-vous mesurer ou évaluer le succès de votre plan de communication?



Au début, j'ignorais quel était ce programme, et ça ne m'intéressait pas d'en savoir plus. Quand les ambulanciers sont venus chez moi, l'un d'eux est allé dans une pièce avec mon mari et lui a expliqué tout ce qu'ils allaient faire. L'autre ambulancier est resté avec moi dans le corridor et m'a expliqué le fonctionnement du programme. Après avoir retrouvé mon calme, j'ai réalisé pourquoi ils étaient là et j'ai été stupéfaite de voir à quel point ils étaient compétents, la qualité des soins prodigués à mon mari et la compassion qu'ils ont manifestée envers nous. J'avais toujours été laissée à moi-même jusqu'à ce jour, mais soudain, je ne me sentais plus seule. Je répète à mon entourage à quel point le programme est formidable, et je le recommande à tout le monde.

Membre de la famille, Terre-Neuve-et-Labrador



Déterminez qui doit être informé

Des communications devront être élaborées pour divers groupes cibles, notamment :

- le public (personnes malades, membres de la famille et proches aidants);
- les prestataires de soins de santé qui orientent les patients;
- les ambulanciers paramédicaux;
- les équipes de soins primaires, de soins à domicile et de soins palliatifs dans la communauté;
- les intervenants-pivots et les bénévoles qui peuvent aider les patients, les familles et les proches aidants à accéder aux services pertinents dans la communauté;
- les autres organismes communautaires (services d'incendie et de police);
- le personnel des services d'urgence;
- les responsables des services opérationnels et de la formation;
- les prestataires de soins primaires (médecins, infirmières praticiennes, spécialistes).

Méthodes et tactiques de communication

Selon le contenu et le public, certaines méthodes et tactiques de communication pourraient se révéler plus appropriées que d'autres. Voici quelques exemples de canaux de communication externes qui pourraient être exploités :

- Brochures du programme à l'intention des personnes, des familles et des proches aidants
- Infolettres et articles de presse
- Site Web accessible au public (renseignements pour les prestataires de soins de santé ainsi que les personnes, les familles et les proches aidants)
- Campagnes dans les médias sociaux
- Sensibilisation du public à l'égard des nouveaux modèles de soins paramédicaux
- Vidéos sur le programme ou sur des expériences familiales (YouTube, chaînes publiques hébergées sur un site Web accessible au public, etc.)
- Communiqués de presse (sources locales et autorités sanitaires)
- Affiches, lettres ou FAQ
- Messages aux syndicats, aux responsables des soins primaires et continus et aux services paramédicaux
- Mises à jour pour les parties prenantes externes (organismes de réglementation, ministère de la Santé, assureurs offrant des services de soins palliatifs, etc.).



MOBILISATION DES P/F/PA

Ressources axées sur la personne, la famille et les proches aidants

Vous devrez absolument collaborer avec les partenaires des personnes, des familles et des proches aidants lorsque vous élaborerez le matériel de communication, particulièrement celui qui leur est destiné. Discutez, avec les partenaires des personnes, des familles et des proches aidants, de l'utilisation de niveaux de langue appropriés et d'un langage sensible dans tous les canaux de communication.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Sensibilisation du personnel des SU à l'approche axée sur les soins palliatifs

Même si la plupart des patients sont traités à domicile, il arrive parfois qu'un patient demande à être transporté aux urgences, ou que son état exige un transport à l'hôpital. À Ottawa, le personnel des SU a été informé du nouveau programme et a aussi reçu de l'information sur les pratiques exemplaires de gestion des symptômes en soins palliatifs, les principes d'une approche de soins palliatifs et les nouveaux protocoles de traitements paramédicaux, afin de faire connaître ces pratiques et d'assurer l'uniformité des soins fournis lorsque les patients sont transférés aux SU.

Site Web accessible au public

Dans plusieurs administrations, les renseignements sur le programme sont affichés sur un site Web accessible au public et conçu expressément pour les patients, les proches aidants et les cliniciens.

Un plan de communication solide devrait également prendre en compte les communications internes supplémentaires qui pourraient être nécessaires pour appuyer la mise en œuvre et la pérennité du nouveau programme. Il importe d'assurer en continu les communications, les mises à jour et la mobilisation des principaux intervenants (ambulanciers paramédicaux de première ligne, équipes de soins palliatifs, équipes de soins à domicile, médecins, etc.) pour soutenir le changement de pratique après la fin de la formation initiale offerte aux employés.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Le [répertoire en ligne](#) contient des exemples de documents de communication élaborés par diverses administrations.



Participation des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Dès le début de ce projet, les équipes se sont engagées à collaborer et à établir des relations significatives avec les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis pour élaborer des services applicables. Les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis ont des histoires, des cultures et des traditions distinctes.

Les approches en matière de mobilisation peuvent être classées dans trois grandes catégories :

1. Premièrement, on a tenté de mobiliser les collectivités dans l'élaboration du modèle de soins et de gouvernance. On a notamment collaboré avec la Régie de la santé des Premières Nations (FNHA) de la Colombie-Britannique à l'élaboration, à l'examen et à la révision de nouveaux guides de pratique clinique et de nouvelles compétences paramédicales en matière d'approches palliatives, et on a fait participer les communautés à l'élaboration de plans de pérennité, au changement de culture et au soutien opérationnel.
2. Deuxièmement, la plupart des équipes comptaient des représentants des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis au sein de leurs groupes consultatifs à l'échelle des projets, ce qui signifiait qu'elles entendaient des points de vue leur permettant de mieux cerner les besoins des personnes en termes de soins palliatifs dans leur province ou territoire. Les conseillers n'étaient pas toujours en mesure d'assister aux rencontres, mais participaient au processus décisionnel.
3. Enfin, troisièmement, les équipes ont pu avoir accès à des équipes de spécialistes et à des conseillers d'ESC et du Partenariat pour les appuyer dans leur mobilisation. De plus, selon les approches de formation choisies, certaines équipes ont pu établir des liens avec des prestataires de services éducatifs pour s'assurer que les ressources étaient adaptées sur le plan culturel et qu'elles répondaient aux besoins des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis en matière de prestation de soins palliatifs.

Les équipes ont convenu que la mobilisation des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis pourrait nécessiter des approches différentes de celles employées pour mobiliser les populations non autochtones.



Relations et réciprocité

Pour assurer une mobilisation significative, on doit reconnaître et respecter les connaissances et les perspectives autochtones en matière de structures de santé et de bien-être, et veiller à prendre en compte les points de vue multiples et distincts des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans la planification et la prise de décisions, dès les premières étapes des projets. La mobilisation prendra probablement la forme de rencontres en personne avec divers intervenants dans chaque communauté, notamment les gardiens du savoir désignés par les coutumes, les conseils de confédération ou les cercles d'Aînés. La mobilisation devrait par ailleurs respecter toutes les connaissances sacrées pouvant être partagées dans le cadre d'une relation de confiance, et on devra prévoir un certain temps pour établir des relations dans le respect des cultures et des traditions.

Dans le cadre de ce projet, il est admis que l'établissement de relations réciproques et de confiance au moyen d'une approche distinctive (qui reconnaît les trois groupes autochtones reconnus au Canada par le gouvernement fédéral, soit les Premières Nations, les Métis et les Inuits) nécessite beaucoup de temps et de ressources, possiblement plus que ce qui avait été prévu au départ.

Réussites – Exemples de mobilisations ou de partenariats fructueux

Certaines équipes ont donné des exemples de progrès réalisés sur le plan de la mobilisation et de la collaboration en vue de mettre en place des services pour les communautés des Premières Nations. L'un des groupes consultatifs locaux de ce projet comptait des représentants des Premières Nations, lesquels ont pu faire part d'expériences et de situations concernant les Premières Nations, les cérémonies et les soins de fin de vie dans le cadre de la formation offerte aux ambulanciers.

En général, les équipes ont mentionné que ces liens avaient été établis par l'entremise de groupes, de parties prenantes et de membres de leurs réseaux ou associations qu'elles connaissaient déjà, ce qui montre l'importance d'investir dans des relations solides.



EXEMPLES DE MISE EN ŒUVRE

Nouveau-Brunswick

Au Nouveau-Brunswick, on a collaboré avec une infirmière des Premières Nations ayant de l'expérience en enseignement afin d'élaborer une formation sur la compétence culturelle des Premières Nations. Des champions du personnel ont participé à la formation générale Kairos, dispensée par des membres des Premières Nations. En raison de leur participation, les membres de l'équipe de projet ont été invités à un prochain pow wow, ce qui dénote à quel point les responsables autochtones étaient désireux de leur enseigner et de leur faire découvrir leur culture.

Saskatchewan

L'équipe de la Saskatchewan a travaillé avec des conseillers autochtones et prévu d'élaborer du matériel éducatif en collaboration avec eux. Ils ont tenté ensemble de comprendre et de relever les défis liés au financement, dans les cas où les équipes pouvaient avoir recours à une approche palliative des soins lors de visites dans les réserves, mais où l'absence de transport à l'hôpital entraînait des coûts pour le patient et sa famille en raison des structures de financement. Les équipes procèdent à l'élaboration de projets pilotes qui permettront de relever les défis liés aux services de santé non assurés, lesquels entravent la prestation de soins palliatifs à domicile dans les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis.



Défis

La pandémie a restreint la mobilisation des collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis et constitué une grave menace pour les populations autochtones, dont certaines sont déjà victimes d'inégalités en matière de santé. Même si les équipes ont tenté de maintenir leur engagement envers la prestation de services aux communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis en améliorant la sensibilisation et la formation ainsi qu'en amorçant ou en encourageant des discussions préliminaires, force est d'admettre que la pandémie a sérieusement entravé les pratiques exemplaires visant l'établissement de relations réciproques et réfléchies. L'accès des équipes aux communautés autochtones a été restreint en raison des craintes de propagation du virus. En outre, les partenaires des Premières Nations, des Inuits et des Métis devaient prendre part prioritairement à la gestion stratégique de la pandémie et répondre aux besoins cliniques des communautés.

Prochaines étapes

Le projet collaboratif ne visait pas à renforcer la compétence culturelle des ambulanciers en général, compte tenu de l'engagement envers l'équité, la diversité et l'inclusion dans l'ensemble des services de santé et sociaux. Toutefois, cela dit, il reste du travail à faire pour assurer l'accès équitable des Premières Nations, des Inuits et des Métis aux soins palliatifs dispensés par les ambulanciers paramédicaux. Les progrès réalisés jusqu'ici ne marquent que l'amorce d'un dialogue réciproque entre les responsables des services et les communautés.

Les travaux futurs seront axés sur la tenue de conversations réfléchies et respectueuses, ce qui de toute évidence prendra beaucoup de temps et d'efforts. À compter de maintenant, les équipes continueront d'explorer des possibilités d'assurer la participation active des communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis afin de fournir des services appropriés répondant aux besoins spécifiques des diverses populations du Canada.



Idées et concepts de changement

À propos de cette section

Tout au long du projet collaboratif, les équipes ont pu miser sur des techniques de gestion du changement axées sur :

1. le contenu (le changement prévu);
2. les personnes touchées;
3. le processus (la planification du changement).

On a mis en place, à l'intention des personnes touchées par le projet, une « boîte à outils » élargie de ressources visant à faciliter l'adoption de nouvelles méthodes de travail, en insistant sur les parties prenantes, la communication, les compétences, l'état de préparation au changement et l'adoption du changement.

Les équipes se sont réunies fréquemment durant le projet collaboratif pour partager leurs expériences en lien avec la planification, l'élaboration et la mise en œuvre d'importants changements de processus et de culture au sein de leurs organisations. La section qui suit fait état de ces apprentissages et définit diverses ressources de la boîte à outils.

Table des matières

- Le gestionnaire de projet : un agent de changement 94
- Définir le changement 98
- Outils et ressources clés pour soutenir le changement102



Le gestionnaire de projet : un agent de changement

Les équipes du projet collaboratif ont reconnu l'importance et la valeur du temps consacré par les gestionnaires de projet pour soutenir efficacement le projet, gérer les relations, planifier et superviser les activités, cerner et atténuer les risques, coordonner leur équipe et lui permettre de se concentrer sur les priorités.

Les gestionnaires de projet de chaque administration ont également tenté de déterminer qui devrait faire partie de leur équipe de gestion de projet, en gardant à l'esprit que chaque équipe est différente et qu'il n'existe pas de combinaison idéale de compétences, chaque membre de l'équipe apportant de la valeur à l'ensemble. La taille d'une équipe de projet influait sur son fonctionnement.

Équipes plus petites

- Communications efficaces et facilité à établir des relations
- Moins de bureaucratie dans le processus décisionnel
- Davantage en mesure d'innover et de prendre des risques

Équipes plus grandes

- Expériences et perspectives plus diversifiées
- En mesure de partager la charge de travail et les tâches
- Meilleures ressources pour les grands projets
- Connaissances approfondies des projets

Les équipes et les gestionnaires de projet ont relevé des conseils pour réussir, notamment :

- cibler les outils de projet et les utiliser;
- déterminer quels outils conviennent le mieux à votre administration;
- recueillir et utiliser des données pour réviser et adapter le travail;
- établir de nouvelles relations et investir dans les relations existantes;
- continuer à apprendre;
- relever de nouveaux défis;
- évoluer en tant qu'équipe.



CONSEIL D'EXPERT Évitez de bâcler ces tâches

Assurez-vous de pouvoir compter sur des ressources humaines dévouées au projet (au moins un gestionnaire de projet ou un chef de projet à temps plein) pouvant agir en qualité de champions et d'agents de changement.



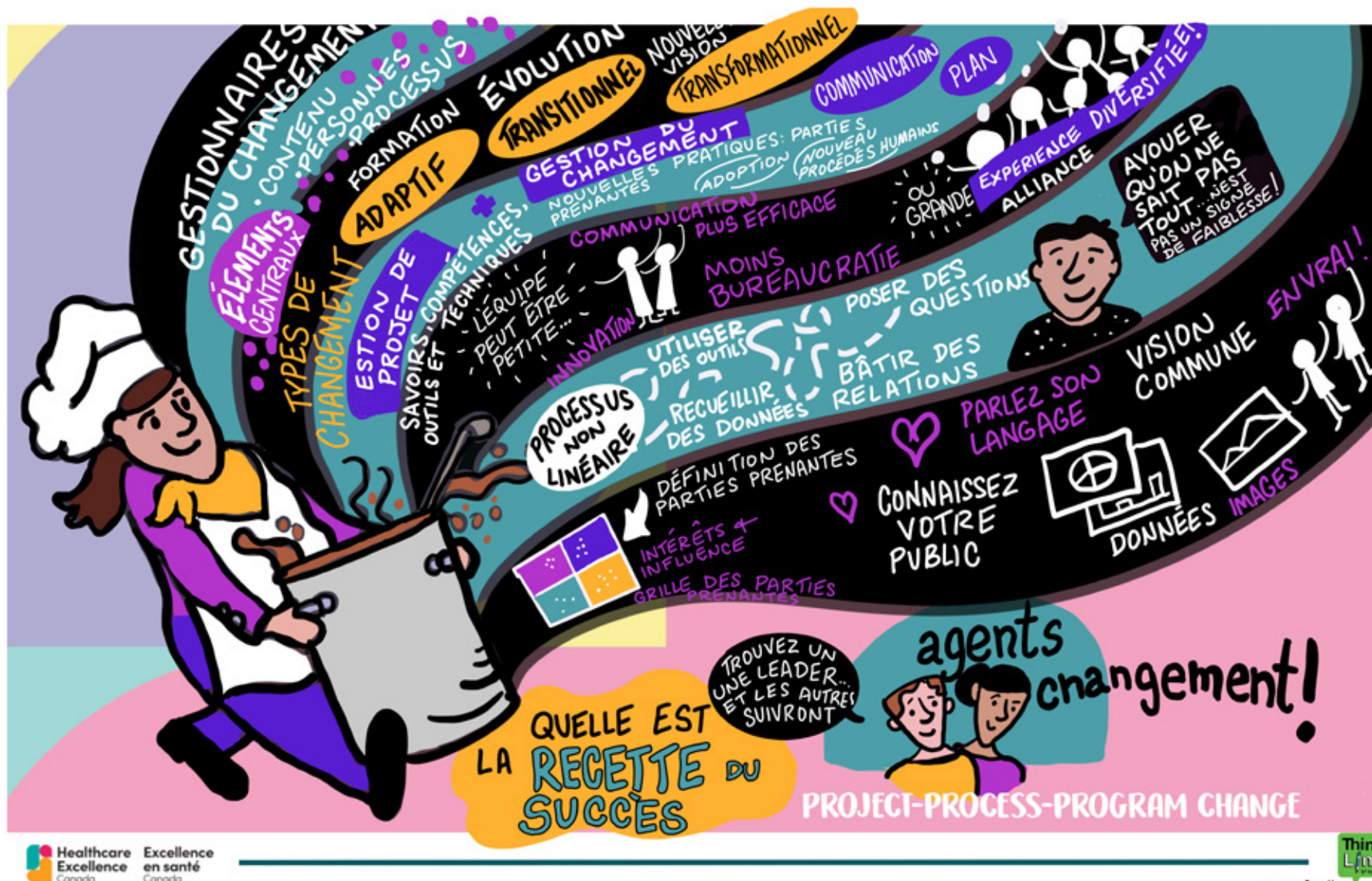
Même si les tâches et les activités de gestion de projet se sont révélées essentielles au succès de l'initiative, le travail du gestionnaire de projet au sein de chaque équipe du projet collaboratif portait en grande partie sur la gestion du changement, la direction du changement et la désignation d'agents de changement en vue de soutenir la mise en œuvre et le changement de culture. Voici les principaux apprentissages qui en ont été tirés :

- Assurez-vous de connaître votre public et adaptez votre message.
- Tenez compte de la culture des différentes organisations.
- Soyez visible et accessible.
- Présentez une vision claire du changement.
- Définissez et faites connaître l'état actuel et futur du changement proposé.
- Investissez continuellement du temps et des efforts dans la mobilisation des parties prenantes et vos communications avec eux.
- Cherchez des champions pour soutenir le mouvement.
- Faites preuve de souplesse et sachez vous adapter aux fluctuations constantes des objectifs.

Les deux enregistrements graphiques suivants résument les apprentissages et les stratégies utilisés par les gestionnaires de projet (les agents de changement) dans le cadre du projet collaboratif pour mettre en œuvre efficacement le programme dans leur administration, et soulignent notamment l'importance de miser sur le cœur et l'esprit des personnes touchées par le changement pour favoriser l'adhésion et le changement de culture.

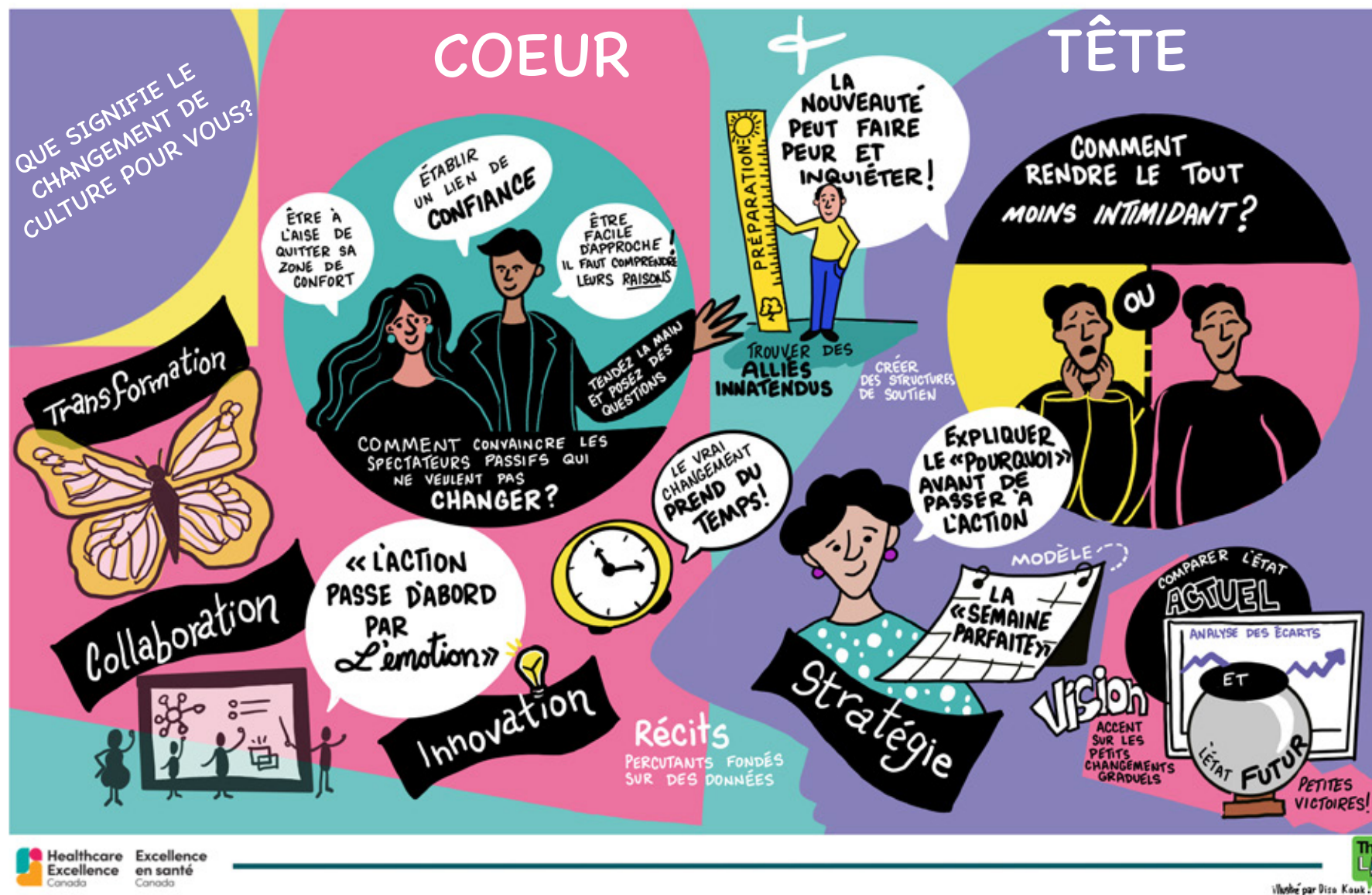


Le gestionnaire de projet : un agent de changement





Toucher les cœurs et les esprits : la clé du changement de culture

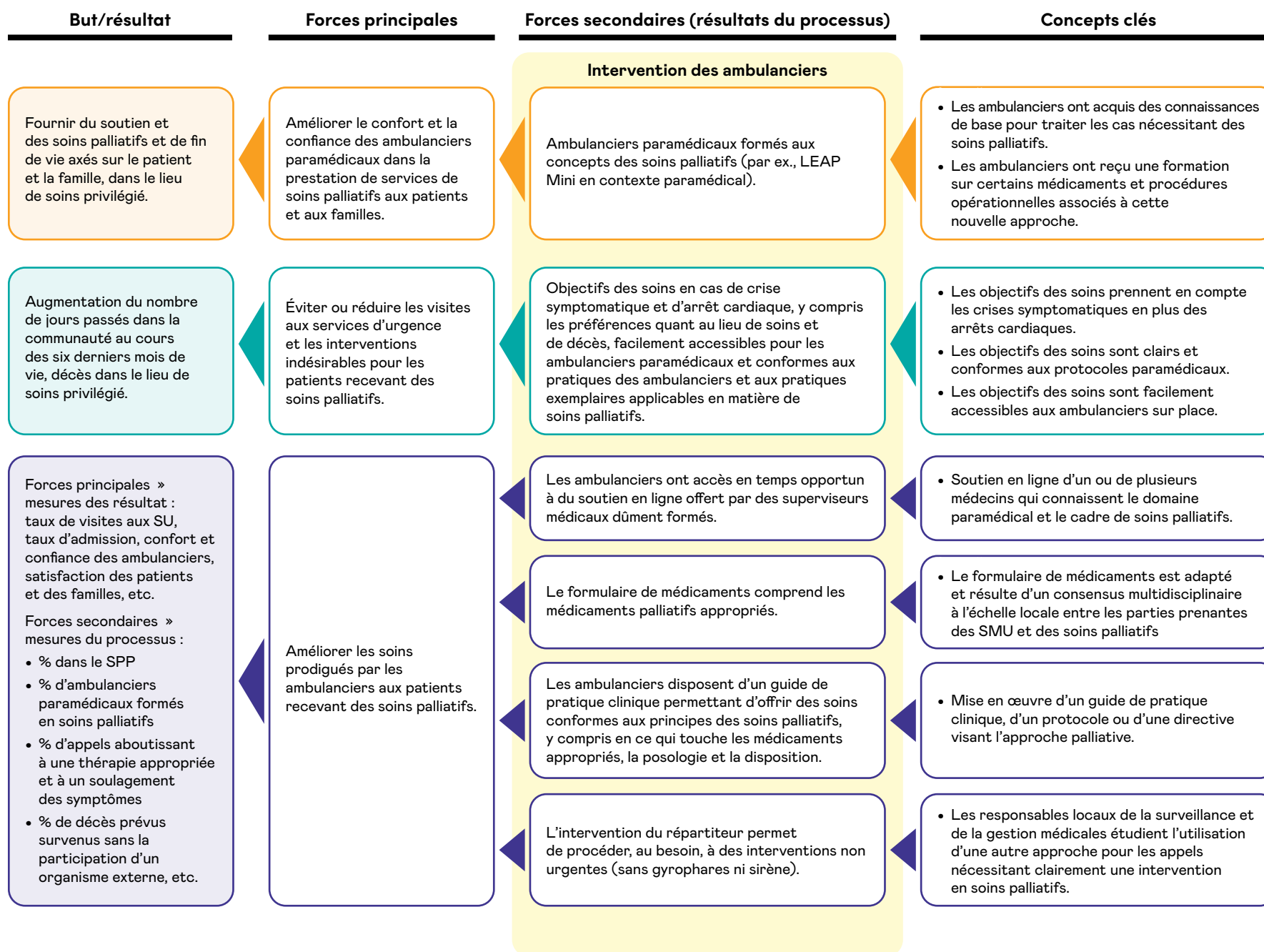


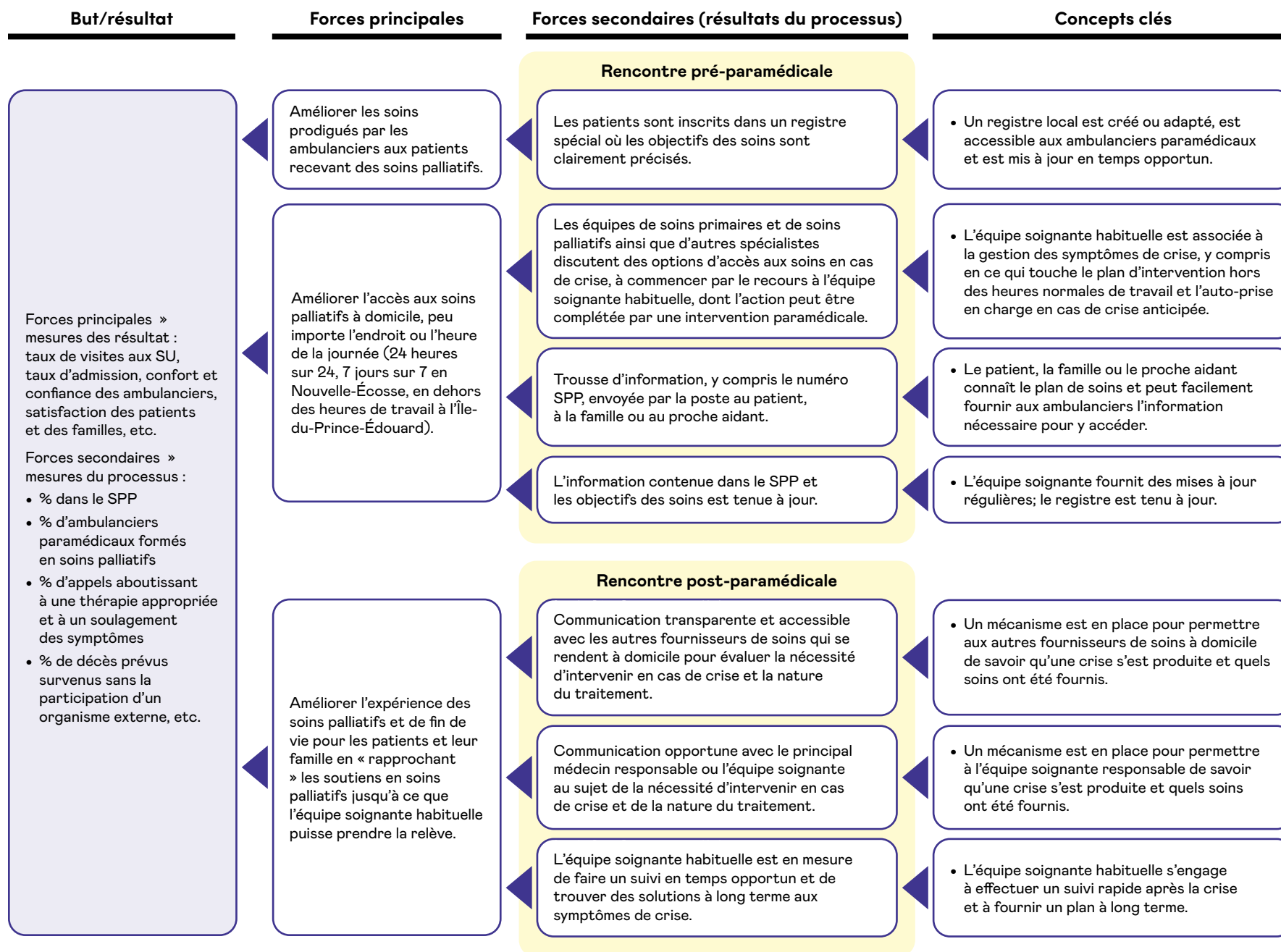


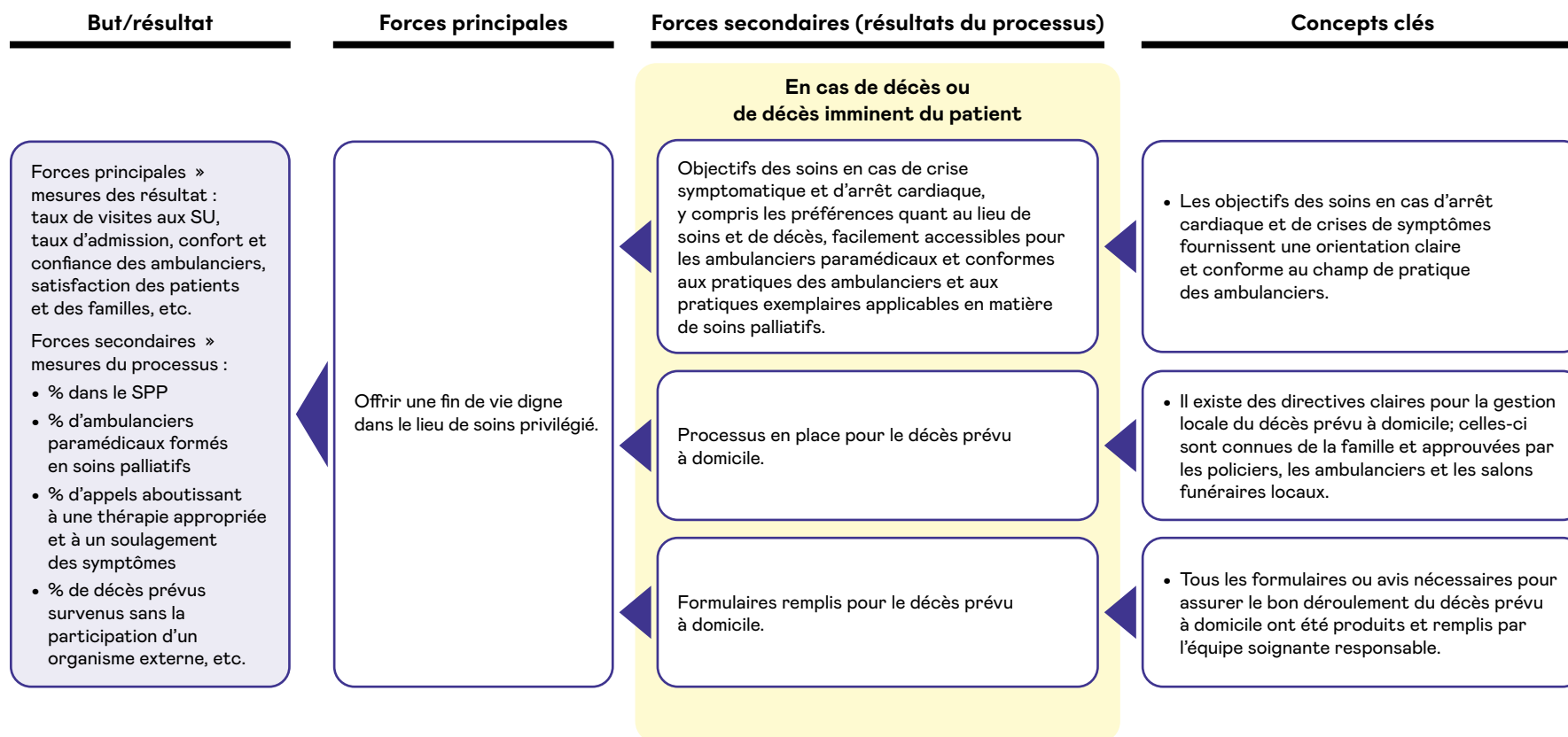
Définir le changement

Les équipes ont adopté divers outils pour soutenir le changement. Un diagramme de forces mobilisatrices est une représentation visuelle qui sert à montrer comment les idées de changement et les activités relatives au changement sont liées à l'objectif global d'amélioration. Les facteurs de haut niveau (appelés « forces principales ») qui doivent être pris en compte pour atteindre l'objectif ou le résultat global, de même que les projets et activités particulières qui doivent être réalisés (« forces secondaires » ou résultats du processus), sont clairement identifiés selon un ordre logique. Les diagrammes de forces mobilisatrices qui illustrent clairement en quoi les facteurs sont reliés peuvent constituer des outils de communication efficaces pour expliquer comment le changement se produira et peuvent servir de base à l'établissement d'un cadre d'évaluation.

Voici un exemple de diagramme de forces mobilisatrices tiré du Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.









Outils et ressources clés pour soutenir le changement

Les équipes du projet collaboratif ont utilisé divers outils et ressources pour soutenir les stratégies de gestion du changement et les efforts qu'elles déploient en vue d'améliorer les services de santé. Les ressources et outils d'innovation ci-dessous, accessibles à l'échelle locale, provinciale, territoriale, nationale et internationale, ont été réunis par ESC et pourront se révéler utiles à toute personne participant à l'amélioration des soins de santé.

Institute for Healthcare Improvement. Science of Improvement.
www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx

Institute for Health Improvement. How to Improve.
[How to Improve | IHI - Institute for Healthcare Improvement](http://HowtoImprove|IHI-InstituteforHealthcareImprovement)

International Association for Public Participation, 2018,
Spectrum : degré d'engagement du public de l'IPA2.
cdn.ymaws.com/www.iap2.org/resource/resmgr/pillars/Spectrum_8.5x11_Print.pdf

Kotter, J. The 4 Change Principles.
www.kotterinc.com/4-change-principles/

Kotter, J. The 8-step Process for Leading Change.
www.kotterinc.com/8-step-process-for-leading-change/

Policy Readiness Tool.
policyreadinesstool.com/en/

Introduction à l'amélioration de la qualité de la FCASS : Agir en partenariat avec les patients, les familles et les soignants pour une conception collaborative des soins.
www.cfhi-fcass.ca

Évaluation du degré de préparation à la réception de la FCASS.
www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/cfhi-readiness-to-receive-assessment-tool-f

Évaluation du degré de préparation à la diffusion de la FCASS.
www.cfhi-fcass.ca/docs/default-source/itr/tools-and-resources/cfhi-readiness-to-spread-assessment-tool-f

Outil d'analyse des intervenants (Stakeholder Analysis) de la NHS.
www.england.nhs.uk



Facteurs favorables et obstacles

À propos de cette section

La présente section décrit les facteurs favorables et les obstacles qui ont été prévus et auxquels ont fait face les administrations participant au projet collaboratif lorsqu'elles ont élaboré et mis en œuvre une approche palliative des soins pour les ambulanciers paramédicaux dans leurs services. Les répercussions et les solutions et exemples précis de chaque administration sur la façon de mettre le facteur favorable à profit ou de surmonter l'obstacle ont également été abordés. Une liste consolidée des hypothèses, obstacles et contraintes liés à l'élaboration et à la mise en œuvre du programme est également fournie.

Table des matières

- Facteurs favorables.....104
- Obstacles.....109
- Hypothèses, contraintes et relations de dépendance115



Facteurs favorables

D'autres administrations sont encouragées à examiner les facteurs favorables généraux du système de santé dans leur province, car les soins palliatifs et de fin de vie sont actuellement une priorité pour la plupart des systèmes de santé au Canada (et dans le monde). Il existe probablement des occasions de tirer parti d'autres travaux dans le domaine des soins palliatifs et de fin de vie qui peuvent déjà faire l'objet d'un engagement de la direction et qui sont intégrés aux plans opérationnels stratégiques.

Facteur favorable

Accent accru du système de santé sur les soins axés sur la personne, la famille et les proches aidants et évolution vers ceux-ci.

Impact

- Cohérence des soins fournis avec les souhaits et les attentes des personnes, des familles et des proches aidants. Cela correspond aux objectifs généraux des systèmes de soins de santé au Canada.
- Cohérence avec les plans généraux du système de santé visant à transférer les soins des établissements et des soins de courte durée à la collectivité si c'est possible

Exemples régionaux précis



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Saskatchewan**

Le programme est cohérent avec les travaux du College of Physicians and Surgeons of Saskatchewan visant à améliorer les soins palliatifs et de fin de vie. Il s'harmonise aussi avec l'engagement de la Régie de la santé de la Saskatchewan d'améliorer les soins de première ligne aux patients et la coordination des services de santé à l'échelle de la province.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Alberta**

Recommandation précise dans le rapport de Health Quality Council of Alberta (2012) visant à soutenir les patients et les familles pendant une crise symptomatique dans un lieu de soins privilégié.²¹ En gagement important du ministère de la Santé et des autorités sanitaires provinciales à l'égard des soins palliatifs et de fin de vie en général et cadre de gouvernance solide pour soutenir le projet comme l'une des 36 autres initiatives du cadre provincial des soins palliatifs. D'autres initiatives comme la création d'un site Web provincial sur les soins palliatifs (« guichet unique »), les travaux sur les politiques et procédures relatives aux décès prévus dans le milieu familial et l'élaboration d'une ressource médicale en soins palliatifs sur appel en tout temps ont complété l'élaboration du programme d'évaluation, de traitement et d'aiguillage.



Exemples régionaux précis (suite)



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE Ontario

Ce projet est cohérent avec les nouveaux modèles de soins aux patients pour certains patients souffrant d'une urgence médicale de type 9-1-1, comme en témoignent les modifications réglementaires et législatives mises à jour proclamées par le ministère de la Santé le 1^{er} novembre 2019. Ce projet est également cohérent avec les principaux documents stratégiques et fondamentaux, notamment :

- La Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action (décembre 2011), un cadre pluriannuel axé sur la collaboration et les parties prenantes visant à améliorer les soins palliatifs en milieu de soins palliatifs en Ontario;
- Le Rapport annuel 2014 du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario, qui soulignait la nécessité d'un système intégré et coordonné de prestation de soins palliatifs en Ontario;
- Le document Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (mai 2015), qui souligne l'engagement d'améliorer l'accès et l'équité aux soins palliatifs à domicile et dans la collectivité.
- Le Rapport des tables rondes provinciales sur les soins palliatifs et en fin de vie (mars 2016), qui explore les étapes importantes pour atteindre les objectifs fixés dans Priorité aux patients;
- Les Normes de qualité sur les soins palliatifs de Qualité des services de santé Ontario, qui informent les cliniciens et les organismes de ce à quoi des soins de santé de grande qualité ressemblent pour les adultes atteints d'une maladie progressive limitant l'espérance de vie, ainsi que pour leur famille et leurs proches aidants.

Facteur favorable

Accent local sur les soins palliatifs dans d'autres milieux de pratique

Répercussions

- Occasion de collaborer et d'apprendre de l'expérience et du travail de chacun.
- Bon nombre d'administrations ont déjà élaboré des travaux qui peuvent être mis à profit pour appuyer les travaux liés aux soins paramédicaux et aux soins palliatifs ou sont en voie de le faire (c.-à-d. la documentation des souhaits en matière de soins et de fin de vie/la planification préalable des soins/les objectifs des soins, les politiques et procédures sur le décès prévu à domicile, l'élaboration d'un cadre de compétences interprofessionnel en soins palliatifs).

Exemples régionaux précis



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE Saskatchewan

La planification et les objectifs de soins avancés obligatoires ainsi que la directive pour les prestataires de soins de santé sont en cours de mise en œuvre. Certaines équipes paramédicales communautaires collaboraient déjà avec les prestataires communautaires pour soutenir les patients qui reçoivent des soins palliatifs à domicile.



Facteur favorable

Travaux semblables en cours dans d'autres administrations et intérêt des autres provinces, du gouvernement et des hauts dirigeants de la santé

Répercussions

- Le travail simultané dans d'autres administrations a contribué à soutenir l'engagement des dirigeants.
- Les nouvelles administrations qui envisagent d'élaborer et de mettre en œuvre des données comptent trois provinces ayant plus de trois années de données (la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta), dont l'expérience du prestataire, du patient, de la famille et du proche aidant afin de confirmer que c'est la bonne chose à faire. Au moins sept autres administrations élaborent et mettent en œuvre actuellement des programmes partout au Canada.
- L'innovation peut être adaptée aux contextes locaux. Des exemples de partout au Canada confirment que les concepts et les éléments clés peuvent être mis en œuvre dans différentes administrations (modèles de service, taille, etc.).
- Un grand nombre de récits dans les médias et d'histoires à succès ont été préparés à ce jour.
- L'adoption d'une approche palliative des soins est également intégrée à la pratique dans d'autres pays (Royaume-Uni, Australie), et les connaissances ainsi que la reconnaissance qu'il s'agit d'un élargissement important et nécessaire de la pratique pour les ambulanciers paramédicaux augmentent.

Exemples régionaux précis



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Nouvelle-Écosse

L'ancienne ministre fédérale de la Santé, l'honorable Jane Philpott, a exprimé son appui à la diffusion de ce programme novateur lors d'une visite à Halifax en 2016. Une séance plénière sur les questions de fin de vie touchant les services paramédicaux en Amérique du Nord a été présentée à la réunion annuelle de la National Association of EMS Physicians. Au cours de cette séance, le programme de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard a été mis en lumière.

Facteur favorable

Les ambulanciers paramédicaux répondent déjà aux événements de soins palliatifs et de fin de vie. La prestation de soins appropriés fait partie des compétences et responsabilités des ambulanciers paramédicaux dans le PNCP.

Répercussions

- Il est établi que les ambulanciers paramédicaux intervenaient déjà dans ce type d'événements et qu'il existe un décalage entre les protocoles et les pratiques des ambulanciers paramédicaux (intégrés au transport) et les attentes des personnes, des familles et des proches aidants.
- Les ambulanciers paramédicaux doivent posséder des compétences en soins palliatifs (Profil national des compétences professionnelles, 6.1.m).
- De nombreuses compétences cliniques requises pour gérer des crises palliatives aiguës font partie des compétences des ambulanciers paramédicaux (par ex., les ambulanciers paramédicaux utilisent déjà des opioïdes dans leur pratique pour traiter la douleur aiguë, gérer des crises aiguës, etc.).



Facteur favorable

Détermination et soutien des travaux provinciaux supplémentaires liés aux interactions entre les patients en soins palliatifs et en fin de vie, les ambulanciers paramédicaux et les premiers répondants et la normalisation des processus.

Exemples régionaux précis



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Nouvelle-Écosse**

Ce projet a mis au jour des problèmes liés à l'absence de dossier de santé provincial, à l'accessibilité des documents de fin de vie, au processus de décès prévu à domicile et à des solutions provinciales qui ne faisaient pas partie initialement de la portée du projet.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Ontario**

Les nouveaux modèles de soins aux patients de l'Ontario pour certains patients nécessitant une intervention médicale d'urgence de type 9-1-1 sont appuyés par les modifications réglementaires et législatives mises à jour qui ont été proclamées le 1^{er} novembre 2019 par le ministère de la Santé.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Alberta**

Ce projet a permis de cerner d'autres domaines nécessitant des travaux supplémentaires pour mieux soutenir les patients en soins palliatifs et leur famille, y compris la formation sur la désignation des objectifs des soins pour les premiers répondants médicaux (incendie), la participation des ambulanciers paramédicaux à l'élaboration simultanée de politiques et de procédures sur les décès à domicile, l'élaboration de politiques et de procédures transitoires sur les décès traités par des services médicaux d'urgence, la participation des ambulanciers paramédicaux au cadre provincial d'aide médicale à mourir (AMM), l'élaboration de politiques et de procédures des SMU sur l'AMM (y compris l'enregistrement des événements communautaires d'AMM avec répartition) et des ajustements à la façon dont les policiers réagissent conjointement aux arrêts cardiaques et aux décès évidents.

Facteur favorable

Soutien national à la mise à l'échelle et à la diffusion

Répercussions

- Soutien du partenariat et de la FCASS (maintenant connue sous le nom d'ESC) pour mettre à l'échelle et diffuser ce travail dans le cadre de ce projet collaboratif de diffusion (2018-2022)
- Les administrations qui ont initialement mis en œuvre le programme continuent de mener des évaluations et de se consacrer aux ambulanciers paramédicaux et aux soins palliatifs.
- Certaines administrations qui n'ont pas été sélectionnées pour participer officiellement au projet collaboratif continuent d'élaborer et de mettre en œuvre des programmes destinés aux ambulanciers paramédicaux afin d'offrir une approche palliative des soins.



Facteur favorable

Pandémie de COVID-19 (depuis mars 2020)

Répercussions

- Le système de santé met fortement l'accent sur l'absence de transport et le traitement à domicile, s'il y a lieu, afin de limiter les répercussions sur les services d'urgence et les soins de courte durée.
- Dans de nombreuses administrations, la COVID-19 a accéléré la mise en œuvre de l'approche palliative des soins et d'autres traitements, en plus de la possibilité pour les ambulanciers paramédicaux d'aiguiller des patients.
- Aggravation des inégalités du système pour les patients vulnérables, mettant en lumière les populations (isolées, fragiles, âgées, et les résidents d'établissements de soins de longue durée) qui pourraient bénéficier d'une approche palliative des soins et du traitement sur place.
- La nouvelle formation et la formation d'appoint sont désormais dispensées en ligne dans l'ensemble du système pour communiquer des mises à jour détaillées sur les procédures et protocoles cliniques, les procédures de contrôle des infections et d'équipement de protection individuelle (ÉPI) et les lignes directrices en matière de transport et d'absence de transport. Certaines administrations ont également commencé à dispenser leur formation sur les soins palliatifs en ligne pendant cette période.

Exemples régionaux précis



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Terre-Neuve-et-Labrador

D'autres facteurs de stress liés à la COVID-19 sur le système de services médicaux d'urgence et le désir d'adopter des approches nouvelles et novatrices en matière de soins ont motivé la création du poste de PSA-C (un seul ambulancier paramédical spécialisé en soins avancés qui agit à titre de ressource principale pour la plupart des événements palliatifs et soutient les équipes de PSP).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Ontario

En raison de la COVID-19, toute la formation a été adaptée en modules en ligne pour préserver la capacité de former le personnel actuel et le nouveau personnel. Elle servira aussi de formation d'appoint à l'avenir.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Saskatchewan

En raison de la COVID-19, les demandes de soutien en soins palliatifs à domicile, sans transport, ont considérablement augmenté.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Colombie-Britannique

La COVID-19 a accéléré la mise en œuvre de la voie ASTaR à l'échelle de la province.



Obstacles

Plusieurs obstacles étaient attendus et ont été rencontrés lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet. Ces obstacles sont indiqués dans les pages qui suivent. Celles-ci comportent également un résumé des solutions ou des « solutions de rechange » et des exemples précis des administrations où l'obstacle était pertinent.

Obstacle

Données administratives/au niveau de la population – décalage entre les données et les statistiques de l'état civil (questions difficiles concernant le lieu des soins et le lieu du décès)

Solutions

- Peut nécessiter beaucoup de temps administratif ou un processus parallèle pour la collecte manuelle des données (envisager le recours à du personnel « en service réduit » pour faciliter les tâches administratives).
- Peut être hors de la portée de l'évaluation initiale du projet (en raison du retard dans les données). Possibilités d'examiner d'autres fonds de soutien et de recherche comme composante distincte du projet.
- Étudier les possibilités de s'associer au milieu universitaire dans le cadre d'un projet d'évaluation ou de recherche précis entre les services paramédicaux et les soins palliatifs.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Terre-Neuve-et-Labrador**

Le personnel du programme a fait appel à des ambulanciers paramédicaux en service réduit (limitation temporaire, incapacité de travailler en première ligne de soins aux patients) pour alléger le lourd fardeau administratif lié à la confirmation de la date de décès du patient.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Nouvelle-Écosse**

L'équipe a depuis reçu une subvention des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) pour explorer ce sujet au cours des deux prochaines années (impossible au départ dans le cadre du projet initial).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Alberta**

Beaucoup de temps administratif et collaboration avec les représentants des zones de soins continus pour remplacer les données sur le lieu des soins (à domicile, centre d'hébergement ou établissement), la date du décès et le lieu du décès aux fins d'évaluation. Cela a été fait manuellement. Les représentants de zone et le chef de programme ont examiné les dossiers et les notes sur les services à domicile, les dossiers sur les soins aux patients des services médicaux d'urgence et les dossiers des services d'urgence (NETCARE) concernant les patients et les événements connus dans le cadre du programme (données révisées tous les trimestres pour remplacer la date et le lieu du décès; les patients toujours en vie sont reportés au trimestre suivant).



Obstacle

Coût des études et de la formation

Solutions

- Il n'existait aucune formation sur les soins palliatifs destinée aux ambulanciers paramédicaux en soins palliatifs avant ce programme (formation d'entrée en pratique ou formation continue).
- La formation est essentielle pour opérer le changement de culture chez les ambulanciers paramédicaux et leur permettre de s'acquitter de leurs tâches de prestataire de soins de santé de manière intégrée.
- Il s'agit d'un facteur important pour obtenir l'adhésion de la communauté des soins palliatifs.
- On suggère d'obtenir tôt l'adhésion à la formation du personnel (y compris l'engagement de financement) et d'essayer de mettre en œuvre la formation avec ou avant le lancement du programme.
- Envisager la mise en œuvre progressive de la formation (tout au long des années budgétaires) et des partenariats avec les établissements d'enseignement et les organismes de réglementation pour intégrer la formation aux cadres de formation continue et aux normes des programmes de formation.
- Envisager d'intégrer la formation à celle des nouveaux employés.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Terre-Neuve-et-Labrador

La moitié de la main-d'œuvre a reçu une formation clinique en soins palliatifs avant le lancement du programme. Ces employés ont été affectés en priorité aux événements connus de soins palliatifs pendant que le reste des effectifs suivait la formation. La Régie régionale de la santé prévoit couvrir les coûts de formation du personnel employé par les exploitants d'ambulances privés pour encourager l'expansion du programme provincial et la participation à celui-ci.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Ontario

Un programme interne d'une journée en personne a initialement été élaboré. Plus de 750 ambulanciers paramédicaux ont reçu la formation. De plus, 1 000 ambulanciers paramédicaux supplémentaires ont été formés à l'aide d'une version en ligne du même programme. Des discussions de suivi en personne sont prévues pour confirmer leurs connaissances acquises lors de la formation. La trousse de formation en ligne a été transmise aux administrateurs des programmes collégiaux afin d'être intégrée aux programmes paramédicaux à l'avenir.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Saskatchewan

Une formation propre à la Saskatchewan pouvant être donnée en ligne ou en présentiel a été élaborée et est offerte gratuitement à tous les fournisseurs. Ce cours sera également ajouté au processus d'intégration obligatoire des nouveaux employés. Le programme LEAP Paramédical a été ajouté au cursus des PSA de l'école polytechnique de la Saskatchewan à compter de septembre 2021 pour s'assurer que les nouveaux diplômés entrant sur le marché du travail ont reçu une formation sur les approches en soins palliatifs.



Obstacle

Prestataires et services de remplacement.

Solutions

- Au départ, d'autres prestataires de soins à domicile craignaient que ce soit un remplacement d'autres services.
- Le programme a été élaboré grâce à la participation active des groupes de travail et des comités des services à domicile et des soins de longue durée.
- Nous avons mené de vastes activités de transfert et d'échange de connaissances en personne et en ligne et avons mobilisé des pairs champions au sein des services (principalement des soins infirmiers à domicile).
- Des liens étroits ont été établis entre les membres du personnel du programme (chef de projet, partenaires en santé communautaire et partenaires en soins palliatifs). Ceux-ci se réunissaient souvent chaque semaine pour répondre à des préoccupations particulières.
- Dans les administrations où il a été mis en œuvre, le programme est considéré comme très profitable et collaboratif. Il relie les soins aux patients pendant la crise symptomatique. La rétroaction dominante de ces services a évolué vers une collaboration plutôt positive.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Terre-Neuve-et-Labrador

Des groupes de discussion ont eu lieu avec les infirmières communautaires dans le cadre d'une initiative d'amélioration continue de la qualité (ACQ). Les renseignements recueillis lors d'entrevues de groupe semi-structurées ont éclairé les changements apportés à la conception du programme. De plus, une infirmière de l'équipe des soins palliatifs paramédicaux a animé des conversations avec d'autres infirmières de la région. Les membres du personnel infirmier ont déclaré qu'ils se sentaient en sécurité lorsqu'ils partageaient leurs préoccupations avec une infirmière championne. Ils ont ajouté qu'ils estimaient que la possibilité d'une infirmière (qui comprend la portée de la pratique des soins infirmiers dans la collectivité) discute de la façon dont la portée et les compétences des ambulanciers paramédicaux pourraient compléter leur pratique était essentielle à l'adhésion.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Alberta

Au début du processus d'engagement des parties prenantes, les données des services médicaux d'urgence ont été appariées aux données sur la charge de travail en soins palliatifs. Ce processus visait à établir des cas selon lesquels les ambulanciers paramédicaux voyaient déjà ces patients pendant une crise symptomatique, les transportaient souvent au service d'urgence alors qu'ils pouvaient être pris en charge à domicile avec accès à des médicaments urgents (par l'intermédiaire des ambulanciers paramédicaux) et bénéficier d'un suivi et d'une collaboration avec les prestataires de soins primaires et de soins continus. Il a été démontré que le temps consacré à la tâche était moindre lorsque le patient était traité à la maison que lorsqu'il était transféré à l'hôpital.



Obstacle

Aisance relative au processus de traitement et de congé.

Solutions

- L'approche de traitement et de congé est relativement nouvelle pour la médecine paramédicale. Le degré d'aisance et d'expérience de la pratique varie d'une administration à l'autre. Par conséquent, les ambulanciers paramédicaux, les dirigeants et les autres prestataires de soins de santé devraient être à l'aise avec cette pratique.
- Le désir des ambulanciers paramédicaux d'opter pour des voies différentes (autres que le transport vers les SU) continue d'augmenter.
- L'aisance du système de santé à l'égard du traitement et du congé par les ambulanciers paramédicaux, de la médecine paramédicale communautaire et des collaborations entre les services paramédicaux et les soins communautaires et primaires partout au Canada continue d'appuyer l'état d'esprit selon lequel les ambulanciers paramédicaux ont un rôle important à jouer dans le soutien des traitements dans la collectivité (plutôt que le transport par défaut vers les services d'urgence).
- Les réussites initiales ont été mises à profit à partir des sites pilotes dans le cadre de programmes utilisant une approche progressive d'élaboration et de mise en œuvre.
- Le partage des expériences des patients et des familles s'est révélé bénéfique, soulignant l'incidence des ambulanciers paramédicaux sur la prestation de ce type de soins.
- Il importe de souligner les soutiens non pharmacologiques pour aider les ambulanciers de soins primaires dont le champ d'exercice est plus limité et qui ne peuvent pas administrer tous les médicaments disponibles pour soulager les symptômes.
- La participation active des organismes de réglementation paramédicaux ainsi que l'élaboration et l'approbation des protocoles de soins palliatifs et d'aiguillage ont contribué à l'acceptation par les ambulanciers paramédicaux de première ligne.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Terre-Neuve-et-Labrador**

À la suite des commentaires formulés par les ambulanciers paramédicaux, les journées de formation ont été conçues en consultation avec l'équipe des soins palliatifs pour atténuer le manque d'aisance (par ex., urgences palliatives et administration des médicaments).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Alberta**

Les processus antérieurs d'évaluation, de traitement et de congé qui existent déjà (hypoglycémie résolue et tachycardie supraventriculaire résolue) et un taux provincial d'absence de transport d'environ 30 % en raison des refus de soins ont contribué à dissiper les pensées concernant l'état actuel selon lequel tous les appels au 9-1-1 se terminent par le transport vers les urgences. Un examen approfondi et un suivi de chaque appel pendant un an au cours de la première phase ont démontré la sécurité, la satisfaction et l'efficacité.



Obstacle

Ajustement des soins palliatifs à l'identité professionnelle des ambulanciers paramédicaux.

Solutions

- La plupart des ambulanciers paramédicaux ont indiqué qu'ils prodiguaient déjà des soins à cette population de patients, mais qu'ils les transportaient à l'hôpital plutôt que de fournir du soutien à domicile.
- Une minorité d'ambulanciers paramédicaux ont répondu que ce n'était pas ce qu'ils avaient imaginé comme identité professionnelle. Comme la culture de la médecine paramédicale évolue et que les pairs sont des champions, ce sera de moins en moins répandu. En outre, la grande majorité d'entre eux se disent très satisfaits de ce rôle.
- Tirer parti des ambulanciers paramédicaux disposés à parler de leur expérience positive en matière de prestation de soins palliatifs et de fin de vie pour influencer leurs pairs (présentations en cours de service/tournées, conférences, contenu promotionnel en ligne, etc.).
- L'expansion du travail de soins paramédicaux communautaires et de santé intégrée mobile continue de faciliter la transition vers le traitement sur place.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Terre-Neuve-et-Labrador

Des efforts particuliers ont été déployés pour mettre en contact les ambulanciers paramédicaux de première ligne avec les membres des autres équipes de soins de santé. Cette démarche visait également à leur donner les outils nécessaires pour organiser et coordonner les soins de suivi. Par conséquent, les ambulanciers paramédicaux ont également été amenés à faire partie de l'équipe interdisciplinaire communautaire, éliminant ainsi les cloisonnements qu'ils ressentaient autrefois.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Nouvelle-Écosse

L'équipe de la Nouvelle-Écosse est en train d'examiner la pertinence de la désignation professionnelle dans les travaux de recherche à venir.



Obstacle

Surtout l'effectif des ambulanciers paramédicaux de soins primaires.

Solutions

- De nombreux appels concernent le soutien psychosocial, la navigation dans le système et la connexion aux ressources communautaires qui ne nécessitent pas un champ d'exercice avancé (il s'agissait d'une constatation constante des administrations initiales [la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta] et continuent de se confirmer, le programme ayant pris de l'ampleur).
- Les traitements et les services offerts à toutes les populations ainsi que les présentations varient selon la géographie et la prestation des services de santé au Canada. Les soins palliatifs ne sont pas différents.
- Les prestataires de soins de tous les niveaux (des bénévoles aux spécialistes en soins palliatifs) peuvent soutenir les personnes, les familles et leurs proches aidants grâce à une approche axée sur les soins palliatifs. Avant cette initiative, les ambulanciers paramédicaux ne fournissaient pas de soins palliatifs appropriés (peu importe le champ d'exercice).

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Terre-Neuve-et-Labrador**

Un modèle pilote conçu pour la mise à l'échelle et la diffusion a eu recours à un seul ambulancier paramédical en soins avancés dans un véhicule non spécialisé dans les urgences pour fournir des soins de jour aux patients du programme. Les ambulances d'urgence sont toujours utilisées pour fournir des soins durant la journée dans les situations qui nécessitent une intervention d'urgence, les cas où de multiples appels de soins palliatifs surviennent en même temps et pendant la nuit. Ce modèle complète les régions où l'on retrouve principalement des ambulanciers paramédicaux de soins primaires.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Nouveau-Brunswick**

L'ondansétron et le kétorolac ont été ajoutés au champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux de soins primaires du Nouveau-Brunswick pour utilisation dans le cadre du programme.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Colombie-Britannique**

Un essai parallèle de gestion de la douleur (administration d'entonox ou de kétamine) pour les ambulanciers paramédicaux de soins primaires qui ne sont pas en mesure d'administrer des opioïdes est en cours.



Hypothèses, contraintes et relations de dépendance

Peu importe le modèle de mise en œuvre, il existait plusieurs hypothèses, contraintes et relations de dépendance.

Hypothèses

- Les personnes, les familles et les proches aidants choisissent d'utiliser le programme en recevant des soins tout en demeurant dans la collectivité.
- Les personnes qui doivent être transportées à l'urgence continueront de l'être.
- Diminution globale du recours aux soins de courte durée en raison d'une diminution du nombre de visites au service d'urgence.
- Réduction potentielle du fardeau imposé aux établissements de soins de santé secondaires.
- Augmentation du nombre d'heures de disponibilité des unités paramédicales en raison de la réduction du temps passé en soins actifs ou en milieu hospitalier.
- Un financement permanent sera disponible pour appuyer le programme.
- L'organisation accepte cette initiative ou ce programme et y participe.
- Les prestataires de soins palliatifs communautaires ont accès au programme.
- Les soins fournis répondent aux besoins du patient.
- Des critères établis permettront d'identifier plus rapidement les clients qui bénéficieraient d'une approche palliative des soins, amélioreront la qualité de vie et l'accès aux services.

Contraintes

- Difficulté de mise en œuvre dans les régions rurales peu peuplées où la couverture pose problème en raison du nombre limité d'ambulanciers paramédicaux et de prestataires communautaires.
- Les capacités en soins à domicile varient en fonction du nombre d'infirmières généralistes ou spécialisées en soins palliatifs, ce qui pourrait limiter la mise en œuvre.
- Les capacités des services paramédicaux varient en fonction de leur aptitude à prodiguer des soins immédiats en réanimation (SIR) et des soins préhospitaliers avancés (SPA).
- L'accès à des pharmacies en tout temps n'est pas possible partout dans la province.
- Répercussions financières liées à la distribution de produits pharmaceutiques directement au patient.
- La charge de travail des médecins offrant des SMU en ligne ou des médecins qui prodiguent des soins palliatifs augmentera.
- Nombre limité de cliniciens communautaires sur appel dans certaines régions rurales le soir et la nuit.
- Les consultations médicales et l'accès à des consultations médicales en ligne ne sont pas toujours offerts partout dans la province.



Relations de dépendance

La conception et la mise en œuvre réussies dépendent des éléments suivants :

- Engagement des personnes, des familles et des proches aidants qui souhaitent améliorer les soins palliatifs et l'expérience paramédicale pour les autres.
- Soutien à la gestion opérationnelle (services paramédicaux et partenaires communautaires en soins palliatifs); efforts de mise en œuvre et de pérennité du projet.
- Parrainage et soutien continu de la haute direction et des dirigeants.
- Disponibilité des ressources humaines pour effectuer le travail.
- Connaissances des ambulanciers paramédicaux et aisance quant à l'exécution du travail et au changement de culture.
- Présence de champions pour faire la promotion du programme et opérer le changement de la culture actuelle axée uniquement sur l'intervention d'urgence et le transport.
- Allocation d'un budget approprié (y compris les problèmes de financement des médicaments), affectation des ressources et mise en œuvre en temps opportun des stratégies de gestion du changement.
- Soutien technique continu.
- Effectif approprié en place pour réaliser le travail nécessaire.
- Soutien des médecins (médecins de premier recours/de famille, médecins des services paramédicaux/direction médicale, médecins en soins palliatifs).



Évaluation et pérennité

À propos de cette section

Cette section comprend des renseignements sur l'évaluation du programme ainsi que sur la planification et les activités liées à la pérennité. La section sur l'évaluation comprend des éléments à considérer pour évaluer un nouveau programme, la collecte de données pour les activités continues d'assurance et d'amélioration de la qualité et la possibilité d'effectuer des recherches et de publier. Cette section décrit en outre brièvement les points à considérer pour l'application des connaissances et présente quelques conclusions générales provisoires découlant de la mise en œuvre du programme.

Remarque : En raison des différences dans les délais de mise en œuvre des administrations participantes et du calendrier de publication du présent document, seules les conclusions générales provisoires sont incluses ici. La collecte des données demeure pour plusieurs équipes du projet collaboratif (jusqu'en 2023) et les activités d'évaluation se poursuivent. Les résultats finaux de l'évaluation seront disponibles ultérieurement.

La section sur la pérennité résume les éléments à considérer et fournit des exemples précis d'activités réalisées par les administrations participantes qui appuieront la pérennité du programme une fois le projet collaboratif terminé. À la fin de cette section, trois éléments visuels résument les apprentissages et les stratégies dont se servent les équipes relativement à la planification de la pérennité du programme.

Table des matières

• Collecte et évaluation des données	118
• Évaluation d'un nouveau programme	118
• Collecte de données pour assurer et améliorer continuellement la qualité	121
• Programmes de recherche continus.....	122
• Partage de vos conclusions – Application des connaissances.....	123
• Accès aux données et partage de vos conclusions – planification et évaluation du programme par rapport à la recherche	124
• Principales conclusions	125
• Pérennité.....	128
• Rétrospective et planification.....	136



Collecte et évaluation des données

Le concept de collecte et d'évaluation des données est très vaste. Cette section vise à décrire les trois principales façons dont les données ont été ou pourraient être recueillies au sujet du programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs :

1. Évaluation d'un nouveau programme.
2. Collecte de données pour assurer et améliorer continuellement la qualité.
3. Collecte de données supplémentaires pour publication possible.

Les règles concernant l'accès aux données aux fins d'évaluation et de publication seront également abordées.

Évaluation d'un nouveau programme

Les sites d'innovation et les équipes du projet collaboratif ont évalué leurs programmes nouvellement lancés. Selon les principes généraux de mise en œuvre du programme, la réalisation d'une évaluation à court terme (par ex., première année) de certains résultats clés est conforme aux pratiques exemplaires. Il importera d'en faire part aux parties prenantes externes, aux bailleurs de fonds ou aux commanditaires ainsi qu'à vos propres parties prenantes internes (par ex., les ambulanciers paramédicaux et les équipes de soins palliatifs), de s'assurer que le programme a été lancé comme prévu et d'apporter les correctifs nécessaires. La meilleure pratique consisterait également en ce qui suit :

1. Planifier cette collecte de données dans le cadre de votre conception de mise en œuvre, de manière à rendre possible la collecte de données ou à établir des processus de collecte;
2. Recueillir des données de base (avant le lancement) à des fins de comparaison.

Certains des outils de collecte de données ou des éléments sélectionnés pour l'évaluation pourraient exiger beaucoup de main-d'œuvre à cette étape. Il peut s'agir par exemple d'entrevues ou de sondages auprès des patients et des familles, d'un examen complet de chaque dossier et d'un suivi direct auprès des ambulanciers paramédicaux impliqués dans les cas. Ce pourrait être en outre un couplage avec d'autres bases de données comme les statistiques de l'état civil pour déterminer l'utilisation du service et du nombre de jours passés à la maison ou à l'hôpital dans les derniers mois de vie. Ces points de données sont essentiels pour comprendre la première phase de votre programme et peuvent être atténués aux phases ultérieures pour appuyer l'assurance de la qualité à long terme.



ENGAGEMENT DES PERSONNES,
DES FAMILLES ET DES
PROCHES AIDANTS

La confidentialité et la sécurité des données sont essentielles

Les personnes, les familles et les proches aidants sont habituellement assez ouverts au partage des données aux fins d'amélioration des programmes et de la qualité, surtout si le partage se fait en tout respect et améliore la qualité de vie d'autrui. Ce qui importe pour les personnes, les familles et les proches aidants, c'est de savoir que leurs renseignements personnels sur la santé sont protégés et sécurisés. Assurez-vous de connaître les lois sur la protection des renseignements personnels en vigueur dans votre administration ainsi que les exigences en matière de consentement à la recherche lorsque vous demandez aux gens la permission d'utiliser leurs renseignements ou données liés à leurs expériences de soins. Les statistiques sommaires ou agrégées, comme le nombre d'appels, peuvent souvent être communiquées à large échelle sans consentement, à condition que l'information ne puisse pas être reliée à des personnes.



La capacité d'effectuer divers aspects de la collecte et de l'évaluation des données dépendra de plusieurs éléments de votre système local, comme le type d'entrepôt de données dont vous disposez – électronique ou papier, système unique ou fournisseurs multiples, etc. Cela permettra de déterminer la disponibilité des données et la façon d'y accéder et peut influencer sur la portée de votre évaluation. La collecte et l'évaluation des données dépendront également de votre capacité interne à effectuer ce type de travail – statistiques/méthodologie/entrevues/analyse de données quantitatives et qualitatives. Pour certains, il serait peut-être préférable d'impartir une partie du travail pour s'assurer qu'il est bien fait.

Les données peuvent aider à justifier le programme et à brosser le tableau des répercussions. La collecte d'éléments de données semblables à ceux d'autres sites permettra de mieux comprendre le rendement du programme dans divers contextes. Cela peut se révéler important pour les décideurs qui examinent la valeur de la diffusion et de la mise à l'échelle, et essentiel pour éclairer votre pratique locale.

Pour l'évaluation du projet initial ou de la phase de mise en œuvre, la collecte des données a porté sur trois volets :

1. Les ambulanciers paramédicaux;
2. Le système de santé d'urgence;
3. Les patients/familles.

Un ensemble minimal de données comprenant huit principaux indicateurs de performance a été établi au début du projet collaboratif.

En raison des différences dans les délais de mise en œuvre des administrations participantes, des indicateurs ont été recueillis au cours de multiples cycles de collecte des données à compter de 2020. La collecte des données demeure pour plusieurs équipes du projet collaboratif (jusqu'en 2023) et les activités d'évaluation se poursuivent.

Formation en soins palliatifs et expériences des prestataires de soins de santé

1. Connaissance des ambulanciers paramédicaux pour dispenser des soins palliatifs.
2. Participation à la formation.
3. Satisfaction des ambulanciers paramédicaux et expérience de la prestation de soins palliatifs.

Système de santé d'urgence (appels 9-1-1)

4. Appels en soins palliatifs
 - a) Parmi les patients inscrits.
 - b) Parmi les patients non inscrits.
5. Transport vers l'hôpital.
6. Temps total consacré aux appels parmi les appels qui :
 - a) Amélioration du problème énoncé.
 - b) Satisfaction des patients et des familles.

Expérience du patient et de sa famille

7. Amélioration du problème énoncé.
8. Satisfaction des patients et des familles.



Le tableau suivant illustre comment les divers éléments de données ont été recueillis par les administrations participantes. La façon dont les données ont été recueillies a été fortement influencée par les facteurs du système actuel, comme la présence ou l'absence d'un dossier électronique sur les soins aux patients, la présence ou l'absence d'entrepôts de données et la capacité des ressources humaines locales d'extraire des données.

Province	Expérience du patient/ de la famille	Expérience des ambulanciers paramédicaux	Indicateurs d'appel (temps consacré à la tâche, transport O/N)
Terre-Neuve-et-Labrador	Sondage téléphonique	Sondages	Requête électronique
Nouvelle-Écosse	Entrevues et sondages	Sondages	Requête électronique
Île-du-Prince-Édouard	Entrevues et sondages	Sondages	Saisie manuelle des données
Nouveau-Brunswick	Sondage	Sondages	Saisie manuelle des données
IRHO, Ontario	Sondage	Sondages	Requête électronique
York, Ontario	Sondage	Sondages	Requête électronique
Manitoba	Entrevues et sondages	Sondages	Requête électronique
Saskatchewan	Sondage	Sondages	Saisie manuelle des données
Alberta	Sondages (phase 1), sondage téléphonique et entrevues (phase 2)	Sondages	Requête électronique
Colombie-Britannique	Sondage	Sondages	Requête électronique



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Des exemples de cadres et d'outils d'évaluation qui peuvent être partagés publiquement sont conservés dans le [répertoire en ligne](#). Des documents supplémentaires peuvent être fournis sur demande (en s'adressant directement aux administrations participantes).



CONSEIL D'EXPERT

Tenez compte des ressources nécessaires

Tenez toujours compte du fardeau que représente la collecte de données pour les ressources humaines. Bien que des ressources (financières et humaines) puissent être accordées pour la collecte des données lors des premières phases du programme (c.-à-d. d'élaboration, de mise en œuvre et d'évaluation) il pourrait devenir impossible de maintenir la collecte des mêmes données de façon continue. Dans la plupart des administrations, les travaux relatifs à la collecte de données et à l'assurance de la qualité ont été en grande partie effectués manuellement (incluant l'examen de chaque événement de soins palliatifs confirmé et possible).



Collecte de données pour assurer et améliorer continuellement la qualité

Une partie du plan de mise en œuvre devrait également comprendre la création d'un modèle et d'une infrastructure pour l'amélioration continue de la qualité (ACQ) qui se poursuivra après la fin de l'étape du « projet » et une fois que le programme fera partie des activités normales. Il est essentiel d'élaborer un cadre pérenne sur la qualité des éléments de données qui seront continuellement mesurés et déclarés et d'établir les différences pertinentes. Comme nous l'avons déjà mentionné, il pourrait être impossible de continuer à recueillir les mêmes données que lors de votre évaluation initiale. Toutefois, des indicateurs de performance clés se révéleront utiles aux dirigeants, comme le nombre de transports et le temps consacré à la tâche. La haute direction ou les parties prenantes principales comme le ministère de la Santé, les autorités sanitaires, les directeurs médicaux ainsi que les équipes de soins palliatifs auront besoin de l'assurance qu'il n'y a aucun préjudice, incident évité de justesse ou résultat négatif et que les préoccupations font l'objet d'un suivi et sont résolues. Si vous prévoyez que ce groupe pourrait soulever des préoccupations particulières, vous pouvez recueillir des données appropriées pour y répondre de façon proactive.

Les dirigeants du programme auront également besoin de données pour continuer à peaufiner et à améliorer le programme. Cette étape de la collecte et de l'évaluation des données doit être pérenne. Toute équipe améliorée initialement pour la mise en œuvre sera probablement dissoute dans le cadre de cette étape. Les ressources internes en matière d'ACQ pourront effectivement s'en charger. Il peut être avantageux de faire appel à votre équipe d'ACQ à cette étape, car elle est bien placée pour fournir les données disponibles et déterminer la main-d'œuvre nécessaire pour les recueillir. Il se peut même qu'elle prenne le processus en charge. Et puisque c'est elle qui connaît le mieux les données disponibles, elle pourra aussi vous aider à élaborer votre plan d'évaluation. Cette possibilité dépend toutefois du support utilisé pour votre entrepôt de données (électronique ou papier) et de l'état de son intégration (complète ou sur plusieurs systèmes ou services). Une fois le rapport d'évaluation initiale terminé, il peut être utile de produire des rapports officiels ou ponctuels à intervalles réguliers sur des statistiques telles que le nombre de patients vus ou la proportion d'événements sans transport.

Il faut également vous attendre à recevoir des demandes ponctuelles de la part de personnes, de familles, de proches aidants ainsi que d'autres prestataires de services, par exemple des services d'aiguillage. Ces demandes peuvent porter sur des cas précis ou la performance globale d'une équipe d'intervention. Voici quelques-unes des demandes fréquentes :

- Le programme fonctionne-t-il bien?
- Quelle est la proportion des appels qui ne se terminent pas par un transport?



Il se peut que vous souhaitiez dans un premier temps que ces demandes soient traitées par l'équipe qui connaît le mieux les rouages du programme, mais elles devront éventuellement être intégrées au processus général de gestion des demandes de services. Pour ce faire, vous devrez :

- a) Veiller à ce que la personne ou le groupe connaisse suffisamment bien le programme pour répondre à une question ou à une demande de renseignements et déterminer si les soins prodigués étaient appropriés. Ce processus peut exiger qu'un membre de votre équipe y participe ou qu'un conseiller y prenne part pendant la transition.
- b) Vous assurer que les services d'aiguillage disposent des coordonnées exactes et que vous ne vous retrouvez pas dans une communication (potentiellement conflictuelle) que vous ne pouvez pas résoudre. Idéalement, vous contribuerez à l'élaboration d'un processus rapide et dans le cadre duquel la communication se fait en boucle fermée.

Étant donné que ce programme repose sur un modèle de pratique axé sur la collaboration et fondé sur une expertise interdisciplinaire, un processus doit impérativement être en place au-delà de l'équipe consultative de projet. Ce processus doit permettre l'évolution des pratiques exemplaires qui éclaireront la conception du programme. Il importera de rendre la gouvernance de ce « conseil consultatif » ou « conseil de la qualité intégré/multidisciplinaire » permanent très claire, sinon les membres se désengageront à mesure qu'ils découvriront les mêmes enjeux et mesures à prendre à chaque ordre du jour s'il n'y a pas de voie claire menant à la résolution.

Programmes de recherche continus

Il se peut que vous ne parveniez pas à recueillir certaines données précieuses dans le délai imparti pour le lancement et l'évaluation de votre programme. Par exemple, les données permettant de savoir que le nombre de décès à domicile a augmenté ne vous seront pas accessibles avant plusieurs années. Votre évaluation initiale pourrait vous indiquer que certaines régions ou populations particulières fonctionnent un peu différemment. Vous pouvez choisir de procéder à un lancement ciblé pour commencer, par exemple adultes seulement ou diagnostic de cancer seulement, puis étendre le programme plus tard en y ajoutant d'autres groupes. De plus, la Nouvelle-Écosse mène des recherches approfondies sur plusieurs aspects de l'impact et de l'utilisation du programme, et vous pourriez vous en inspirer.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

Pour voir un exemple de l'outil de vérification continue de la Nouvelle-Écosse, consulter le [répertoire en ligne](#).



Partage de vos conclusions – Application des connaissances

Il est important de partager vos conclusions. Ce faisant, vous faites circuler l'information et permettez aux autres de profiter de votre expérience, y compris des leçons que vous avez apprises et des choses que vous auriez pu faire différemment.

Plusieurs options s'offrent à vous. En fait, vous devez choisir un message et un mode de communication qui convient à chacun des publics que vous voulez toucher. Il peut s'agir, entre autres :

- de publications évaluées par les pairs;
- de revues spécialisées;
- d'affiches;
- de présentations lors des tournées, de dîners-conférences ou de webinaires;
- de communications et d'exposés lors de conférences.

Vous pourriez confier l'animation de certaines séances à différents membres de votre équipe, en fonction du public cible. De plus, divers aspects du travail pourraient être mis en évidence.

Vos conclusions peuvent également témoigner du succès de votre programme et fournir des arguments de poids aux décideurs et aux parties prenantes. Lorsqu'elles sont présentées dans une publication évaluée par les pairs, elles font l'objet d'un examen supplémentaire avant d'être publiées. Les parties prenantes cherchent des données probantes dans différentes sources et les médecins accordent une grande valeur aux publications et aux revues évaluées par les pairs. Il convient de souligner qu'il s'agit également de l'un des facteurs pris en compte dans l'ARECCI pour déterminer s'il s'agit d'amélioration de la qualité ou de recherche. La plupart des revues évaluées par les pairs dans le domaine de la santé exigent que l'éthique de recherche soit soumise à un examen ou la trace qu'un conseil d'éthique de recherche a levé cette obligation avant d'accepter de publier un article.

Le partage de vos conclusions sur divers supports et auprès de divers publics s'inscrit dans le concept d'application des connaissances – particulièrement en ce qui a trait à la réalisation d'actions et de changements à partir de vos conclusions. Il importe de planifier votre stratégie d'application des connaissances dès le départ. Cependant, elle devrait être flexible et ouverte à de nouveaux publics au fur et à mesure que votre projet progresse. Une stratégie de communication bien pensée devrait commencer par la façon de communiquer le lancement de votre programme et sa portée, la façon d'y accéder, puis toutes les étapes jusqu'à celles où vous pourrez enfin partager vos conclusions.



CONSEIL D'EXPERT

Partage de vos conclusions avec le personnel de première ligne

Il est important de communiquer vos conclusions aux personnes qui effectuent le travail concrètement tous les jours, c'est-à-dire les ambulanciers paramédicaux, pour qu'ils sachent que leurs efforts donnent des résultats. Cet aspect est particulièrement important pour le changement de culture. Il s'agit également d'une façon de remercier les gens qui ont participé à la collecte de vos données, que ce soit en remplissant des formulaires supplémentaires, en faisant des entrevues, etc.



Accès aux données et partage de vos conclusions – planification et évaluation du programme par rapport à la recherche

Des lois et politiques importantes régissent comment et quand les renseignements personnels sur la santé d'une personne peuvent être consultés, recueillis, utilisés, partagés et stockés. Cela s'applique à tout accès aux données sur la santé dont nous nous prévalons à titre de responsables des programmes. La *Loi sur les renseignements médicaux personnels* (LRMP) et l'Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains, qui comportent tous deux des modules de formation, en constituent de bons exemples. La connaissance de ces lois et des autres lois et politiques provinciales est essentielle pour accéder aux renseignements personnels sur la santé et les utiliser, ainsi que pour disséminer les conclusions.

L'accès aux données et le partage de vos conclusions peuvent être divisés en deux objectifs principaux (qui se chevauchent dans une certaine mesure). En voici les grandes lignes :

1. Les données de planification et de gestion du système de santé – dont l'évaluation et l'amélioration de la qualité;
2. Les données de recherche – connaissances généralisables au-delà de votre programme, aux fins de partage ou de publication, ce qui ne serait pas fait dans le cadre de la planification et de la gestion.

Certaines des différences entre les travaux d'évaluation des programmes et d'amélioration de la qualité et ceux de recherche sont présentées ci-après.

Évaluation des programmes/ amélioration de la qualité

- Les données sont utilisées pour améliorer votre programme dans le cadre d'un processus interne.
- Les activités et les processus sont régis par les règlements d'amélioration de la qualité.
- Les données sont accessibles aux personnes appropriées sans consentement.

Recherche

- Les données sont utilisées pour produire des données probantes et des connaissances généralisables.
- Les activités vont au-delà des opérations courantes (elles ne seraient pas menées dans le cadre de la planification et de la gestion).
- Les travaux nécessitent le consentement ou une exception au consentement.



RESSOURCES COMPLÉMENTAIRES

www.colleaga.org/article/healthcare-privacy-legislation-canada



CONSEIL D'EXPERT

Évaluation/amélioration de la qualité ou recherche?

L'initiative A pRoject Ethics Community Consensus Initiative (ARECCI, anciennement l'Alberta Research Ethics Community Consensus Initiative, qui se trouve à l'adresse albertainnovates.ca/programs/arecci) contient un outil de dépistage et des lignes directrices qui peuvent vous aider à déterminer si votre travail avec les données relève de la « planification et de la gestion » ou s'il s'agit de recherches pouvant nécessiter un examen éthique supplémentaire. Dans de nombreuses provinces, le secteur de la santé a adopté l'ARECCI.



Jusqu'à présent dans la section sur l'évaluation, nous avons parlé des données que vous recueillez dans le cadre de l'élaboration et du lancement d'un nouveau programme au nom d'un organisme de soins de santé reconnu. Votre capacité d'accéder aux données sur les patients relève du concept de « planification et gestion du système de soins de santé » et vous pouvez le faire sans le consentement exprès du patient. Cette question est couverte par la LRMP (le nom varie légèrement d'une province à l'autre). Toutefois, dès que vous allez au-delà de l'utilisation des données pour planifier et améliorer votre programme, un nouvel ensemble de règles commence à s'appliquer lorsque vous passez de l'évaluation ou de l'amélioration de la qualité à la « recherche » à proprement parler.

Remarque importante : Les projets qui ne nécessitent pas l'approbation de l'éthique de la recherche touchent encore les gens et leurs renseignements personnels et privés. Les évaluations de programmes, l'amélioration de la qualité, les innovations en santé et l'application des connaissances peuvent souvent comporter des risques éthiques semblables à ceux des études de recherche. Bien que l'innovation soit une bonne chose et que l'évaluation représente un élément important des nouveaux programmes, il est essentiel de concevoir votre stratégie d'évaluation en tenant compte des risques pour les personnes au cœur des données. De nombreuses administrations devront tout de même procéder à un examen de l'accès aux données aux fins d'évaluation et/ou d'assurance de la qualité, au moyen d'un cheminement différent de l'éthique de la recherche.

Principales conclusions

L'évaluation se poursuit dans les administrations visées par le projet collaboratif de diffusion. Cependant, les constatations préliminaires concordent avec les constatations antérieures de la Nouvelle-Écosse, de l'Île-du-Prince-Édouard et de l'Alberta.

Satisfaction de la famille

La majorité des répondants ont déclaré être satisfaits :

1. De la façon dont les ambulanciers paramédicaux ont collaboré avec les personnes, les familles et les proches aidants;
2. De leur participation à la prise de décisions pendant l'événement;
3. Du niveau élevé de professionnalisme, de compassion et de courtoisie dont ont fait preuve les ambulanciers paramédicaux répondants.



L'équipe (paramédicale) qui s'est présentée pour s'occuper de ma femme était exceptionnelle à tous égards. La délicatesse et la compassion démontrées par les trois personnes à ce moment-là étaient réconfortantes pour ma femme, avant son décès, et pour toute la famille présente. Nous n'aurions pas pu demander mieux.

Membre de la famille, Colombie-Britannique



Quand on devient aidant d'un proche à la maison qui est en soins palliatifs, on se retrouve à apprendre au fur et à mesure. Les proches aidants retiennent leur souffle et espèrent qu'une crise inattendue ne surviendra pas. Mais cela se produit généralement après les heures de travail, une fin de semaine ou un jour férié. C'est précisément lorsque l'aide n'est pas facilement accessible, mais l'expérience nous enseigne que si vous appelez les ambulanciers paramédicaux, ils vont se présenter. Vous n'attendrez pas un retour d'appel. Les ambulanciers paramédicaux offrent le réconfort et l'expertise nécessaires en situation d'urgence.

Conseillère auprès des patients et des familles, Ontario



Un thème commun était le confort qu'ils ressentaient en sachant que le programme des ambulanciers paramédicaux leur était offert en tout temps en cas de crise palliative aiguë.

Symptômes gérés à la maison

À l'échelle du système, le programme a permis de réduire le nombre de transports à l'hôpital dans les régions urbaines et rurales. Les gens reçoivent également un nombre accru de traitements pour mieux contrôler les symptômes et améliorer leur qualité de vie.

Les ambulanciers paramédicaux prodiguaient des soins palliatifs avec compassion et efficacité.



89,1 % des appels ont amélioré le problème énoncé.

Les patients ont reçu les soins qu'ils voulaient, où ils le voulaient.



2 358 appels pour obtenir des soins palliatifs



68,5 % des appels ont permis aux patients de recevoir des soins tout en demeurant chez eux.

Avant d'être inscrit à ce programme, j'ai passé quatre ans à faire des allers-retours entre les hôpitaux lorsque je ressentais de la douleur. Je pense que ce programme est vraiment merveilleux parce que je peux composer le 9-1-1 afin qu'on m'apporte quelque chose pour la douleur – ce dont j'avais vraiment besoin.

Personne qui a utilisé le programme,
Terre-Neuve-et-Labrador

Je suis très impressionné par le programme et les ambulanciers paramédicaux. Je ne sentais pas que je devais me rendre à l'urgence et j'étais si heureuse de recevoir des soins à domicile.

Personne qui a utilisé le programme, Saskatchewan



Économies de temps pour les ambulanciers paramédicaux

Malgré des périodes plus longues sur place pour les ambulanciers paramédicaux au cours d'un événement, la durée globale de travail des ambulanciers paramédicaux est plus courte lorsqu'ils procèdent au traitement et à l'aiguillage que lors du transport et du transfert des soins aux services d'urgence. En Alberta, le temps total moyen et médian consacré à une tâche pour un événement était inférieur à la moyenne provinciale pour les événements de transport. En Nouvelle-Écosse, la durée maximale des appels pour les patients transportés s'établit à près du double de la durée maximale des cas ne nécessitant pas de transport. Les résultats préliminaires d'autres provinces et territoires du Canada continuent de montrer que les ressources paramédicales réalisent des économies globales de temps lorsque les personnes sont traitées à domicile plutôt qu'à l'hôpital, surtout dans des environnements où les retards de déchargement aux urgences augmentent.



De 22 à 32 minutes
ont été épargnées en moyenne comparativement
au transport vers l'hôpital en 2020.



De 17 à 61 minutes
ont été épargnées en 2021 grâce
au traitement à domicile.

Confort et confiance à l'égard des ambulanciers paramédicaux

Le confort et la confiance des ambulanciers paramédicaux en matière de soins palliatifs et de fin de vie se sont considérablement améliorés après le programme. Fait à noter, les ambulanciers se sentent mieux outillés pour prodiguer des soins aux patients en soins palliatifs et en fin de vie, avec et sans transport.²²



Ce programme a été bien accueilli par le public et il a eu un effet profondément positif sur les patients et les familles. Je n'ai jamais ressenti autant de gratitude de la part des patients et des familles que lorsque j'ai soutenu cette population. Cela m'a vraiment fait changer d'idée et m'a ouvert les yeux sur le rôle crucial des ambulanciers paramédicaux qui fournissent des soins palliatifs.

Ambulancier paramédical, Terre-Neuve-et-Labrador



Je me suis sentie privilégiée de pouvoir respecter le désir de cette patiente de demeurer à la maison tout en lui prodiguant des soins pour qu'elle soit à l'aise lorsqu'elle éprouve certains besoins. Pour ma part, je me sentais en contact avec la patiente et sa famille, même si je venais de les rencontrer. Je me suis sentie réconfortée par le fait que j'ai pu aider cette patiente dans un moment crucial de sa vie.

Ambulancière paramédicale, Alberta



Pérennité

À un moment donné, le « projet » doit devenir un « programme » à long terme intégré aux activités et pratiques opérationnelles courantes. Bon nombre des éléments nécessaires à la mise en œuvre du projet représentent un investissement ponctuel en immobilisations qui devrait être intégré au système de santé pour pérenniser le projet. Il s'agit notamment de la sensibilisation du public et des prestataires de soins de santé et du matériel connexe (par ex., brochures, vidéos, etc.), de la création d'un guide ou d'un protocole de pratique clinique, de l'ajout de nouveaux médicaments au formulaire, de la formation continue et d'appoint pour les ambulanciers paramédicaux ainsi que de l'élaboration d'un registre des patients (par ex. programme pour patients particuliers). Le programme devrait également être intégré à la structure de vérification courante et d'assurance continue de la qualité de l'organisation. Il importe de déterminer comment ces « nouvelles » composantes seront maintenues, par exemple comment le prochain lot de brochures sera produit et qui les enverra par la poste? Comment le soutien administratif sera-t-il offert? Comment l'infrastructure de TI sera-t-elle maintenue?

La section suivante présente les éléments essentiels de la pérennité. Elle comprend un résumé des stratégies ainsi que des exemples propres aux administrations qui décrivent comment la pérennité est envisagée et mise en œuvre. Le contenu est organisé conformément à l'outil d'évaluation de la pérennité des programmes (version 2, Université de Washington), qui est utilisé comme outil en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard. Cet outil a été mis à l'essai et a été noté comme étant intrinsèquement très cohérent et fiable.²³



Critère

Soutien du milieu : Un climat interne et externe favorable à votre programme.

Éléments

1. Il existe des champions qui appuient fortement le programme.
2. Le programme compte de solides champions qui peuvent mobiliser des ressources.
3. Le programme bénéficie du soutien de la direction dans l'ensemble de l'organisation.
4. Le programme bénéficie du soutien de la direction à l'extérieur de l'organisation.
5. Le programme bénéficie d'un solide soutien du public.

Stratégies de mise en œuvre

- Le programme est intégré dans d'importantes consultations auprès des parties prenantes qui ont sollicité l'opinion des ambulanciers paramédicaux et des prestataires de soins de santé dès le début (avant l'élaboration du programme) afin que le programme réponde à un besoin défini par les parties prenantes clés.
- Une approche de changement complexe prioritaire à l'échelle du système a été adoptée par des parties prenantes internes et externes connues.
- Le programme était intégré de façon stratégique aux plans d'activités de toutes les principales parties prenantes (ministère, prestataire de services paramédicaux, autorité sanitaire, etc.).

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Terre-Neuve-et-Labrador**

Le programme bénéficie d'un soutien important de la part des personnes qui reçoivent des soins ainsi que de leur famille et de leurs proches aidants. Les ambulanciers sont impatients d'adopter de nouveaux modèles de prestation de services qui appuient les traitements sur place.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Ottawa**

Un partenariat a été établi avec les administrateurs provinciaux du Système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS), qui assure le suivi de toutes les visites de soins à domicile et en milieu communautaire en Ontario, dont un sous-ensemble est constitué des patients en soins palliatifs. Ils se sont engagés à créer un extrait de leur base de données pour communiquer quotidiennement avec les Centres intégrés de répartition d'ambulances (CIRA). De même, le CIRA s'est engagé à mettre en place un système pour recueillir le dossier et présenter un indicateur d'avertissement à l'adresse du patient en soins palliatifs. Ce partenariat devrait produire un système d'inscription entièrement automatisé et mis à jour pour les patients en soins palliatifs et fera rapport sur les patients pour l'ensemble de l'Ontario.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Alberta**

Le programme d'évaluation, de traitement et de mise en congé pour les soins palliatifs et de fin de vie des services médicaux d'urgence (SMU) a été intégré au cadre provincial des soins palliatifs comme l'une des 36 initiatives visant à améliorer les services de soins palliatifs en Alberta. Le cadre provincial des soins palliatifs et ses initiatives ont constitué des produits livrables importants dans les plans d'activités de Santé Alberta et de Services de santé Alberta. Le projet paramédical a été mis en lumière chaque année dans les rapports annuels des deux organismes.²⁴ Une communauté de pratique interprofessionnelle provinciale continue de se réunir tous les trimestres pour régler les problèmes, cerner les améliorations, formuler des recommandations et mener des recherches.



Critère

Stabilité du financement : Établir une base financière cohérente pour le programme.

Éléments

1. Le programme bénéficie d'un climat économique favorable.
2. Le programme met en œuvre des politiques pour assurer un financement durable.
3. Le programme est financé par diverses sources.
4. Le programme offre un financement stable et souple.
5. Le financement du programme est soutenu.

Stratégies de mise en œuvre

- Le programme sera assumé en vertu du budget opérationnel habituel des services paramédicaux.
- Divers partenaires (soins primaires, soins continus, soins à domicile, soins palliatifs) continueront d'offrir un soutien en nature pour les présentations, etc.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Saskatchewan

Une proposition a été soumise au ministère de la Santé pour que les soins paramédicaux à domicile soient couverts dans les plans de couverture des soins palliatifs afin d'offrir une rémunération et des incitatifs aux exploitants contractuels pour soutenir le programme (les prestataires de services dont le financement est largement fondé sur les frais de transport). La proposition est en attente d'approbation.

Critère

Partenariats : Cultiver des liens entre le programme et ses parties prenantes.

Éléments

1. Diverses organisations communautaires s'investissent dans la réussite du programme.
2. Le programme communique avec les leaders communautaires.
3. Les leaders communautaires participent au programme.
4. Les membres de la communauté sont passionnément engagés envers le programme.
5. La collectivité participe à l'élaboration des objectifs du programme.

Stratégies de mise en œuvre

- De nouvelles relations et de nouveaux partenariats ont accru la capacité de l'organisation à répondre aux besoins supplémentaires en matière de prestation de services et aux problèmes imprévus soulevés par les parties prenantes tout au long du projet (décès en transit, EDITH, etc.).
- Excellent soutien et excellente collaboration de tous les fournisseurs de programmes et parties prenantes, y compris les médecins urgentistes et les directeurs médicaux des services paramédicaux et des soins palliatifs.
- La mobilisation et la participation du personnel des soins palliatifs et des soins continus ont été mises à profit dans d'autres groupes de travail et projets (comme les services paramédicaux communautaires et la santé intégrée mobile).



Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Nouvelle-Écosse

Le programme a établi de solides partenariats, comme en témoigne sa capacité à répondre aux problèmes ponctuels et imprévus des parties prenantes, comme le décès prévu à domicile en Nouvelle-Écosse. Pour régler cette question, le programme a dû mobiliser la haute direction dès le départ et réunir de nouveaux groupes de parties prenantes qui n'avaient pas été mobilisés auparavant, comme les salons funéraires, la GRC et les chefs de police. Ce processus a ouvert la voie à la communication et à la collaboration en cas d'autres problèmes imprévus.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Île-du-Prince-Édouard

Le programme est codétenu et géré par Island EMS et Home Care (P-IPCP), les deux principaux champions du programme, ce qui a créé une nouvelle relation et structure permanente qui soutiendra la pérennité et la collaboration future.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Alberta

Le modèle de gouvernance du projet et celui d'évaluation, de traitement et d'aiguillage pourraient être mis à profit dans le cadre de futurs travaux de collaboration interprofessionnelle (entre les services paramédicaux, les soins continus et les soins primaires) en vue d'élargir la portée à d'autres représentations de patients à l'avenir.

Critère

Capacité organisationnelle : Avoir le soutien et les ressources internes nécessaires pour gérer efficacement votre programme et ses activités.

Éléments

1. Le programme est bien intégré aux activités de l'organisation.
2. Des systèmes organisationnels sont en place pour répondre aux divers besoins des programmes.
3. La direction communique efficacement la vision du programme aux partenaires externes.
4. La direction gère efficacement le personnel et les autres ressources.
5. Le personnel du programme est suffisant pour atteindre ses objectifs.

Stratégies de mise en œuvre

- Le programme a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre initiales de la formation en soins palliatifs pour les ambulanciers paramédicaux. Le programme continuera d'être offert aux nouveaux employés. Les animateurs ont été formés pour appuyer la prestation continue du programme.
- Des ressources en personnel ont été affectées à la coordination et à la tenue à jour du registre des patients (par ex., PSP).
- Tous les ambulanciers paramédicaux ont accès à un médecin en ligne ou à un médecin en soins palliatifs pour appuyer l'élaboration d'un plan de soins au besoin.
- Processus d'aiguillage automatique vers un projet de soins palliatifs paramédicaux lorsque des personnes sont inscrites à des services communautaires de soins palliatifs.
- Intégration du registre des patients/SPP et système de répartition (RAO) pour identifier les patients et fournir aux ambulanciers les renseignements pertinents en route vers l'événement.
- Guides et protocoles normalisés de pratique clinique pour le champ de pratique de la PSA et du PSP afin d'appuyer une approche de soins palliatifs et un traitement sur place.



Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Nouvelle-Écosse

Les soins palliatifs font partie de la formation normale en cours d'emploi pour les ambulanciers paramédicaux. Un cours d'appoint a été élaboré et mis en œuvre depuis le lancement de la formation initiale LEAP Paramédical.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Île-du-Prince-Édouard

Tous les nouveaux ambulanciers paramédicaux employés d'Island EMS reçoivent la formation LEAP dans le cadre de leur orientation.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

York

Des processus précis ont été créés pour permettre aux ambulanciers paramédicaux d'avoir accès à un médecin en soins palliatifs pendant les événements palliatifs.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

York

En raison de la COVID-19, toute la formation a été adaptée en modules en ligne pour préserver la capacité de formation du personnel actuel et nouveau. Elle servira aussi de formation d'appoint à l'avenir.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Alberta

Le programme LEAP Paramédical a été approuvé pour obtenir des crédits de formation continue auprès de l'Alberta College of Paramedics et intégré en un seul programme de soins paramédicaux de niveau avancé à ce jour. Quinze animateurs de LEAP Paramédical ont été formés et ajoutés au bassin des animateurs de LEAP Paramédical (en plus de ceux qui ont déjà été intégrés aux services de soins palliatifs).



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Alberta

Les ambulanciers paramédicaux et les médecins qui font des consultations médicales en ligne ont accès à un médecin en soins palliatifs (par l'entremise du service provincial de garde en tout temps. Il s'agit d'une initiative distincte qui a été élaborée dans le contexte du cadre provincial des soins palliatifs).



Critère

Évaluation du programme : Évaluer votre programme pour éclairer la planification et documenter les résultats.

Éléments

1. Le programme peut faire l'objet d'une évaluation de la qualité.
2. Le programme fait état des résultats à court et à moyen terme.
3. Les résultats de l'évaluation éclairent la planification et la mise en œuvre du programme.
4. Les résultats de l'évaluation des programmes servent à démontrer les réussites aux bailleurs de fonds et aux autres parties prenantes clés.
5. Le programme fournit des preuves solides de son fonctionnement au public.

Stratégies de mise en œuvre

- Un processus de vérification périodique a été mis au point pour les activités de soins palliatifs et l'utilisation des guides et protocoles de pratique clinique.
- Des mécanismes de surveillance ont été mis en place, y compris des processus réguliers de production de rapports et de collecte de données pour tous les appels liés au programme.
- Le logiciel ePCR a été mis à jour pour inclure les champs de données sur les appels pour soins palliatifs.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Nouvelle-Écosse

Des recherches en cours visent à évaluer d'autres volets du programme. La Nouvelle-Écosse continue de mener de vastes travaux sur la prestation de soins palliatifs par les ambulanciers paramédicaux.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Île-du-Prince-Édouard

L'équipe d'agrément en soins palliatifs a adopté le projet comme programme permanent de Santé Î.-P.-É.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE

Ottawa

Un partenariat a été établi avec le comité consultatif médical provincial pour les ambulanciers afin de constituer un sous-comité qui sera chargé de répondre à tous les appels de soins palliatifs paramédicaux et d'en assurer la qualité. Ce sous-comité transférera également toutes les données au ministère de la Santé de l'Ontario aux fins de surveillance continue des personnes atteintes de troubles nécessitant des soins palliatifs. Cela durera bien au-delà de la durée de vie du projet.



Critère

Adaptation du programme : Prendre des mesures afin d'adapter le programme pour assurer son efficacité continue.

Éléments

1. Le programme fait l'objet d'un examen périodique de la base de données probantes.
2. Le programme permet d'adapter les stratégies au besoin.
3. Le programme intègre les nouvelles données scientifiques et s'y adapte.
4. Le programme peut être adapté de façon proactive à l'environnement.
5. Le programme permet de rejeter les composantes qui sont inefficaces et qui ne devraient pas être maintenues.

Stratégies de mise en œuvre

- Les guides, protocoles, politiques et procédures de pratique clinique propres aux programmes sont intégrés au cadre organisationnel élargi et cohérents avec les cycles d'examen continu établis.
- Toutes les nouvelles politiques ou procédures élaborées sont adoptées et font maintenant partie des politiques et procédures habituelles des organisations (deviennent des activités opérationnelles courantes).
- Le suivi des événements concernant les préoccupations des utilisateurs et tout problème opérationnel (auparavant géré par l'équipe d'élaboration et de mise en œuvre du programme) est transféré aux processus opérationnels courants de l'organisation aux fins de pérennité.

Exemples propres aux administrations



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Terre-Neuve-et-Labrador**

L'approche d'amélioration de la qualité utilisée dans le cadre de ce programme (intégration des données et de l'expérience des ambulanciers paramédicaux, des personnes, des familles et des proches aidants qui utilisent le service afin d'améliorer rapidement et continuellement le programme) fonctionne bien et répond aux besoins de toutes les parties concernées.



EXEMPLE DE MISE EN ŒUVRE **Nouvelle-Écosse**

Le guide de pratique clinique en soins palliatifs est fondé sur des données probantes et sera examiné et mis à jour par le Canadian Prehospital Evidence Based Practice Project. Les soins palliatifs ont été ajoutés au processus d'amélioration continue de la qualité (ACQ) des services de santé d'urgence. La vérification et les critères connexes pour les appels visant à obtenir des soins palliatifs font partie du processus normal d'ACQ.



Critère

Communications : Communication stratégique avec les parties prenantes et le public au sujet du programme.

Éléments

1. Le programme dispose de stratégies de communication pour obtenir et préserver le soutien du public.
2. Le personnel du programme communique au public la nécessité du programme.
3. Le programme est commercialisé de manière à susciter l'intérêt.
4. Le programme permet de sensibiliser davantage la communauté au problème.
5. Le programme démontre sa valeur au public.

Stratégies de mise en œuvre

- Les personnes atteintes d'une maladie limitant la durée de vie, leurs familles et leurs proches aidants participent à l'élaboration de messages destinés au public et de stratégies de dissémination de l'information.
- La collecte de récits percutants aux fins des communications se poursuit et peut être orientée vers le public ou les fournisseurs, selon le contenu.
- Le programme dispose d'une stratégie de communication pour divers groupes de parties prenantes (public/personnes atteintes de maladie/familles/proches aidants, prestataires de soins de santé et ambulanciers paramédicaux).
- Les communications (auparavant gérées par l'équipe d'élaboration et de mise en œuvre du programme) sont transférées aux processus opérationnels courants de l'organisation aux fins de pérennité.
- Divers partenaires (soins primaires, soins continus, soins à domicile, soins palliatifs) continueront d'offrir un soutien en nature pour les présentations continues, et ainsi de suite.
- La communication continue avec les ambulanciers paramédicaux tire profit des principales parties prenantes (organisme de réglementation, associations, groupes de défense des intérêts) en plus des messages internes transmis par l'employeur.

Critère

Planification stratégique : Utiliser des processus qui guident l'orientation, les objectifs et les stratégies du programme.

Éléments

1. Le programme anticipe les besoins futurs en ressources.
2. Le programme est doté d'un plan financier à long terme.
3. Le programme est doté d'un plan de pérennité.
4. Toutes les parties prenantes comprennent les objectifs du programme.
5. Le programme décrit nettement les rôles et les responsabilités de toutes les parties prenantes.

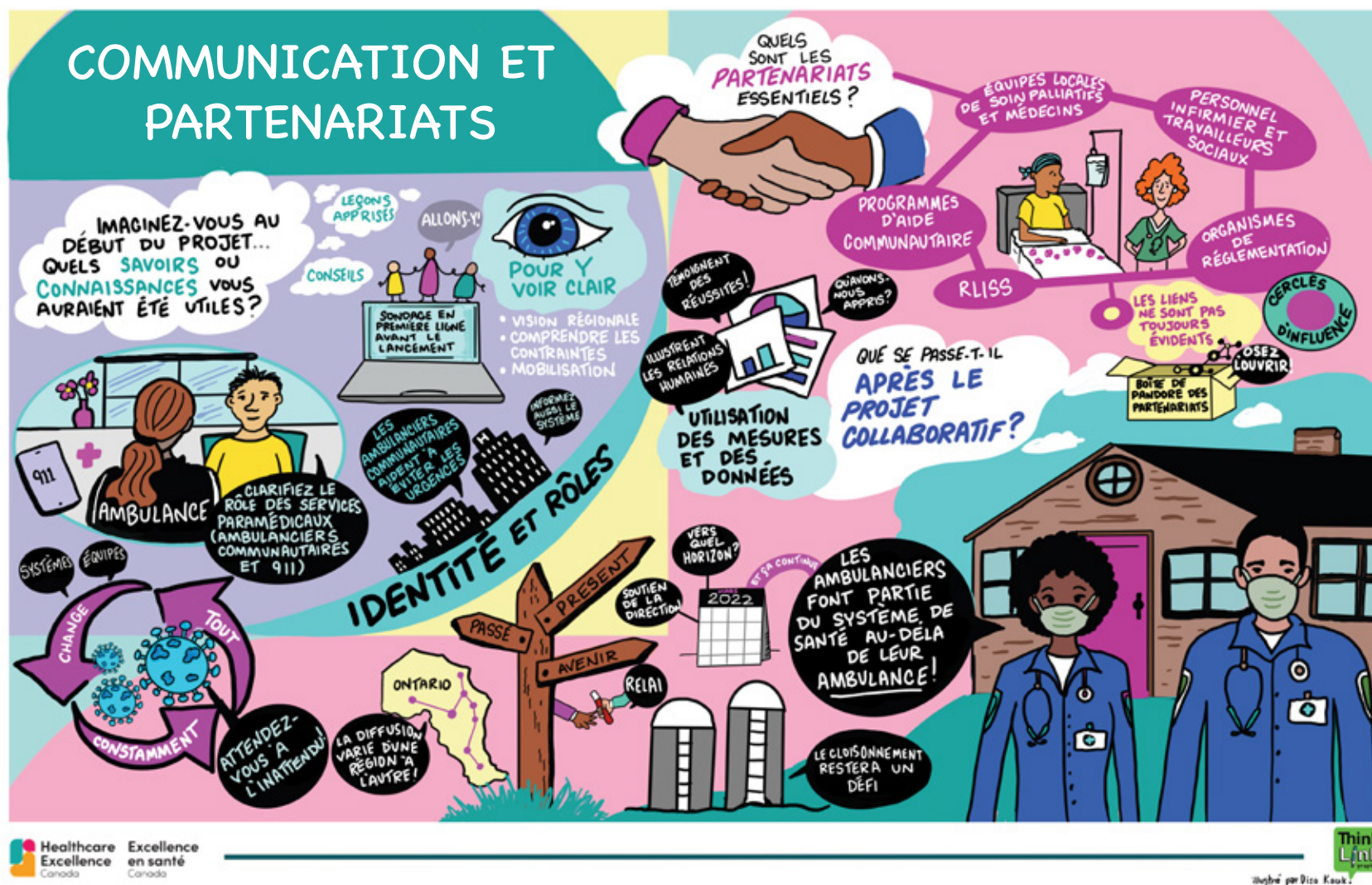
Stratégies de mise en œuvre

- Le projet est devenu un programme normal de prestation des services paramédicaux.
- Mise à l'échelle prévue et diffusion jusqu'à la mise en œuvre complète à l'échelle provinciale (pour les administrations qui ont lancé un projet pilote ou pour une région géographique).



Rétrospective et planification

Que diriez-vous à votre ancien vous-même si vous commenciez tout juste cette démarche d'amélioration maintenant? C'est la question qui a été posée aux équipes des administrations dans les derniers mois du projet collaboratif de diffusion. Les trois enregistrements suivants résument les apprentissages et les stratégies utilisés par les équipes relativement à la planification de la pérennité du programme.



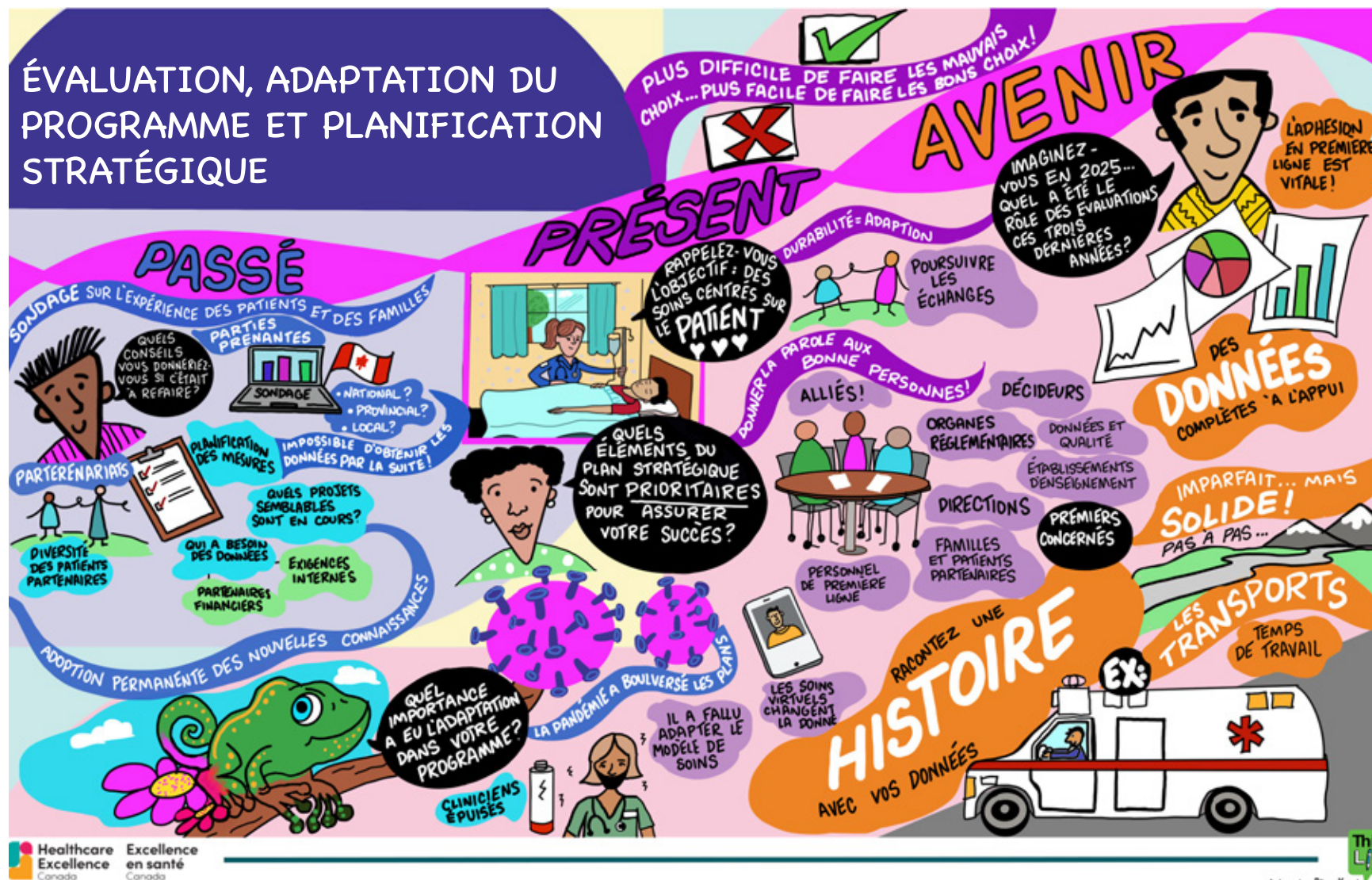


Healthcare Excellence
Canada

Excellence en santé
Canada



ÉVALUATION, ADAPTATION DU PROGRAMME ET PLANIFICATION STRATÉGIQUE





Ressources supplémentaires

Vous trouverez des ressources supplémentaires dans le [répertoire en ligne](#).

Table des matières

• Tableau contextuel des administrations.....	140
• Résumés des programmes.....	150
• Résumés de la formation.....	184
• Ressources des personnes, des familles et des proches aidants.....	213
• Collaboration avec les personnes/familles/ proches aidants partenaires.....	213
• Ressources pratiques des personnes/famille/ proches aidants.....	216
• Recrutement de personnes/familles/proches aidants – Liste des organismes provinciaux.....	217
• Publications pertinentes	218
• Références	220



Tableau contextuel des administrations

[Revenir à Comment naviguer dans cette trousse](#)[Revenir à Répercussions législatives et réglementaires](#)

Le tableau contextuel des administrations met en évidence l'organisation de chacun d'elle et fournit du contexte supplémentaire sur l'élaboration et la raison d'être des programmes. Comme la prestation de soins de santé est une responsabilité provinciale au Canada, il existe d'importantes différences entre les administrations participantes au chapitre des lois, des règlements, du ressourcement du système et des modèles de prestation de services (pour les soins palliatifs et les services paramédicaux).

Si vous souhaitez mettre en œuvre un programme de soins palliatifs paramédicaux, ce tableau vous aidera à entreprendre votre démarche. En comparant votre contexte local à celui des administrations qui participent au projet collaboratif, vous pouvez facilement trouver des solutions de mise en œuvre qui ont fonctionné pour d'autres et qui pourraient aussi fonctionner pour vous.

- [Eastern Health \(EH\), Terre-Neuve-et-Labrador](#)
- [Services de santé d'urgence de la Nouvelle-Écosse \(SSE de la N.-É.\), Nouvelle-Écosse](#)
- [Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick \(EM/ANB\), Nouveau-Brunswick](#)
- [York Region Paramedic Services \(YRPS\), Ontario](#)
- [Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa \(IRHO\), Ontario](#)
 - Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (RPPEO)
 - Centre for Prehospital Care — Horizon Santé-Nord (CPC-HSN)
 - Centre for Paramedic Education and Research (CPER)
- [Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est \(IERHA\), Manitoba](#)
- [Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina \(SHA\), Saskatchewan](#)
- [Services médicaux d'urgence de Services de santé Alberta \(AHSEMS\), Alberta](#)
- [British Columbia Emergency Health Services \(BCEHS\), Colombie-Britannique](#)



Eastern Health (EH), Terre-Neuve-et-Labrador

Résumé du modèle de programme

Résumé de la formation

Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitateurs systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Lancement initial du programme dans la région métropolitaine de St. John's à T.-N.-L. Population de la région métropolitaine = 205 000 habitants. Le volume d'appels pour la région métropolitaine est de 28 000 appels par année en moyenne, dont 78 % sont de véritables urgences 9-1-1. Eastern Health emploie environ 130 ambulanciers paramédicaux qui fournissent des soins dans la région métropolitaine. À l'échelle provinciale, il y a environ 640 ambulanciers paramédicaux autorisés.	À l'échelle provinciale, les services médicaux d'urgence (SMU) comprennent une combinaison d'exploitants communautaires, privés et des régies régionales de la santé (RRS). Le ministère de la Santé et des Services communautaires (MSSC) est responsable des politiques, des procédures, des normes et des négociations avec les exploitants privés et communautaires. Les quatre régies régionales de la santé aident à surveiller et à gérer les problèmes opérationnels quotidiens liés au programme d'ambulances routières. La région métropolitaine de St. John's possède son propre service de médecine paramédicale, qui emploie des PCP et des ACP. Les appels courants et ceux aux 9-1-1 sont répartis pour la région métropolitaine à partir d'un Centre de communication médicale.	À l'échelle provinciale, des frais fixes de 115 \$ sont facturés aux patients pour les services d'ambulance. Le taux est fixé pour les événements de transport et de non-transport (autre que les appels en soins palliatifs). Des contrats avec des exploitants privés et communautaires énoncent les frais courants et supplémentaires qui peuvent être facturés au MSSC pour le transport à l'hôpital d'un patient selon le niveau de formation des ambulanciers paramédicaux et les kilomètres parcourus. Les RRS reçoivent un financement annuel du MSSC pour couvrir leurs activités. Les patients du programme de soins palliatifs et les résidents des foyers de soins personnels (FSP) ne se font pas facturer les appels qui entraînent un traitement à domicile.	La prestation des soins palliatifs diffère à T.-N.-L., puisque chaque RRS a son propre programme qui fonctionne de façon indépendante. La région métropolitaine de St. John's dispose d'un vaste service spécialisé de consultation en soins palliatifs. - Les patients peuvent rencontrer l'équipe en consultation externe ou à leur domicile (de manière virtuelle et par téléphone) de 9 h à 16 h, du lundi au vendredi. - Les patients ont également accès à l'infirmière pivot s'ils ont des questions. - L'équipe peut admettre des patients à l'unité des soins palliatifs pour la gestion des symptômes ou pour les soins de fin de vie. - Des conseils peuvent être obtenus par les médecins, les infirmiers-praticiens, les professionnels de la santé communautaire et d'autres prestataires de soins de santé, par téléphone, les soirs et les fins de semaine (par l'entremise de l'unité des soins palliatifs). - Des lits réservés aux soins palliatifs sont offerts dans les établissements d'EH de la région. Le Community Supports Palliative End of Life Program (PEOL) sert toutes les RRS. - Le personnel infirmier de la communauté fournit des soins et assure un suivi aux patients inscrits au programme (du lundi au vendredi de 8 h à 17 h et sur appel pour une consultation téléphonique de 22 h à 8 h). - Les services comprennent l'accès à des fournitures médicales, à de l'équipement, à de l'oxygène, à des services de soutien à domicile à court terme, à des visites à domicile par des infirmières en santé communautaire, à des médicaments, à des services de counseling en cas de deuil, à des services ambulanciers ainsi qu'à la déclaration et à l'attestation du décès prévu à domicile.	Tous les ambulanciers paramédicaux autorisés à T.-N.-L. sont réglementés par le bureau provincial de surveillance médicale. Portée désignée dans les directives du profil national des compétences professionnelles (PNCP). Le certificat médical qui autorise les praticiens à fournir des soins dans le cadre de services financés par le secteur privé est distinct et passe par le Bureau du directeur médical provincial. Une transition est en cours vers un cadre conforme à la législation nouvellement adoptée — le paysage réglementaire est semblable, mais évoluera légèrement l'an prochain.	Le système de répartition assistée par ordinateur (RAO) avait la capacité de concevoir un programme pour patients particuliers intégré qui permet d'envoyer en temps réel l'information sur les patients aux ambulanciers paramédicaux sur place et de produire des rapports personnalisés de RAO. Le système permettait également de créer un avis automatisé par courriel à l'équipe des soins primaires aux fins de suivi. Le service de consultation en soins palliatifs est composé d'infirmières pivots, de médecins et de membres du personnel administratif qui ont pu fournir une opinion d'expert sur l'élaboration du programme et mettre les patients en contact avec le programme. Le programme provincial de soins palliatifs communautaires en fin de vie est déjà en place. Le partenariat a accru la participation et donné accès à d'autres prestataires de soins de première ligne pour répondre aux besoins quotidiens des patients.	Le nombre d'ACP à l'extérieur de la région métropolitaine est limité, étant donné qu'ils sont très sollicités ACP dans la région métropolitaine. Des répondants médicaux d'urgence sont appelés à intervenir à l'extérieur de la région métropolitaine. Aucun système de répartition provincial n'est en place. L'accès aux spécialistes des soins palliatifs est limité à l'extérieur de la région métropolitaine.



Services de santé d’urgence de la Nouvelle-Écosse (SSE de la N.-É.), Nouvelle-Écosse

[Retour à la liste](#)

Population, volume d’appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitants systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Population de 1 000 000 d’habitants comprenant des collectivités urbaines, suburbaines, rurales et des Premières Nations réparties sur une superficie de 155 000 km². 160 000 demandes de services par année auprès de 1 000 ambulanciers en soins avancés et ambulanciers paramédicaux de soins primaires. Le service de SPA et de SIR dépend de la région géographique (certaines régions rurales n’offrant que le service de SIR) soutenue par un premier répondant médical qui peut être bénévole et qui est souvent associé à des services d’incendie bénévoles ou professionnels.	Les services de santé d’urgence de la Nouvelle-Écosse (EHS NS, une direction du ministère de la Santé et du Mieux-être) fournissent des services médicaux d’urgence provinciaux dans le cadre d’un contrat à long terme axé sur le rendement avec Emergency Medical Care Inc (EMC) pour le service 9-1-1 et les transferts terrestres, aériens et entre établissements non urgents ainsi que les communications médicales.	Contrat fondé sur le rendement; montant du contrat basé sur un grand nombre de facteurs; le volume d’appels contribue, mais sous forme de « tranches », et non de paiements individuels; possibilité d’innovation et de financement supplémentaire; possibilité de pénalité. Des frais d’utilisation des services d’ambulance sont facturés pour les transports; les frais varient selon qu’il s’agit d’un résident de la Nouvelle-Écosse (N.-É.) ou d’un non-résident. Une exonération des frais fondée sur le revenu est possible. Tous les appels non liés à un transport, y compris les appels en soins palliatifs, ne sont pas facturés. Les frais habituels sont facturés pour les appels en soins palliatifs avec transport. Les revenus tirés des frais ne sont pas retournés directement à EMC ou à EHS NS. Cependant, ils appuient les revenus généraux du gouvernement.	En Nouvelle-Écosse, nous disposons d’un réseau provincial de soins palliatifs qui appuie la stratégie, la planification et l’évaluation, tandis que la prestation des services relève des équipes et des programmes locaux. Les soins palliatifs en N.-É. sont offerts en partenariat avec des prestataires de soins de santé primaires et d’autres parties prenantes, y compris des coordonnateurs des soins à domicile, des infirmières, des pharmaciens, des travailleurs sociaux et des prestataires de soins spirituels. Les patients et les prestataires de soins de santé peuvent obtenir du soutien d’une équipe de soins palliatifs, des fournisseurs spécialisés dans la planification des soins complexes et la gestion des symptômes. Les services sont offerts à domicile, dans des consultations externes, dans des maisons de soins palliatifs autonomes (Halifax, Sydney [ouverture en septembre 2021] et Kentville) et dans des unités d’hospitalisation. Nous avons des unités spécialisées en soins palliatifs à Halifax et à Sydney (où se trouvent également les centres de cancérologie) et plusieurs autres hôpitaux de la province. Les services communautaires comprennent l’accès aux fournitures médicales, à l’équipement, à la couverture des médicaments, à l’oxygène, aux services de soutien à domicile à court terme et aux visites à domicile par une infirmière, un médecin ou un travailleur social en soins palliatifs qui offrent un soutien consultatif et des soins partagés selon les besoins.	Guide de pratique clinique pour les protocoles médicaux sous la direction du directeur médical provincial. Portée établie par le PNCP. Réglementation professionnelle par le College of Paramedics. Supervision médicale et certification par le directeur médical provincial.	Dossier électronique sur les soins aux patients et système électronique de RAO. Programme pour patients particuliers préexistant (transition requise vers le format électronique). Culture préexistante axée sur la possibilité de traiter sur place ou d’offrir d’autres destinations. Possibilité de modifier le système fondé sur des données probantes pour répondre aux besoins. Culture de l’innovation. La direction du système est disposée à sortir des sentiers battus et à nouer de nouveaux partenariats du côté des services de santé d’urgence et des soins palliatifs. Projet de recherche fondamentale qui a ouvert la voie à la mise en œuvre à partir des recommandations consensuelles issues de notre propre système.	Non unique à la N.-É. — la tenue des dossiers est cloisonnée, y compris le dossier des ambulanciers paramédicaux et les objectifs des soins. Jamais résolu — absence de mécanisme pour transmettre l’information à l’équipe de soins après un appel en soins paramédicaux. Prestation fragmentée des soins palliatifs provinciaux, y compris l’absence d’horaires d’appels communs ou même d’une personne sur appel, les différences dans ce qui demeure à domicile, la confusion chez les ambulanciers quant à la confirmation de l’admissibilité et à la clarté du plan. Réticence du ministère de la Santé et du Mieux-être à investir des fonds directs — par ex. pour appuyer le maintien du SPP – recours à des fonds externes. Incohérence entre les médecins en ligne (ce n’est pas propre à ce programme). Long chemin sinueux vers les approbations de confidentialité nécessaires pour la base de données électronique. Retard dans l’approbation de l’hydromorphe par Santé Canada. Volonté limitée de fournir des conseils consultatifs multidisciplinaires continus et, en fin de compte, de prendre des mesures pour apporter des améliorations ou des ajustements (en raison de priorités concurrentes).



Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB), Nouveau-Brunswick

Résumé du modèle de programme

Résumé de la formation

Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitateurs systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Population de 783 257 habitants comprenant des collectivités urbaines, suburbaines, rurales et des Premières Nations réparties sur une superficie de 72 908 km2. Le volume total d'appels (ambulances terrestres) était de 111 734 pour l'exercice 2019-2020, soit environ 80 % d'appels 9-1-1 et 20 % de transferts. Le volume d'appels (ambulances aériennes) était de 459, dont 55 % étaient urgents/critiques et 45 % ne l'étaient pas. Le personnel d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) comprend 54 répartiteurs médicaux d'urgence/ coordonnateurs du transport pour soins intensifs, 1 007 ambulanciers paramédicaux de soins primaires, 17 ambulanciers en soins avancés et 19 infirmiers de vol. Les PCP pratiquent à tous les niveaux, y compris la prise en charge avancée des voies respiratoires, le traitement intraveineux et l'administration des médicaments. Les ACP d'une même unité de prestataires répondent aux appels d'urgence les plus urgents à Moncton, à Fredericton, à Saint John et à Bathurst ainsi qu'aux régions avoisinantes au besoin. À compter d'août 2021, les ACP qualifiés travaillant pour ANB pourront mettre en pratique toutes leurs compétences, peu importe où ils se trouvent.	Le gouvernement du N.-B. fournit des services médicaux d'urgence (SMU) provinciaux et des services de soins de santé à domicile dans le cadre d'un contrat à long terme axé sur le rendement avec Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick pour la gestion de l'EM/ANB. Cela comprend le Programme extra-mural (PEM), appelé « hôpital sans murs », qui offre des soins de santé à domicile, ainsi qu'ANB, qui fournit des services médicaux d'urgence terrestres et aériens (9-1-1 et transferts entre établissements). Répartition provinciale centralisée des SMU et Centre de gestion des communications médicales (CGCM). Protocoles provinciaux de SMU. Orientation médicale provinciale et consultation médicale en ligne offerte en tout temps par un petit groupe de médecins-urgentistes.	Le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick est responsable de la prestation des services de santé à l'échelle de la province. Il comprend, outre EM/ANB, sept zones sanitaires opérationnelles et deux régions régionales de la santé. Facturation à taux fixe pour les SMU afin de compenser le coût des services ambulanciers. Les non-résidents paient des frais plus élevés. Aucuns frais pour les événements de non-transport ou pour les transferts entre établissements. Les exemptions de facturation s'appliquent aux patients qui répondent à certains critères.	Soins palliatifs dispensés par un médecin de soins primaires avec accès à la consultation d'un médecin en soins palliatifs. La plupart des patients en soins palliatifs du N.-B. sont admis au PEM et bénéficient des soins d'une IA/d'un inhalothérapeute avec l'appui des équipes de consultation en soins palliatifs, des services et des heures selon l'emplacement. La charge de cas actuelle des patients en soins palliatifs du PEM est de 2 151 (15 octobre 2021). Parmi ceux-ci, 10 sont des patients pédiatriques (de 0 à 18 ans).	Les praticiens paramédicaux du N.-B. sont réglementés par l'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick (législation concernant l'APNB). La prestation des SMU est régie par la Loi sur les services d'ambulance (ministère de la Santé du N.-B., Services de gestion des urgences sanitaires).	Le cadre provincial des soins palliatifs a été lancé en 2018. Intégration du PEM et d'ANB en tant qu'entité unique (EM/ANB) ayant pour mandat de planifier et d'organiser la prestation de soins de santé homogènes dans la collectivité (soins à domicile et services d'urgence). Accès accru aux soins palliatifs dans l'ensemble du N.-B. Les demandes de consultation de spécialistes sont acheminées par l'équipe des soins primaires.	Le Nouveau-Brunswick travaille actuellement à l'élaboration d'un dossier de santé électronique (DSE). Une fois ce système entièrement en place, il facilitera la prestation de soins homogènes axés sur le patient dans l'ensemble des prestataires de soins. À l'heure actuelle, les ambulanciers paramédicaux d'ANB n'utilisent pas de dossier électronique sur les soins aux patients (ePCR). Les ePCR sont actuellement rédigés à la main par les ambulanciers paramédicaux, puis saisis dans une base de données. L'accès à une base de données électronique centrale sur les soins de santé faciliterait la surveillance et la déclaration en temps réel de l'état du système. Cette infrastructure de données est essentielle pour prendre des décisions éclairées sur l'amélioration du système de soins de santé.



York Region Paramedic Services (YRPS), Ontario

Résumé du modèle de programme

Résumé de la formation

Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitateurs systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Environ 900 patients pourraient être admissibles à ce programme dans la région de York.	Le service des ambulanciers paramédicaux est assuré par la municipalité régionale de York.	La province passe des réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) qui planifient, intègrent et financent les soins de santé locaux à la mise en place d'équipes Santé Ontario qui offrent une nouvelle façon d'organiser et de dispenser des soins davantage liée aux patients dans leurs collectivités locales. Sous la direction des équipes Santé Ontario, les prestataires de soins de santé (y compris les hôpitaux, les médecins et les prestataires de soins à domicile et communautaires) travaillent en équipe coordonnée, peu importe où ils fournissent des soins.	Dans le cadre du système des RLISS, la région de York fait partie du RLISS du Centre, qui dispose d'un solide système de soins palliatifs dans lequel le cercle de soins pour le patient et sa famille peut comprendre des médecins, des coordonnateurs de soins, des consultants en gestion de la douleur et des symptômes, des infirmières en pratique avancée (infirmières cliniciennes spécialisées, infirmières communautaires et autres prestataires de soins de santé communautaires) et d'autres membres du réseau de soutien existant du patient.	À l'heure actuelle, la plupart des ambulanciers paramédicaux travaillent pour un ou plusieurs des 51 services paramédicaux municipaux réglementés en vertu de la <i>Loi sur les ambulances</i> (1990) et du Règlement. L'Ontario compte deux organismes de réglementation : la Direction des services de santé d'urgence (DSSU) du ministère de la Santé et huit programmes de base hospitalière (qui sont financés par le ministère de la Santé et qui lui rendent des comptes). Même si l'Ontario compte deux organismes de réglementation, les ambulanciers paramédicaux ne sont pas tous réglementés.	• <i>La Déclaration de partenariat et d'engagement à l'action</i> (décembre 2011), un cadre pluriannuel axé sur la collaboration et les parties prenantes visant à améliorer les soins palliatifs en milieu de soins palliatifs en Ontario; • <i>Le Rapport annuel 2014 du Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario</i>, qui soulignait la nécessité d'un système intégré et coordonné de prestation de soins palliatifs en Ontario; • Le document <i>Priorité aux patients : Feuille de route pour renforcer les soins à domicile et en milieu communautaire</i> du ministère de la Santé et des Soins de longue durée (mai 2015), qui souligne un engagement à améliorer l'accès et l'équité des soins palliatifs à domicile et dans la collectivité; • <i>Le Rapport des tables rondes provinciales sur les soins palliatifs et en fin de vie</i> (mars 2016), qui explore les étapes importantes pour atteindre les objectifs fixés dans <i>Priorité aux patients</i>; • <i>Les Normes de qualité sur les soins palliatifs</i> de Qualité des services de santé Ontario, qui informent les cliniciens et les organismes de ce à quoi des soins de santé de grande qualité ressemblent pour les adultes atteints d'une maladie progressive limitant l'espérance de vie, ainsi que pour leur famille et leurs aidants naturels.	Aucun dossier de santé électronique unique (les ambulanciers paramédicaux n'ont pas accès aux dossiers des soins aux patients).



Institut de recherche de l’Hôpital d’Ottawa (IRHO), Ontario

Résumé du modèle de programme

Résumé de la formation

Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitants systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Ottawa Population de 1 100 000 habitants en milieu urbain et suburbain. La superficie s'étend sur 2 800 km². 147 000 appels par année traités par les ambulanciers paramédicaux en SPA et en SIR. Regional Paramedic Program of Eastern Ontario (RPPEO) Population de 800 000 habitants dans les environs d'Ottawa. La plupart des régions sont surtout rurales. Chacune a un centre urbain/suburbain. La superficie s'étend sur 31 000 km². 134 000 appels sont répartis annuellement dans les 8 services paramédicaux de la région. La plupart des services sont qualifiés en SPA et en SIR. Seuls quelques-uns ne le sont pas. Center for Paramedic Education and Research (CPER) Population de 2 146 000 habitants à Hamilton/Niagara. La plupart des régions (six services) comptent des villes urbaines et suburbaines, mais environ trois zones de services sont rurales. La superficie s'étend sur 12 000 km². 290 000 appels par année sont répartis dans les 9 services paramédicaux. La plupart des services sont qualifiés en SPA et en SIR (deux services ont actuellement choisi de ne pas participer au projet, préférant participer à un autre essai de soins palliatifs; nous espérons qu'ils y participeront plus tard). Centre Horizon Santé-Nord (HSN) Population de 550 000 habitants dans le Nord-Est de l'Ontario (autour de Sudbury). Certains milieux urbains plus petits, mais surtout ruraux. La superficie totale s'étend sur 295 000 km2. 114 000 appels par année sont répartis dans les 9 services paramédicaux. La plupart des services sont qualifiés en SIR seulement. Cependant, certains centres urbains sont également qualifiés en SPA.	Les services paramédicaux sont financés à 50 % par la municipalité et à 50 % par le ministère de la Santé de l'Ontario. Les services doivent respecter les protocoles établis par la province et rendre compte régulièrement des résultats en matière d'assurance de la qualité. Ottawa La répartition des ambulanciers paramédicaux est gérée par le Centre intégré de répartition d'ambulances (CIRA) d'Ottawa. Les directives médicales sont fournies en tout temps par la base hospitalière qui gère la formation, l'assurance de la qualité et les médecins. La base hospitalière est le RPPEO. Les ambulanciers communautaires sont financés à 100 % par la municipalité et ont leurs propres médecins qui s'occupent des conseils médicaux. RPPEO La région visée par le RPPEO est servie par les CIRA d'Ottawa et de Renfrew. La province contrôle tous les CIRA. CPER La région du CPER est servie par les CIRA de Hamilton et de Cambridge. HSN La région HSN est servie par des CIRA dans cinq villes : North Bay, Parry Sound, Sudbury, Sault Ste. Marie et Timmins.	Les hôpitaux et autres prestataires de soins de santé sont financés par la province de l'Ontario et doivent lui rendre compte. Nous disposons de 13 réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) régionaux. Cela dit, la province a annoncé en 2019 qu'elle passera bientôt à 5 organismes régionaux. L'hôpital facture les frais des services ambulanciers. Si les patients en soins palliatifs sont inscrits, aucuns frais ne leur sont facturés, puisque leurs soins médicaux sont couverts par la province.	Les soins palliatifs dispensés aux patients inscrits sont financés par la province et fournis par le personnel des soins à domicile et en milieu communautaire (HCC), qui comprend le médecin de premier recours, le personnel infirmier en soins à domicile et les préposés aux services de soutien à la personne. Tous les patients qui reçoivent des soins palliatifs à domicile sont inscrits au Système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS) des Services communs de Santé Ontario (SCSO). CHRIS compte actuellement un peu plus de 10 000 patients dans son registre des soins palliatifs.	Les ambulanciers paramédicaux sont réglementés en vertu de la Loi sur les ambulances de l'Ontario. Les ambulanciers paramédicaux suivent actuellement un programme de deux ans. Ce programme est offert par des collègues. Le programme comporte une année supplémentaire pour les ACP.	De nombreux organismes s'intéressent grandement aux soins palliatifs, ce qui a fait progresser notre projet. • La province • Services paramédicaux • Prestataires de soins à domicile • Hôpitaux Enfin, l'équipe des SCSO et l'équipe du CIRA ont convenu de mettre au point les systèmes CHRIS et CIRA-RAO pour télécharger la base de données des patients recevant des soins palliatifs. Ainsi, le système d'inscription de la province sera automatisé. Nous espérons que l'inscription automatisée sera disponible au premier ou au deuxième trimestre de 2021.	Les services paramédicaux sont actuellement organisés en Ontario comme services de gestion des urgences, avec les services de lutte contre les incendies et de police. Par conséquent, leurs systèmes d'information sont distincts des autres prestataires de soins de santé de la province. Bien qu'aucune déclaration politique ne soit en place, nous espérons que cela changera pour permettre aux ambulanciers de faire partie du système de santé. À l'heure actuelle, de nombreuses ententes de partage des données doivent être signées pour permettre le transfert des données sur les patients entre les groupes.



Office régional de la santé d’Entre-les-Lacs et de l’Est (IERHA), Manitoba

- Résumé du modèle de programme
- Résumé de la formation
- Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitants systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
L'IERHA est un prestataire de services de santé relativement petit au Manitoba. Il sert environ 125 000 résidents et couvre une importante région géographique du centre et de l'est de la province. L'IERHA comprend 16 collectivités de taille moyenne, 17 collectivités autochtones et une grande ville urbaine, soit Selkirk. L'IERHA compte l'une des plus grandes populations autochtones, à environ 27 %, et une petite population francophone et métisse.	Pendant l'élaboration de la proposition et au début du projet, les services médicaux d'urgence (SMU) ont été fournis directement par l'IERHA. Le personnel et les opérations directes ont depuis fait la transition vers un organe directeur provincial appelé Soins communs (SH) qui fournit des services à l'échelle de la province (en vertu d'une entente de service qui se limite à Winnipeg). Il existe deux centres de répartition — un pour Winnipeg et un Centre de coordination du transport des malades (MTCC) pour les régions rurales, y compris l'IERHA. Les protocoles des SMU utilisés à l'IERHA sont identiques pour toutes les régions rurales. Le soutien médical en ligne dans les régions rurales est offert en tout temps par un petit bassin de médecins qui collaborent avec notre service d'ambulance aérienne. Winnipeg a son propre ensemble de protocoles et les consultations médicales en ligne sont données par un autre service. Ce modèle fait l'objet d'un examen par SH, qui pourrait établir bientôt un service provincial. On compte environ 190 ambulanciers paramédicaux à temps plein et à temps partiel. En ce qui concerne le personnel occasionnel, le nombre total d'employés est d'environ 260. Cette équipe du programme est appuyée par un effectif de dirigeants comprenant des superviseurs et un directeur de programme. Le programme exploite environ 35 ambulances et comporte actuellement un ensemble d'arrangements en matière de dotation, y compris certaines collectivités qui disposent d'un effectif complet en tout temps, tandis que d'autres établissements plus petits disposent d'une combinaison de postes ETP et d'autres postes sur appel.	La gouvernance des soins de santé au Manitoba comprenait le financement du ministère de la Santé, la responsabilisation et la surveillance provinciale, ainsi que cinq régies régionales de la santé qui exploitaient ou offraient la plupart, sinon la totalité, des services dans leurs limites. Le Manitoba est au cœur de la transformation des soins de santé à l'échelle de la province, y compris la création d'un organe directeur central appelé Soins communs. Celui-ci offrira des services partagés dans toutes les régions, y compris la santé numérique, les services cliniques et les services médicaux d'urgence. À l'heure actuelle, le tarif des SMU à l'IERHA est de 250 \$ lorsqu'un transport est requis et de 100 \$ si ce n'est pas le cas. Ce tarif pourrait varier à Winnipeg et changer au fur et à mesure que le modèle de services de Soins communs évolue. EPIC (Emergency Paramedics in the Community) fournit des services de médecine paramédicale sans frais dans la RRS de Winnipeg, ce qui n'est pas offert dans l'IERHA.	Le programme de soins palliatifs de l'IERHA, modeste, compte un gestionnaire de programme, deux infirmières spécialisées en soins palliatifs, deux spécialistes de la psychologie sociale, un médecin spécialisé en soins palliatifs, un coordonnateur bénévole et un agent de liaison communautaire. Le programme est intégré aux activités directes des services de soins à domicile de la région et repose en grande partie sur l'équipe des soins à domicile, y compris l'équipe des soins infirmiers à domicile, pour soutenir les patients en soins palliatifs à domicile. L'équipe des soins palliatifs travaille elle-même surtout pendant les heures d'ouverture, et des heures prolongées en début de soirée et les fins de semaine sont fournies aux clients, aux familles et aux proches aidants par l'entremise du personnel infirmier des soins à domicile. Les soins infirmiers à domicile au sein de l'IERHA ne sont pas bien établis et certaines petites collectivités ne bénéficient pas de ressources en soins infirmiers à domicile le soir ou la fin de semaine. Les clients, les familles et les proches aidants qui reçoivent des soins palliatifs ont peu de soutien après les heures normales de travail et la fin de semaine, ce qui crée de grandes lacunes dans la structure de soutien requise pour la réussite des décès à domicile. De nombreux patients en soins palliatifs passent leurs derniers jours et leurs dernières heures à l'hôpital plutôt qu'à la résidence de leur choix, en grande partie en raison du manque de systèmes de soutien en dehors des heures normales.	L'Association des ambulanciers paramédicaux du Manitoba (PAM) est une association professionnelle à adhésion volontaire qui fournit des ressources, du soutien, de l'information et des avantages aux ambulanciers paramédicaux du Manitoba. Comptant plus de 1 700 membres, l'Association offre aux ambulanciers un solide réseau de soutien aux membres. Elle est une partie prenante clé qui collabore avec d'autres groupes pour promouvoir la formation et le soutien continu de la main-d'œuvre paramédicale. Actuellement, les ambulanciers sont réglementés par la province en vertu de la <i>Loi sur les interventions médicales d'urgence et le transport pour personnes sur civière</i>. À compter du 1^{er} décembre 2020, un nouvel Ordre des travailleurs paramédicaux sera l'organisme de réglementation de la profession paramédicale au Manitoba, conformément à la <i>Loi sur les professions de la santé réglementées, au Règlement sur l'exercice de la profession de travailleur paramédical et au Règlement général sur l'Ordre des travailleurs paramédicaux du Manitoba</i>.	Comme petite région, nous pouvons collaborer et mettre en œuvre plus facilement des services régionaux en temps opportun. Ainsi, ceux-ci peuvent se répandre à l'échelle provinciale. L'IERHA dispose d'une équipe et d'un programme de soins palliatifs bien établis et dévoués, y compris un registre des patients, et collabore étroitement avec les services de soins à domicile pour coordonner les soins et fournir de l'équipement.	Il existe des stratégies provinciales pour diffuser les services de TI à l'échelle de la province. Cependant, l'IERHA présente des lacunes importantes n'ayant pas été constatées dans certaines autres régions, notamment l'absence de dossier électronique sur les soins aux services, l'absence de connectivité et d'équipement dans les ambulances et l'absence d'accès partagé aux dossiers électroniques sur les patients. La COVID-19 a retardé l'accès aux communautés des Premières Nations. Les initiatives de transformation des soins de santé provinciaux ont rendu difficile l'accès aux ressources et aux partenaires provinciaux. En outre, la planification est une cible mouvante. Bien que les médecins en soins palliatifs soient de garde en tout temps dans l'Office régional de la santé de Winnipeg (ORSW) (seulement pour les consultations entre médecins et prescripteurs), l'IERHA n'offre pas ce service, ce qui limite le service que peuvent fournir les ambulanciers paramédicaux à domicile.



Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina (SHA), Saskatchewan

Résumé du modèle de programme

Résumé de la formation

Retour à la liste

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitateurs systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Population d'environ 1,2 million de personnes comprenant des collectivités urbaines, rurales, éloignées et des Premières Nations réparties sur une superficie de 651 900 km². Environ 135 000 appels de service par ambulance terrestre chaque année. La Saskatchewan compte 2 000 membres autorisés, dont des répondants médicaux d'urgence, des ambulanciers paramédicaux de soins primaires, des ambulanciers paramédicaux de soins intermédiaires et des ambulanciers en soins avancés. Les ambulanciers paramédicaux en soins intensifs sont limités aux ambulanciers à voilure fixe et tournante. Les services de SPA et de SIR dépendent de la géographie. De nombreuses régions rurales et éloignées sont limitées aux prestataires de SIR.	La Saskatchewan compte 107 services ambulanciers dont la composition est relativement égale entre les services détenus et exploités par la Régie de la santé de la Saskatchewan (SHA) et les exploitants contractuels. Trois centres de coordination des communications médicales dont un est possédé et exploité par la SHA (sud) et deux sont sous contrat (centre et nord). Des protocoles provinciaux de pratique clinique sont utilisés par tous les ambulanciers paramédicaux. L'approbation des ambulanciers paramédicaux communautaires est disponible une fois que la formation approuvée est terminée. Consultation médicale en ligne disponible localement. Aucun protocole n'exige d'OLMC, mais ceux-ci sont disponibles aux seules fins de consultation.	La Régie de la santé de la Saskatchewan (régie de la santé provinciale) est responsable de la prestation des services de santé dans la province. Il y a trois zones opérationnelles de services médicaux d'urgence (SMU). Transition en cours de 12 régions sanitaires vers une seule régie de la santé. Tarif fixe pour les SMU (transport); le tarif diffère cependant pour les services de SPA et de SIR. Le tarif en cas de non-transport varie selon l'ancienne région sanitaire. Le patient n'a aucun coût à défrayer pour recevoir des soins à domicile lorsque ceux-ci sont fournis par les services détenus et exploités par la SHA. Aucun exploitant contractuel n'a mis en œuvre le programme puisqu'aucune rémunération n'a été versée. Tentative de faire ajouter des soins à domicile par des ambulanciers paramédicaux aux services palliatifs couverts par le ministère de la Santé.	Variable dans toute la province. Les soins palliatifs sont surtout gérés par un médecin de premier recours qui peut consulter un médecin en soins palliatifs. Un médecin en soins palliatifs peut prendre en charge certains patients en l'absence d'un médecin en soins primaires. Les équipes spécialisées en soins palliatifs sont limitées aux centres urbains. Certaines régions rurales disposent de coordonnateurs des soins palliatifs et d'équipes de soins à domicile qui offrent des services. Accès à des équipes spécialisées pour consultation au besoin. Les services et les heures dépendent de l'emplacement géographique. L'accès aux soins pédiatriques varie. Les principaux services pédiatriques palliatifs sont offerts dans le centre de la Saskatchewan, mais des consultations sont disponibles à l'échelle provinciale. Des services palliatifs pédiatriques sont dispensés par des services de soins à domicile.	Les praticiens paramédicaux sont réglementés par le Saskatchewan College of Paramedics, y compris la Paramedic Act. Prestation des SMU d'urgence réglementés par le gouvernement de la Saskatchewan : <i>The Ambulance Regulations; OH & S Regulations; Health Information Protection Act.</i>	Transition de 12 régions sanitaires vers une seule régie de la santé. Travailler à un accès uniforme et simplifié aux services de soins palliatifs à l'échelle de la province et à des politiques et procédures uniques. Initiative provinciale visant à offrir de la formation en soins palliatifs à divers prestataires de soins de santé afin d'améliorer la sensibilisation et les connaissances sur la prestation d'une approche palliative des soins. Accès à un médecin en soins palliatifs en tout temps par LINK (consultation de médecin à médecin seulement). Mise en place d'un comité du College of Physicians and Surgeons chargé d'élaborer des politiques sur les soins de fin de vie.	Adhésion des ambulanciers paramédicaux au rôle important qu'ils jouent dans la prestation d'une approche palliative des soins. Soutien et élaboration de protocoles du Saskatchewan College of Paramedic pour le traitement des personnes à domicile sans transport. Une formation paramédicale en soins palliatifs accessible aux personnes vivant dans les régions rurales et éloignées (solution en cours de recherche). Coûts et temps de formation. Accès limité des ambulanciers paramédicaux aux dossiers de santé électroniques. Chaque ancienne région fonctionnait encore séparément avec des systèmes électroniques. Le volume d'appels est élevé dans certains centres urbains. Accès constant aux ambulanciers paramédicaux dans certaines régions rurales et éloignées (bon nombre sont souvent hors service).



Services médicaux d’urgence de Services de santé Alberta (AHSEMS), Alberta

[Retour à la liste](#)

Population, volume d’appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitateurs systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Population de 4 100 000 habitants comprenant des collectivités urbaines, suburbaines et rurales et des Premières Nations réparties sur une superficie de 660 000 km². 500 000 demandes de services par année, avec 5 600 ambulanciers paramédicaux en soins primaires et en soins avancés. Les services de SPA et de SIR dépendent de la région géographique (certaines régions rurales n’offrant que le service de SIR).	Les services médicaux d’urgence (SMU) sont fournis directement par Services de santé Alberta (autorité sanitaire provinciale) et dans le cadre de contrats avec 32 autres exploitants d’ambulances (9-1-1 et transferts entre installations). Répartition centralisée/provinciale des SMU. Protocoles provinciaux de SMU (utilisés par tous les exploitants). Orientation médicale provinciale et consultation médicale en ligne offerte en tout temps par un petit groupe de médecins.	Services de santé Alberta (autorité sanitaire provinciale) est responsable de la prestation des services de santé dans la province. Il y a cinq zones opérationnelles (les régions sanitaires multiples n’existent plus). Tarif fixe pour les SMU (tarif fixe pour les événements de transport ou de non-transport). Aucuns frais pour les SMU (programme gouvernemental administré par l’Alberta Blue Cross pour les personnes de plus de 65 ans ou inscrites au programme de soins palliatifs de l’Alberta Blue Cross). Nous avons dû apporter des ajustements pour inclure le montant fixe des frais liés aux événements de non-transport (inférieur au tarif facturable habituel) pour les activités des SMU.	Les soins médicaux palliatifs sont prodigués par le médecin de premier recours ou l’infirmière-praticienne. Soutien des équipes de consultation en soins palliatifs; services et heures selon la géographie. Adultes – Personnel infirmier spécialisé et personnel infirmier praticien des équipes interprofessionnelles de soins à domicile et de soutien à la vie autonome dans les régions rurales, suburbaines et urbaines de la province. Équipes interprofessionnelles spécialisées en soins palliatifs dans les régions métropolitaines de Calgary et d’Edmonton, de jour, de soir et de fin de semaine, avec des infirmières autorisées de nuit sur appel. Pédiatrie — soins palliatifs dispensés par un médecin en soins palliatifs et une équipe interprofessionnelle (sur appel en tout temps); charge de travail de 15 à 20 patients en Alberta.	Les praticiens paramédicaux sont réglementés par l’Alberta College of Paramedics (<i>Health Professions Act</i>). Prestation des SMU régie par l’<i>Emergency Health Services Act</i> (services de santé d’urgence, ministère de la Santé).	Planification préalable des soins et désignation des objectifs des soins par les provinces, lancées en 2014. Le cadre provincial sur les soins palliatifs et les soins de fin de vie a été lancé en 2014 (engagement envers plus de 30 initiatives de soins palliatifs). Médecin de garde en soins palliatifs en tout temps (à l’heure actuelle, il est possible d’établir seulement un contact de médecin à médecin; lien possible avec un médecin des SMU qui fait des consultations en ligne — aucun appel direct des SMU à l’heure actuelle). La politique sur les décès prévus à domicile et les formulaires s’harmonisent avec le programme.	Aucun dossier de santé électronique unique (les ambulanciers paramédicaux n’ont pas accès aux dossiers des soins palliatifs, la collectivité n’a pas accès aux dossiers des ambulanciers paramédicaux). Coût et temps de formation (obstacle opérationnel des SMU). Plan minimal de pérennité des soins palliatifs communautaires. Besoin continu de formation, par ex. en matière de rôles, de médicaments, de capacité et de connaissances.



British Columbia Emergency Health Services (BCEHS), Colombie-Britannique

Population, volume d'appels, dotation	Modèle de prestation des SMU	Modèle de prestation du système de santé et données de facturation	Modèle de prestation des soins palliatifs communautaires	Réglementation propre aux ambulanciers paramédicaux	Facteurs facilitants systémiques (pour le projet)	Obstacles systémiques (pour le projet)
Nombre d'ambulanciers paramédicaux (personnel) – plus de 3 700 (plus de 4 000) Territoire de la Colombie-Britannique – 922 503 km² Population – 4 648 055 Autorités sanitaires régionales – Vancouver Coastal, Fraser, Vancouver Island, Northern et Interior Nombre de collectivités – 169 Nombre de postes d'ambulances – 184 Nombre de véhicules – 565 Nombre d'aéronefs – 11 Nombre d'appels traités par année – plus de 500 000	BC Emergency Health Services (BCEHS) supervise : 1) Service des ambulances de la C.-B. — se spécialise dans les soins préhospitaliers spécialisés aux patients en cas d'urgence médicale. 2) Service de transfert des patients de la C.-B. — ce service offre des transferts entre établissements planifiés, des transferts de soins intensifs pour les patients gravement malades ou blessés et des transferts de soins intensifs de l'équipe de transport des nourrissons pour les patients pédiatriques, néo-nataux et à risque élevé en obstétrique. 3) Programme des ambulanciers paramédicaux communautaires — améliore l'accès aux soins de santé dans les collectivités rurales et éloignées en rehaussant le rôle des ambulanciers paramédicaux communautaires. Centres de répartition provinciaux centralisés — Vancouver, île de Vancouver, Kamloops Soutien clinique provincial en tout temps fourni par CliniCall. Les spécialistes paramédicaux (ACP/PCP) fournissent un soutien clinique et des conseils techniques aux ambulanciers paramédicaux. Un soutien supplémentaire peut être fourni par le service de médecins offrant du soutien en ligne aux urgentologues (EPOS). Protocoles et guides de pratique clinique provinciaux. Surveillance réglementaire provinciale assurée par l'Emergency Medical Assistants Licensing Board (EMALB).	Les BCEHS relèvent de la Provincial Health Services Authority et fournissent des services dans toute la province. Les coûts – prévus par l'Emergency Health Services Regulation – pour les services sont les suivants : 1) Frais de réponse au 9-1-1 — 50 \$ 2) Transport par ambulance 9-1-1 — 80 \$ 3) Transfert entre hôpitaux — 0 \$ 4) Transfert entre établissements — 80 \$ 5) Augmenter les coûts pour les personnes qui ne sont pas bénéficiaires du régime de services médicaux de la C.-B.	La structure de soutien aux soins palliatifs varie selon les autorités sanitaires. En général, l'équipe interdisciplinaire comprend la division de médecine familiale, les médecins-conseils en soins palliatifs, les équipes de soins à domicile et en milieu communautaire et les infirmières cliniciennes spécialisées en soins palliatifs à l'échelle régionale. Dans 99 régions rurales et éloignées, les ambulanciers paramédicaux communautaires travaillent avec les équipes interdisciplinaires pour offrir des visites préplanifiées aux patients en soins palliatifs afin de soutenir les patients à domicile et leurs proches aidants.	L'EMALB [traduction] « est responsable de l'examen et de l'inscription de tous les assistants médicaux d'urgence (AMU) de la C.-B., y compris les premiers répondants, et de l'obtention de permis d'exercice. En vertu de la Emergency Health Services Act, la Commission établit les conditions d'obtention de licence. De plus, le conseil enquête sur les plaintes et tient des audiences au besoin. » BCEHS fournit des services de santé d'urgence provinciaux en vertu de l'<i>Emergency Health Services Act</i>.	Soutien clinique provincial en tout temps fourni par CliniCall. Les spécialistes paramédicaux (ACP/PCP) fournissent un soutien clinique et des conseils techniques aux ambulanciers paramédicaux. Un soutien supplémentaire peut être fourni par le service de médecins offrant du soutien en ligne aux urgentologues (EPOS). Élaboration d'un guide des pratiques cliniques propres aux soins palliatifs et aux soins de fin de vie. Élaboration et mise en œuvre du portail des patients en soins palliatifs de BCEHS pour partager les dossiers électroniques sur les soins aux patients avec les partenaires des autorités sanitaires afin d'améliorer la continuité des soins. Le soutien du ministère de la Santé et du BC Centre for Palliative Care et la représentation du comité directeur du projet et du groupe de travail sur l'évaluation.	Chacune des cinq autorités sanitaires de la C.-B. dispose de structures de gouvernance, d'accès et de systèmes électroniques uniques qui ne sont ni interreliées ni facilement accessibles aux parties externes. Coût et temps pour offrir une formation paramédicale, jumelés à un contexte syndiqué. Collaboration existante limitée entre les prestataires de soins. La majeure partie de la main-d'œuvre est composée de PCP dont la prestation de remèdes pharmacologiques est limitée en raison des restrictions relatives à l'obtention d'une licence.



Résumés des programmes

Les résumés des programmes qui suivent donnent des exemples précis de la façon dont chaque administration a conçu et mis en œuvre son programme. Pour comparer les composantes du modèle entre les administrations, voir le [Résumé des composantes du modèle de programme par administration](#). Pour de plus amples renseignements sur les lois, les règlements, les ressources des systèmes et les modèles de prestation de services de chaque administration, consulter le [tableau contextuel correspondant des administrations](#).

- [Eastern Health \(EH\), Terre-Neuve-et-Labrador](#)
- [Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick \(EM/ANB\), Nouveau-Brunswick](#)
- [Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa \(IRHO\), Ontario](#)
- [York Region Paramedic Services \(YRPS\), Ontario](#)
- [Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est \(IERHA\), Manitoba](#)
- [Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina \(SHA\), Saskatchewan](#)
- [British Columbia Emergency Health Services \(BCEHS\), Colombie-Britannique](#)

Résumé des composantes du modèle de programme par administration

Revenir à Comment naviguer dans cette trousse

Revenir à Méthode de mise en œuvre



Résumé du modèle de programme

Eastern Health (EH)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Le programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs (APSP) a vu le jour en avril 2019 dans la région métropolitaine de St. John's à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.). La région regroupe un certain nombre de communautés dans l'est de l'île et compte environ 206 000 habitants. Diverses raisons ont motivé son choix comme emplacement pilote pour le premier programme APSP à T.-N.-L. Tous les ambulanciers paramédicaux de la région métropolitaine sont des employés d'Eastern Health (EH) et l'effectif est composé d'ambulanciers paramédicaux en soins primaires (PSP) et d'ambulanciers en soins avancés (PSA).

Avant la fin du projet collaboratif échelonné sur quatre ans, EH remettra aux autres régies régionales de la santé de la province un plan détaillé de mise en œuvre du projet formulant des recommandations sur la façon de déployer l'APSP dans leur région. La conception initiale du projet a été élaborée à la suite d'un examen approfondi des services de soins palliatifs dans la région métropolitaine. Pendant l'évaluation du projet, nous avons toutefois déterminé que le modèle choisi pourrait ne pas fonctionner dans les régions rurales de la province pour diverses raisons (par ex. manque de PSA, recours à des répondants médicaux d'urgence plutôt qu'à des ambulanciers paramédicaux, nombre limité d'équipes spécialisées en soins palliatifs, etc.). Par conséquent, des changements ont été apportés à la conception du projet pour la deuxième année en fonction de l'évaluation de la première année du projet dans le but de mettre à l'essai un nouveau modèle dans les régions métropolitaines et rurales.

Ce résumé décrit le programme déployé au cours de la première et de la deuxième année afin de mettre en évidence les changements qui y ont été apportés.

Première année

Description du modèle

Pour recevoir des soins à domicile, les patients doivent être inscrits à l'APSP. Une fois leur demande approuvée, on leur attribue un numéro d'identification du programme pour patients particuliers (SPP) ainsi qu'un dossier à domicile. Pour se prévaloir du programme, les patients doivent composer le 9-1-1 et donner leur numéro SPP. Ainsi, le répartiteur dépêche une ambulance sans sirène ni gyrophares, dans laquelle se trouvent des ambulanciers paramédicaux formés en soins palliatifs. Pendant le trajet, les ambulanciers reçoivent de l'information sur le patient et ses antécédents par l'entremise du système de répartition assistée par ordinateur (RAO) et de la tablette qui y est associée. À leur arrivée au domicile du patient, ils prodiguent des soins conformément aux lignes directrices sur les soins palliatifs qui ont été élaborées pour appuyer ce programme.





Les options suivantes s'offrent alors patients de l'APSP et les décisions doivent être prises de façon collaborative entre le patient, les aidants et les ambulanciers paramédicaux :

- 1. Rester à la maison :** Les ambulanciers peuvent se référer aux lignes directrices sur les soins palliatifs pour traiter le patient à domicile sans transport à l'hôpital. Il n'est pas nécessaire de communiquer avec le médecin du centre de commandement médical (OLMC) si les ambulanciers ont agi conformément aux lignes directrices ni de remplir un formulaire de refus de soins si la personne est traitée à domicile. Toutefois, les ambulanciers peuvent consulter l'OLMC en tout temps pour obtenir des ordres ou des recommandations en matière de gestion des symptômes.
- 2. Transport vers une unité de soins palliatifs :** Pour qu'un patient puisse bénéficier de cette option dans la grande région de St. John's, l'unité de soins palliatifs du L.A. Miller Centre doit d'abord avoir préapprouvé un lit pour lui. Si le patient a obtenu cette préapprobation et que cette destination est retenue, les ambulanciers paramédicaux doivent communiquer avec l'unité des soins palliatifs pour savoir si un lit est disponible et si le patient peut y être transporté plutôt qu'aux urgences.
- 3. Transport aux urgences :** Cette option est choisie si le patient ou sa famille demande son transport à l'hôpital, si l'ambulancier estime que les besoins du patient ne peuvent être comblés par des ressources externes ou si l'OLMC le prescrit.

Lorsqu'un ambulancier paramédical est dépêché auprès d'un patient inscrit à ce programme, une alerte par courriel est automatiquement envoyée aux membres de l'équipe de soins palliatifs concernés afin que le suivi soit fait sans que les ambulanciers aient à prendre des dispositions particulières.

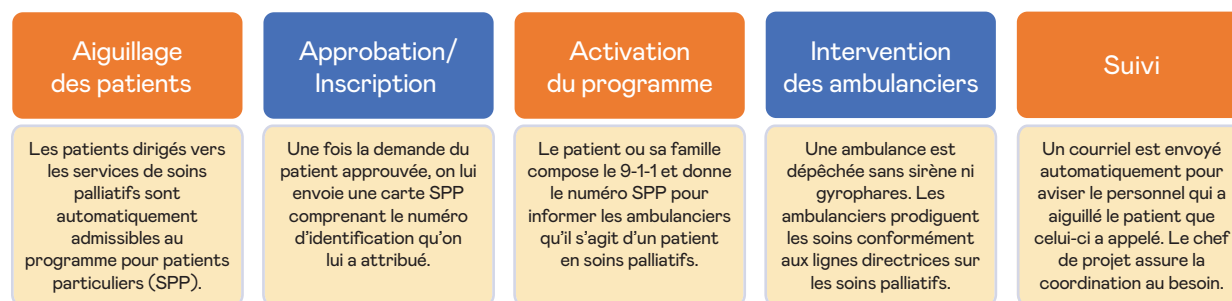


Figure 1 : Conception du programme – Première année



Principaux éléments

Un certain nombre d'éléments clés ont été nécessaires pour lancer le programme initial dans la région métropolitaine de St. Johns, notamment :

Élément	Description
Comité directeur/ Collaboration interdisciplinaire	L'une des premières mesures préparatoires en vue du lancement de l'APSP a été de créer un comité directeur composé de parties prenantes clés pour orienter l'élaboration, le lancement et l'évaluation du programme. Ce comité compte des représentants issus du gouvernement, des soins palliatifs, de la santé communautaire, de la médecine paramédicale, des familles de patients, etc.
Directives cliniques/ Directives de répartition	Voir le plan de formation pour en savoir plus.
Formulaire d'aiguillage en ligne	Les patients doivent avoir été aiguillés vers l'APSP pour pouvoir être traités à domicile. Un formulaire d'aiguillage en ligne a été créé afin que l'information soit transmise directement au SPP. Cette information est utilisée pour créer le numéro SPP et le profil du patient auxquels les ambulanciers paramédicaux ont accès sur le terrain.
Intégration du SPP et du RAO	Le SPP a été intégré au RAO. Ainsi, lorsqu'un patient appelle pour se prévaloir du programme, l'événement du RAO est lié à son dossier. L'agent des communications médicales peut ensuite transmettre cette information directement à la tablette située dans l'ambulance pour que les ambulanciers qui se rendent sur les lieux puissent la consulter.
Suivi – courriel automatisé	Lorsqu'un événement est créé dans le RAO, un courriel automatisé est envoyé à l'équipe soignante du patient (dont le nom figure dans le formulaire d'aiguillage) indiquant le numéro SPP du patient afin qu'un suivi soit effectué.
Ajout de nouveaux médicaments au complément des PSA/PSA	La métoclopramide et la diphényhydramine ont été ajoutées aux médicaments pouvant être administrés par les PCP à l'échelle de la province. La morphine, l'halopéridol et la scopolamine ont été ajoutés aux médicaments pouvant être administrés par les PSA de la région métropolitaine à des fins de soins palliatifs seulement. Une exemption fédérale a également été accordée aux PSA afin qu'ils puissent administrer de l'hydromorphone aux patients de l'APSP.
Médecin du centre de commandement médical (OLMC)	Tous les ambulanciers paramédicaux de la province peuvent communiquer en tout temps avec un OLMC. Tous les OLMC ont reçu une formation LEAP et peuvent consulter le médecin de garde en soins palliatifs au besoin.
Dossiers à domicile	Un dossier à domicile a été créé pour faciliter la communication interdisciplinaire au domicile du patient. Ce dossier regroupe de l'information sur le programme et la section réservée aux soins à domicile permet aux ambulanciers paramédicaux, au personnel infirmier, aux médecins et aux autres intervenants d'y consigner des renseignements. Le dossier à domicile est envoyé par la poste à tous les patients admis au programme.
Trousses de soins palliatifs	De l'équipement et des fournitures supplémentaires ont été prévus dans les ambulances en prévision de ce programme, notamment : des fournitures pour cathéters, des médicaments supplémentaires, des fournitures d'administration sous-cutanée de médicaments, des aiguilles à ailettes, etc.



Population

Au départ, les formulaires d'aiguillage de patients (de plus de 18 ans) provenaient de deux sources seulement :

1. Le service de consultation en soins palliatifs – Ce groupe était composé de médecins spécialisés en soins palliatifs et d'infirmières-conseils qui accueillent des patients hospitalisés et des patients externes dans la région métropolitaine de St. Johns.
2. Le programme de soins palliatifs et de soins en fin de vie en santé communautaire – Ce programme de soins infirmiers communautaires soutient les patients dans leurs huit dernières semaines de vie à domicile.

Les deux sources utilisaient la « question sur la surprise » au moment d'évaluer si un patient pourrait bénéficier d'une approche palliative.

Vers la fin de la première année, le Home Dementia Program, qui fournit des soins palliatifs à domicile aux patients qui y sont inscrits, a communiqué avec nous pour obtenir l'autorisation d'aiguiller des patients vers l'APSP. Nous avons accepté et le médecin ou l'infirmière praticienne associé au programme a établi un critère de fragilité pour déterminer l'admissibilité de ces patients.

À l'heure actuelle, nous travaillons à l'élaboration d'un ensemble plus détaillé de critères d'admissibilité qui seront utilisés à l'étape de l'expansion du programme et qui permettront au personnel et aux médecins d'autres entités d'aiguiller des patients vers l'APSP.

Deuxième année

À la suite de l'évaluation de la mise en œuvre de la première année et des répercussions inattendues de la COVID-19, le modèle du programme a été modifié de façon à mieux répondre aux besoins des patients en soins palliatifs et à tenir compte de la disponibilité des ambulances. À l'issue de la première année de l'APSP, nous avons déterminé qu'un certain nombre d'éléments pouvaient être améliorés pour la suite des choses. Tout d'abord, même si le programme a suscité un vif intérêt au sein de la communauté oncologique, nous avons constaté que nous n'étions pas bien reliés aux milieux associés à d'autres maladies chroniques, y compris ceux qui travaillent auprès des personnes âgées (voir la figure 2).

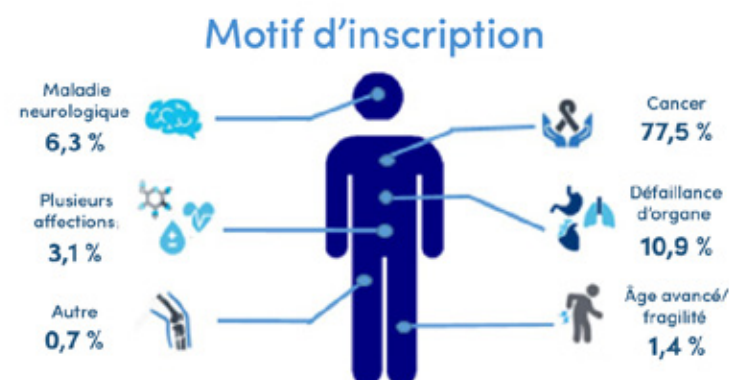


Figure 2 : Principales affections entraînant l'inscription aux soins palliatifs à la première année.



L'EH offre divers établissements d'aide à la vie autonome pour les personnes âgées, désignés comme étant des foyers de soins personnels (FSP) et des soins de longue durée (SLD). Dans la région, les FSP sont habituellement réservés aux personnes qui nécessitent peu d'assistance (par ex. aide pour la cuisine et le ménage, pour la prise de médicaments), tandis que les SLD proposent des soins personnels complets et une aide médicale fournie par divers professionnels de la santé sur place, y compris des infirmières autorisées. En 2019, ces établissements ont fait plus de 1 000 appels au 9-1-1, dont la majorité aurait pu être gérée à l'interne.

À la fin de la première année, l'APSP ne comptait qu'un faible pourcentage de patients inscrits vivant dans un FSP et aucun vivant en SLD. Nous avons considéré cette situation comme une occasion d'amélioration et avons décidé de mettre à l'essai un modèle de soins adapté à la prestation de soins collaboratifs à domicile aux résidents des FSP et des SLD, tout en nous efforçant de resserrer nos liens avec la communauté des soins palliatifs et d'accroître le taux d'inscription à l'APSP. Nous avons également déterminé que la deuxième année du programme devait être axée sur la création de liens avec d'autres groupes de médecins, y compris les omnipraticiens qui travaillent dans la communauté pour accroître le taux d'inscription au programme ainsi que les infirmières en santé communautaire pour soutenir les soins à domicile.

Le plan de projet de la deuxième année a été remis en question en mars 2020 avec l'arrivée de la pandémie de COVID-19. Pendant cette période, les appels de patients inscrits à l'APSP ont augmenté de 30 % de mars à avril. Les données préliminaires indiquent que cette augmentation était attribuable aux changements apportés au processus d'admissions et de visites aux unités d'hospitalisation ainsi qu'au désir accru des patients de mourir à domicile entourés de leurs proches. À l'heure actuelle, nous avons déterminé que le nombre d'ambulances était peut-être insuffisant pour fournir à la fois des soins d'urgence et palliatifs. Par conséquent, avec le soutien du partenariat, nous avons décidé de mettre à l'essai un nouveau modèle d'APSP qui, selon nous, fonctionnerait mieux à l'échelle provinciale.

Description du modèle

Selon la nouvelle version du modèle pour la deuxième année, des soins de jour seraient offerts sur une période de 12 heures aux patients de l'APSP et aux résidents des FSP ou des SLD par un seul PSA (appelé PSA-C) à bord d'une unité de soutien clinique (USC). La création du poste de PSA-C a été décidée à la lumière des données recueillies au cours de la première année du programme, qui démontraient certaines des difficultés éprouvées par les PSA au moment de répondre aux appels impliquant des soins palliatifs et le taux de succès élevé des PSA quant aux traitements à domicile. Les PSA-C se réfèrent aux mêmes lignes directrices cliniques que celles en place pour les interventions ambulancières, mais ils répondent aux appels impliquant des soins palliatifs de façon indépendante et se déplacent à bord de l'USC. Les appels des patients de l'APSP sont traités comme à l'habitude, à la différence qu'ils sont redirigés vers la tablette de l'USC entre 7 h 30 et 19 h 30. En dehors de cette période, ces appels sont traités conformément au modèle de soins précédents, c'est-à-dire par des ambulanciers paramédicaux formés en soins palliatifs.

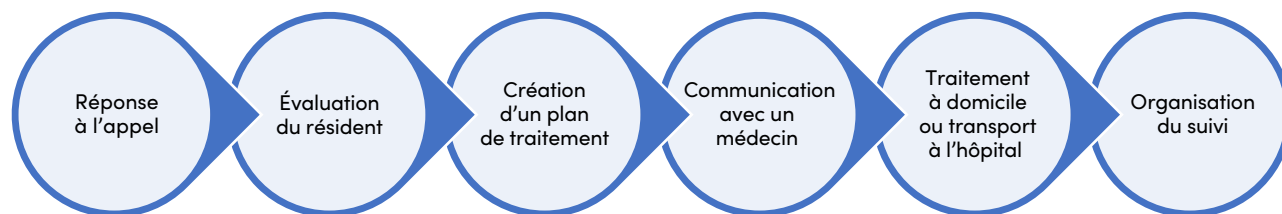


Figure 3 : Traitement des appels provenant de FSP/SLD.

De plus, nous avons élargi les protocoles de traitement à domicile aux résidents des FSP et des SLD. Pour ce faire, nous avons créé un ensemble de critères précis en fonction desquels un PSA-C pourrait être dépêché au moyen du logiciel ProQA. Si le RAO signale un appel de faible gravité provenant d'un FSP ou de SLD qui répond aux critères énoncés, un PSA-C est dépêché sur les lieux pour traiter le patient à domicile et le mettre en contact avec des équipes de soins palliatifs ou de l'APSP s'il y a lieu. Une fois sur place, le PSA-C intervient de façon autonome, évalue le résident et crée un plan de traitement adapté à la personne qui doit recevoir des soins, mais pour qui un transport à l'hôpital n'est pas nécessaire. La consultation d'un médecin est requise pour le traitement à domicile des résidents d'un FSP ou de SLD et, dans la mesure du possible, le PSA-C consulte le médecin qui travaille dans l'établissement. Si ce médecin n'est pas disponible, le PSA-C communique avec l'OLMC. Une fois le traitement terminé, le PSA-C ne peut pas décider de laisser le patient au FSP sans avoir consulté le médecin.

Si le transport à l'hôpital est nécessaire, le PSA demande du renfort et une ambulance est dépêchée sur place. Dans le cas où plusieurs appels étaient reçus en même temps, nous avons créé une option de mise en file d'attente et configuré l'envoi d'ambulanciers paramédicaux dûment formés jusqu'à ce que le PSA-C se libère.



Principaux éléments

Afin de réussir le lancement du nouveau modèle, plusieurs changements ont été apportés et des éléments clés ont été ajoutés, notamment :

Élément	Description
Création du poste d'PSA-C	Poste de spécialiste en services paramédicaux créé pour diriger la prestation des soins palliatifs. Nous avons utilisé une déclaration d'intérêt pour sélectionner les PSA qui s'intéressent aux soins palliatifs et une formation supplémentaire leur a été fournie pour les préparer à occuper le poste (voir le plan de formation).
USC	Aux fins du projet pilote, nous avons utilisé un Ford Escape comme USC. Le VUS était équipé d'une tablette permettant d'accéder au RAO, de trousse de soins immédiats en réanimation (SIR) et de soins préhospitaliers avancés (SPA) modifiées, d'un moniteur cardiaque, de trousse de soins palliatifs modifiées, etc. Comme le véhicule n'est pas équipé de sirène ni de gyrophares, les PSA-C ne répondent qu'aux appels non prioritaires 1.
Processus d'aiguillage vers l'APSP par les ambulanciers	Un processus a été créé pour permettre aux PSA-C de travailler avec d'autres ambulanciers paramédicaux, infirmières et médecins afin de mettre les patients en contact avec les soins palliatifs et de les aiguiller vers le programme APSP. On peut consulter un PSA-C pour lui parler de patients de la communauté qui pourraient bénéficier d'une approche palliative ou qui s'y intéressent. Il s'efforcera ensuite d'aiguiller ces patients vers les soins palliatifs et de remplir les demandes d'aiguillage appropriées pour les soins infirmiers en santé communautaire et l'APSP.
Processus de diagnostic et de traitement adaptés	Nous élaborons actuellement d'autres processus que les PSA-C pourront utiliser pour mieux aider les patients en FSP/SLD, par exemple : un processus accéléré d'imagerie diagnostique, de collecte et d'analyse des échantillons en laboratoire et de traitement de diverses infections.
Processus de rendez-vous de suivi	Un processus a été créé pour permettre aux PSA-C de prendre des rendez-vous de suivi pour les patients, au besoin. Pour ce faire, nous avons notamment créé un événement de « priorité 6 » dans le RAO, intitulé « PSA-C Recheck » (ou « Suivi PSA-C » en français). Les suivis peuvent être classés comme étant en attente dans le RAO créé pour le PSA-C et celui-ci peut programmer lui-même sa visite lorsqu'il est prêt à voir le patient.
Critères de triage pour les FSP/SLD	En collaboration avec le centre de commandement médical, le directeur médical et le directeur médical adjoint pour les services paramédicaux ont élaboré un ensemble de critères relatifs aux FSP/SLD. Ces critères décrivent de manière précise les appels pour lesquels un PSA-C peut être dépêché et le moment où une intervention ambulancière classique est requise. Les FSP participant au projet pilote seront désignés dans le RAO, de sorte qu'une fois que l'agent des communications médicales aura sélectionné l'endroit, il recevra un message lui rappelant d'envoyer un PSA-C, le cas échéant.
Partenariat avec les FSP/SLD et les omnipraticiens associés	Des partenariats ont d'abord été établis avec les FSP, car nous avons décidé de commencer par ces établissements. Nous avons rencontré les propriétaires ou exploitants qui ont exprimé leur intérêt envers le programme. Les critères de participation exigeaient simplement que le médecin travaillant dans l'établissement soit prêt à collaborer avec le PSA-C et qu'il puisse se rendre disponible pour des consultations téléphoniques au besoin. Le succès de ce modèle dépend de la collaboration avec ces médecins.
OLMC désigné	Aux fins du projet pilote, nous nommerons un autre OLMC qui sera joignable 12 heures par jour pour traiter les appels liés aux soins palliatifs et aux FSP/SLD.



Le modèle de programme de la deuxième année sera mis à l'essai et évalué continuellement sur une période de six mois.

Le projet pilote de la deuxième année comporte trois phases :

1. La phase 1 reprendra l'expansion et la planification de la pérennité d'avant la pandémie de COVID-19 et mettra à l'essai le nouveau modèle de soins dans tous les FSP de la région métropolitaine.
2. La phase 2 sera axée sur l'expansion du programme aux SLD et la collaboration avec des médecins ou des milieux associés à d'autres maladies afin d'accroître le taux d'inscription à l'APSP.
3. La phase 3 prévoit la mise à l'essai de ce modèle en région rurale sur une période de six mois.

Nous apporterons des changements à la conception du projet au besoin pour accroître sa réussite et procéderons éventuellement à la mise à l'essai du modèle de la deuxième année dans une région rurale supplémentaire.

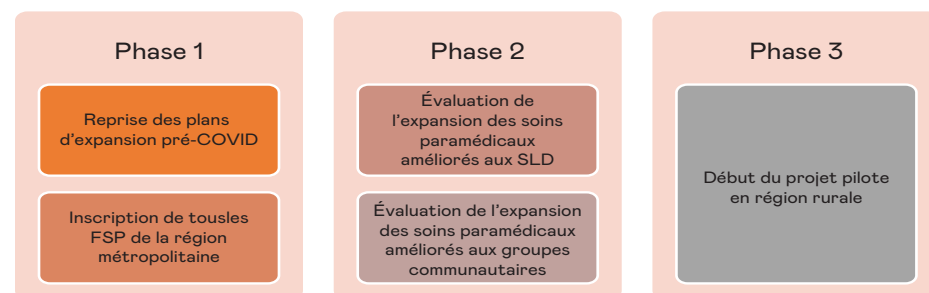


Figure 4 : Plan d'expansion de la deuxième année de l'APSP



Résumé du modèle de programme

Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Objectif : Inclure dans la trousse de changement des résumés décrivant le modèle de programme de chaque administration participante. Une fois rassemblés, les résumés de toutes les administrations fourniront une série d'exemples sur la façon dont la nouvelle pratique pourrait être élaborée et mise en œuvre dans différents contextes, régions et modèles de services.

Format : Résumé d'une ou de deux pages, visuellement attrayant (formatage final, graphiques, mise en page à déterminer)

Directives : Tenez compte des titres de contenu suivants et des questions incitatives lorsque vous décrivez votre modèle de programme. Les en-têtes et les questions incitatives ci-dessous servent de guide pour le contenu que vous pouvez inclure dans la description de votre modèle.

Principaux éléments

- Politique clinique
 - » Conçue pour orienter les soins aux patients; renferme des directives cliniques pour les travailleurs paramédicaux.
- Politiques et procédures opérationnelles
 - » Conçues pour orienter le processus visant à accroître la pratique collaborative d'EM/ANB dans la prestation de soins aux patients en soins palliatifs du Programme extra-mural (PEM).
 - » Comprennent des directives de répartition et des protocoles de communication pour les travailleurs paramédicaux d'ANB et les prestataires de soins de santé du PEM.
 - » Une « procédure normale d'exploitation » a été élaborée pour les prestataires de soins de santé du PEM afin d'inclure une collaboration accrue avec les travailleurs paramédicaux d'ANB.
- Conseils cliniques et consultation
 - » On demande aux travailleurs paramédicaux de communiquer avec le prestataire de soins de santé du PEM pour collaborer aux options de soins et communiquer les décisions relatives aux soins.
 - » Les prestataires de soins de santé du PEM communiquent avec le prestataire de soins primaires ou les spécialistes du patient en soins palliatifs au besoin pour modifier les ordonnances médicales.
 - » Les travailleurs paramédicaux continuent d'avoir accès en tout temps au médecin chargé de la consultation en ligne (CMEL) d'ANB. Ce groupe de médecins des services d'urgence (SU) peuvent apporter un soutien clinique par téléphone au besoin.





- Registre et répartition des soins palliatifs
 - » Tous les patients en soins palliatifs du PEM sont « signalés » dans le système de répartition assistée par ordinateur (RAO). Ainsi, nous pouvons repérer les demandes de soins palliatifs au moment de l'appel au 9-1-1. Cette information est transmise à l'équipe paramédicale d'intervention.
 - » Nous avons mis à jour les protocoles de transfert du service de répartition pour mieux répondre aux demandes de transfert de soins palliatifs (réservées comme « urgentes »/dans l'heure qui suit).
 - » Nous élaborons de nouveaux protocoles pour notre centre de répartition afin que l'intervention soit appropriée (sans sirène ni gyrophares) ainsi que des directives préalables à l'arrivée en matière de réanimation et de réanimation cardiorespiratoire (RCR).
- Changement dans la pratique clinique
 - » Le programme de formation comprenait l'intégration de l'échelle de performance pour soins palliatifs (PPS) et de l'Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EES) à la pratique paramédicale. Les travailleurs paramédicaux ont également reçu de l'information leur permettant d'installer l'application de soins palliatifs de Pallium sur leur appareil mobile comme outil de référence.
 - » Ajout de deux médicaments pour les travailleurs paramédicaux d'ANB (PCP et ACP) :
 - » Kétorolac (ToradolMD)
 - » Ondansétron (ZofranMD)
- Modèle de pratique collaborative :
 - » Les travailleurs paramédicaux sont priés de communiquer avec le prestataire de soins de santé du PEM pour assurer la continuité des soins. Celle-ci comprend la production d'un rapport sur la continuité des soins lorsque les patients en soins palliatifs ne sont pas transportés à l'hôpital ou qu'ils sont traités sur place.
 - » Les travailleurs paramédicaux laissent une copie écrite du dossier de soins au patient (DSP) au prestataire du PEM lorsque ce dernier est présent sur les lieux.
 - » Les prestataires du PEM, en consultation avec l'équipe des soins primaires, peuvent prendre des dispositions pour l'admission directe (par transport ambulancier) à une unité de soins palliatifs ou à un centre de soins palliatifs plutôt qu'aux urgences.

Critères d'inclusion/population

- Ce service est offert aux patients en soins palliatifs préalablement inscrits au PEM qui figurent au registre de RAO, sans restriction d'âge. Il comprend également les patients en soins palliatifs du PEM qui sont sur le point d'être ajoutés au registre.
- Tout autre patient ayant des objectifs de soins palliatifs ou une maladie limitant l'espérance de vie auprès duquel les travailleurs paramédicaux d'ANB sont dépêchés est aiguillé vers le PEM afin que son dossier soit évalué. Ces patients pourraient rester chez eux en signant un formulaire de « refus de transport » et le formulaire d'aiguillage vers le PEM jusqu'à ce qu'ils soient inscrits au programme.



Description du modèle

- Activation
 - » Les patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie sont admis au Programme extra-mural (PEM), souvent appelé « l'hôpital sans murs » par leur prestataire de soins primaires et sont désignés comme étant en soins palliatifs avec une espérance de vie de six mois.
 - » Les administrateurs du PEM remplissent un formulaire en ligne pour inscrire les patients en soins palliatifs dans le système de répartition des ambulances d'ANB.
 - » Les patients sont encouragés à appeler leur prestataire du PEM lorsqu'ils ont besoin d'aide. Cependant, ils peuvent aussi composer le 9-1-1 en situation de crise.
- Activités sur place
 - » Ces patients sont traités régulièrement par des prestataires de soins de santé du PEM qui connaissent leur plan de soins et leurs objectifs de soins.
 - » Collaboration/consultation/communication téléphonique d'ANB avec le prestataire du PEM
 - » Dans la mesure du possible, le PEM laissera sur place un « plan de soins partagés » à des fins de référence pour les travailleurs paramédicaux et pour la communication interdisciplinaire EM/ANB. Il s'agit d'une solution provisoire jusqu'à ce que le N.-B. dispose d'un dossier de soins de santé électronique accessible à tous les prestataires.
 - » Les travailleurs paramédicaux d'ANB suivent les directives cliniques et pratiques.
- Clôture de l'appel/aiguillage
 - » Les travailleurs paramédicaux d'ANB devraient communiquer avec les prestataires du PEM par téléphone ou par ligne enregistrée au centre de répartition afin de fournir un rapport sur la « continuité des soins » après chaque demande de service.
 - » Les travailleurs paramédicaux ne sont plus tenus de remplir la documentation sur le « refus de soins » pour les patients en soins palliatifs du PEM lorsque les soins sont fournis « sur place ».

Aperçu de la mise en œuvre du modèle/programme

- Ce programme a été mis en œuvre à l'échelle de la province le 2 mars 2020.
- Le processus de mise en œuvre comprenait les étapes suivantes :
 - » Élaboration d'un « modèle de soins », y compris les commentaires des parties prenantes
 - » Élaboration de procédures cliniques et opérationnelles
 - » Élaboration et prestation de la formation
 - » Lancement du projet à l'échelle de la province
 - » Suivi, rétroaction et communication en continu
 - » Éducation permanente.



- Le Programme extra-mural et Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB) sont gérés par Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick (SSMNB) en vertu d'un contrat avec le ministère provincial de la Santé. Le personnel de première ligne d'EM/ANB (travailleurs paramédicaux, répartiteurs, infirmiers de vol, professionnels de la santé du PEM) est à l'emploi du gouvernement provincial.
- Le PEM du Nouveau-Brunswick fournit des services de soins de santé primaires aux Néo-Brunswickois de tous les âges, dans leur domicile et leur collectivité.
 - » L'équipe du PEM offre des services de soins de courte durée, palliatifs, de réadaptation et de soutien, en plus de donner aux patients un accès à des services supplémentaires, dont ceux de médecins, d'ergothérapeutes, de physiothérapeutes, de thérapeutes respiratoires, d'orthophonistes, de travailleurs sociaux, de diététistes cliniques, de pharmaciens et d'infirmiers, tous les jours, 24 heures sur 24.
 - » Le PEM, souvent appelé « l'hôpital sans murs », comprend une équipe de plus de 850 professionnels qui fournissent des services de soins à domicile de qualité aux résidents admissibles lorsque les besoins de ces derniers peuvent être satisfaits en toute sécurité dans la collectivité.
 - » Le PEM fonctionne selon un modèle axé sur le patient et la famille ainsi que sur l'établissement et le maintien de partenariats avec eux, les médecins, les organismes, les services et les autres prestataires de services afin de mieux répondre aux besoins des patients.
- Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB) est l'organisme chargé de fournir des services d'ambulance terrestre et aérienne aux Néo-Brunswickois et à leurs invités.
 - » Grâce à une équipe de plus de 1 000 répartiteurs médicaux d'urgence hautement qualifiés, travailleurs paramédicaux et infirmiers de vol, ANB répond chaque année à plus de 100 000 appels d'aide et de transferts entre établissements.
 - » Notre priorité est d'offrir les meilleurs soins possible aux patients sur les lieux et d'assurer leur transport sécuritaire et rapide à l'hôpital. Nous nous efforçons de contribuer à la création de collectivités sûres et saines partout dans la province.
 - » Ambulance Nouveau-Brunswick est le prestataire provincial de services ambulanciers depuis 2007. Notre autorité et notre permis sont accordés par le ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick.



Résumé du modèle de programme

Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

The Ottawa Hospital | L'Hôpital d'Ottawa

Affiliated with
Affilié à



L'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO) s'emploie à mettre en œuvre un nouveau modèle pour les ambulanciers paramédicaux qui dispensent des soins palliatifs dans trois régions de l'Ontario. Il s'agit d'une initiative axée sur les patients recevant des soins palliatifs, laissant à ces derniers le choix de gérer leurs symptômes à domicile sans devoir se rendre à l'hôpital. Nous nous attendons à ce que les patients et leur famille expriment un niveau de satisfaction plus élevé à l'égard des ambulanciers paramédicaux durant ces cas. Les fournisseurs de soins de santé devraient également en tirer des avantages. En effet, les équipes de soins palliatifs à domicile bénéficieront d'un soutien accru pour leurs patients. Les services paramédicaux réduiront le nombre de transports vers les hôpitaux, ce qui aura une incidence sur les retards de déchargement et le temps total consacré à l'exécution de la tâche. Les hôpitaux réduiront le nombre de visites inutiles aux urgences et d'admissions en soins de courte durée.

Cette initiative englobera les neuf exploitants de services ambulanciers (ASO) du Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (RPPEO), les neuf ASO de la région Horizon Santé-Nord (HSN) près de Sudbury ainsi que les neuf ASO de la région du Centre for Paramedic Education and Research (CPER) près de Hamilton et de Niagara. La préparation au déploiement sera terminée d'ici la fin de 2021 et les résultats seront suivis jusqu'en mars 2023. Les travaux réalisés dans le cadre de ce projet devraient fournir un cadre garantissant une mise en œuvre durable et uniforme dans les autres bases hospitalières régionales de l'Ontario. Ainsi, tous les patients en soins palliatifs en Ontario recevront des soins uniformes et pourront bénéficier du programme.

Le nouveau modèle s'accompagnait de changements nécessaires à apporter à plusieurs procédures du 9-1-1, de sorte que les ambulanciers puissent traiter les symptômes d'un patient en soins palliatifs et que les patients et leur famille aient le choix de rester chez eux. Toutes les méthodes ont été approuvées par le ministère de la Santé de l'Ontario et appuyées par les cadres de gestion de la qualité en place. Le projet pilote a d'abord été mené à Ottawa. Nous l'étendrons aux autres régions pour assurer l'uniformité à l'échelle de l'Ontario. Les changements que nous aborderons plus en détail dans ce document sont notamment les suivants :

1. Un service d'inscription lié à la base de données de l'Ontario sur les patients recevant des soins à domicile appelé Système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS). Grâce à lui, les patients en soins palliatifs savent qu'ils feront partie du programme et que leurs renseignements médicaux seront communiqués aux ASO et aux ambulanciers paramédicaux pour assurer des soins sécuritaires et appropriés.
2. Un nouveau processus d'appel au 9-1-1 qui signale le patient dans le système du Centre intégré de répartition d'ambulances (CIRA) avec un avertissement dans le champ de l'adresse. Il s'agira d'un processus automatisé provenant du système CHRIS. Les agents de communication du CIRA pourront ainsi aviser les ambulanciers paramédicaux du 9-1-1 qu'ils verront un patient en soins palliatifs.



3. Une nouvelle directive médicale, qui est l'approche ontarienne en matière de lignes directrices cliniques. Celle-ci décrit les processus que l'ambulancier paramédical doit suivre lors d'une intervention auprès d'un patient ayant des besoins en soins palliatifs : diagnostic de l'état du patient, solutions pour soulager les symptômes et administrer les médicaments nécessaires, aiguillage du patient vers l'équipe régulière de soins palliatifs et possibilité pour le patient de rester chez lui.
4. Plusieurs nouveaux médicaments destinés à soulager les symptômes devront être entreposés dans l'ambulance.
5. Des aiguillages vers l'infirmière à domicile et l'équipe qui offre actuellement des soins continus aux patients en soins palliatifs.
6. Un programme d'assurance de la qualité pour assurer le suivi de toutes les visites en soins palliatifs et garantir l'évaluation, le suivi et la déclaration des services.
7. Un cycle Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (PEEA) d'amélioration de la qualité pour évaluer et améliorer le processus dans le cadre de sa mise en œuvre.
8. Un programme de formation pour tous les ambulanciers paramédicaux couvrant tous les changements susmentionnés.

Services de recrutement et d'inscription des patients

Les patients du projet de soins palliatifs paramédicaux seront inscrits au début de leur parcours de soins à domicile par le coordonnateur des soins à domicile et en milieu communautaire (HCC). Lorsque ce dernier s'enquiert auprès du patient de l'organisation de ses services à domicile, il l'informe des services de soins infirmiers et de soins personnels qu'il recevra. Il l'avise également qu'en cas d'urgence, un ambulancier paramédical formé aux soins palliatifs répondra à ses besoins. Le patient consentira à ce que ses renseignements personnels soient communiqués à l'organisme paramédical, de sorte que les ambulanciers de première ligne connaissent sa position sur l'ordonnance de non-réanimation et sur ses objectifs de soins. Les HCC inscriront le choix du patient dans la base de données du Système de renseignements concernant la santé du client (CHRIS), un système de Santé Ontario qui répertorie tous les patients en soins communautaires et à domicile de l'Ontario.

À la demande de l'équipe de l'IRHO, CHRIS a été mis au point pour avoir un aperçu quotidien des patients inscrits en soins palliatifs aux HCC (charge professionnelle 95 en termes de CHRIS) et créer une liste de ces patients (qui ont donné leur permission et qui ont une ordonnance de non-réanimation) aux fins d'aiguillage vers le CIRA. Le système CHRIS chargera automatiquement le dossier des patients sur le site de partage de fichiers du ministère de la Santé, où 22 CIRA (tous les CIRA de l'Ontario) prendront chaque dossier en charge. Le système centralisé de répartition des ambulances (CAD) affichera un indicateur d'avertissement dans le champ de l'adresse du patient pour indiquer qu'un patient, vivant à cette adresse, est admissible au programme et qu'il y a consenti. Cet avertissement indiquera au début de chaque appel au CIRA que ce patient peut présenter des symptômes particuliers à traiter.

Ce système est en développement et sera achevé en septembre 2021. Entre-temps, nous avons mis en œuvre plusieurs méthodes d'inscription manuelle des patients afin de commencer à offrir des services de soins palliatifs.



Nouvelles procédures d'appels au 9-1-1

Pour les patients inscrits par les HCC, le système CIRA indiquera que leur adresse domiciliaire compte un patient inscrit sur la liste des soins palliatifs – une option disponible d'ici la mise à jour du CHRIS. Lorsqu'un appel au 9-1-1 proviendra de ladite adresse, l'agent de communication du CIRA verra l'indicateur d'avertissement et demandera si l'appel concerne le patient en soins palliatifs. Le répartiteur informera les ambulanciers paramédicaux répondant à ce type d'appel.

Nouvelle directive médicale et nouvelles procédures relatives aux interventions sur place des ambulanciers paramédicaux

Tous les ambulanciers paramédicaux (PSP et PSA) seront formés et le service sera offert 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

À son arrivée sur les lieux, l'ambulancier paramédical vérifiera l'identité du patient, vérifiera qu'il est en soins palliatifs et dispose d'une équipe dédiée, et informera le patient des services qu'il peut lui offrir. La nouvelle directive médicale couvre les symptômes comme la douleur ou la dyspnée, les hallucinations ou l'agitation, les nausées ou les vomissements et le rôle agonique. Les procédures et les médicaments pour chaque symptôme sont décrits dans la directive médicale.

L'ambulancier paramédical obtiendra le consentement du patient pour effectuer un examen et intervenir de façon ciblée ou lui prodiguer un traitement. Lorsque les patients ne sont pas inscrits sur la liste des patients ou présentent des affections qui ne sont pas visées par les directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs, les ambulanciers paramédicaux procéderont conformément aux directives énoncées dans les normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales (ALS PCS) et les normes de soins de base de maintien des fonctions vitales (BLS PCS). Si le patient demande le transport à l'hôpital à tout moment pendant l'appel, les ambulanciers paramédicaux amorceront le transport et reprendront les soins conformément à ces directives.

Si le patient ou le mandataire spécial indique une préférence pour le traitement à domicile, démontre sa capacité à en bénéficier et présente des symptômes qui sont visés par la directive médicale, les ambulanciers paramédicaux mettront en place le traitement à domicile. Les ambulanciers paramédicaux consigneront leurs interventions dans le rapport sur les soins ambulanciers (ACR) en utilisant les nouveaux codes attribués par le ministère de la Santé pour les symptômes des soins palliatifs. S'il y a lieu, l'ambulancier paramédical mettra également à jour le dossier à domicile des soins aux patients, utilisé par l'infirmière à domicile, en consignait des données sur la visite et les résultats. Les ambulanciers paramédicaux sont invités à communiquer avec le médecin de la base hospitalière s'ils ont des questions ou besoin de soutien. Le personnel paramédical appellera l'infirmière ou le médecin de garde pour le patient en soins palliatifs et l'informeront de son état clinique actuel, du traitement administré et de la destination (domicile ou hôpital).

À la fin de l'appel, l'ambulancier paramédical vérifiera auprès du patient ou de son mandataire spécial qu'il préfère rester chez lui s'il répond aux critères définis dans la directive médicale et réacheminera le cas à l'infirmière en soins palliatifs à domicile. Le transfert des soins à l'équipe de soins primaires se fait de deux façons : d'abord par l'appel téléphonique à l'infirmière ou au médecin de garde du patient, puis par l'ajout d'une note dans le dossier du patient au sujet des soins fournis par les ambulanciers paramédicaux.



Nouveaux médicaments

La directive médicale sur les soins palliatifs du projet spécial contient de nouveaux médicaments pour soulager les symptômes chez les patients ayant besoin de soins palliatifs. La morphine, l'hydromorphone et le salbutamol seront utilisés pour soulager la douleur ou la dyspnée. L'halopéridol et le midazolam seront utilisés pour traiter les hallucinations ou l'agitation. L'halopéridol, l'ondansétron et le diménhydrinate seront utilisés pour traiter les nausées et les vomissements. Enfin, le glycopyrrolate et l'atropine seront utilisés pour traiter le rôle agonique.

Parmi ces médicaments, plusieurs sont utilisés depuis peu par le service ambulancier et par les ambulanciers paramédicaux. Leur entreposage et leur utilisation ont été autorisés par le ministère de la Santé de l'Ontario. Nous surveillerons leur utilisation et leur efficacité au cours du cycle de rétroaction de l'étude afin de déterminer l'utilisation et la nécessité de chaque médicament, à l'aide de la méthodologie d'amélioration de la qualité et des cycles Planifier – Exécuter – Étudier – Agir (PEEA).

Nouvelles relations avec les équipes de soins palliatifs

Les nouveaux processus mis en place pour servir les patients ayant des besoins en soins palliatifs ont contribué à la communication entre les équipes de soins palliatifs à domicile et les ambulanciers paramédicaux. Au début des soins palliatifs du patient, le coordonnateur des HCC expliquera les services offerts par l'équipe des soins à domicile et la disponibilité du service paramédical en cas d'urgence. Les HCC veilleront à ce que l'équipe des soins à domicile soit le premier contact à appeler, les ambulanciers paramédicaux devant se montrer disponibles en cas de visites d'urgence. À la fin de la visite paramédicale, les ambulanciers paramédicaux feront toujours rapport des soins prodigués à l'équipe des soins à domicile. Cela permet d'assurer un suivi après la visite d'un ambulancier paramédical et de veiller à ce que les soins soient fournis par l'équipe des soins palliatifs à domicile et que l'ambulancier paramédical ne participe qu'à l'intervention d'urgence.

Programme d'assurance de la qualité pour le contrôle de la mise en œuvre

Le contrôle de l'efficacité du programme sera indispensable à sa réussite. Nous avons mis en place des plans destinés à examiner tous les aspects de notre projet pilote et de sa mise en œuvre. Nous contrôlerons les aspects suivants :

1. L'efficacité des programmes de formation
2. L'efficacité de la directive médicale
3. L'efficacité de la solution informatique
4. L'efficacité des procédures ayant été modifiées
5. L'efficacité du programme général
6. Les résultats pour les patients.



Formation

La trousse de formation a été élaborée par le médecin responsable de l'initiative de l'IRHO, la D^{re} Valérie Charbonneau, en consultation avec des experts en soins palliatifs de la région d'Ottawa. La formation visait à s'assurer que les ambulanciers paramédicaux possèdent les connaissances et les outils nécessaires pour gérer des patients complexes ayant des besoins en soins palliatifs. Ces patients inscrits en soins palliatifs nécessitent une approche différente en matière d'évaluation et de traitement, qui tient compte de leurs objectifs de soins.

La présentation couvre les domaines suivants :

Module 1 : Introduction

Module 2 : Mourir dans la dignité

Module 3 : Communications

Module 4 : Exemptions relatives aux projets spéciaux

Module 5 : Dyspnée

Module 6 : Douleur

Module 7 : Hallucinations et agitation

Module 8 : Nausées et vomissements

Module 9 : Traiter et aiguiller

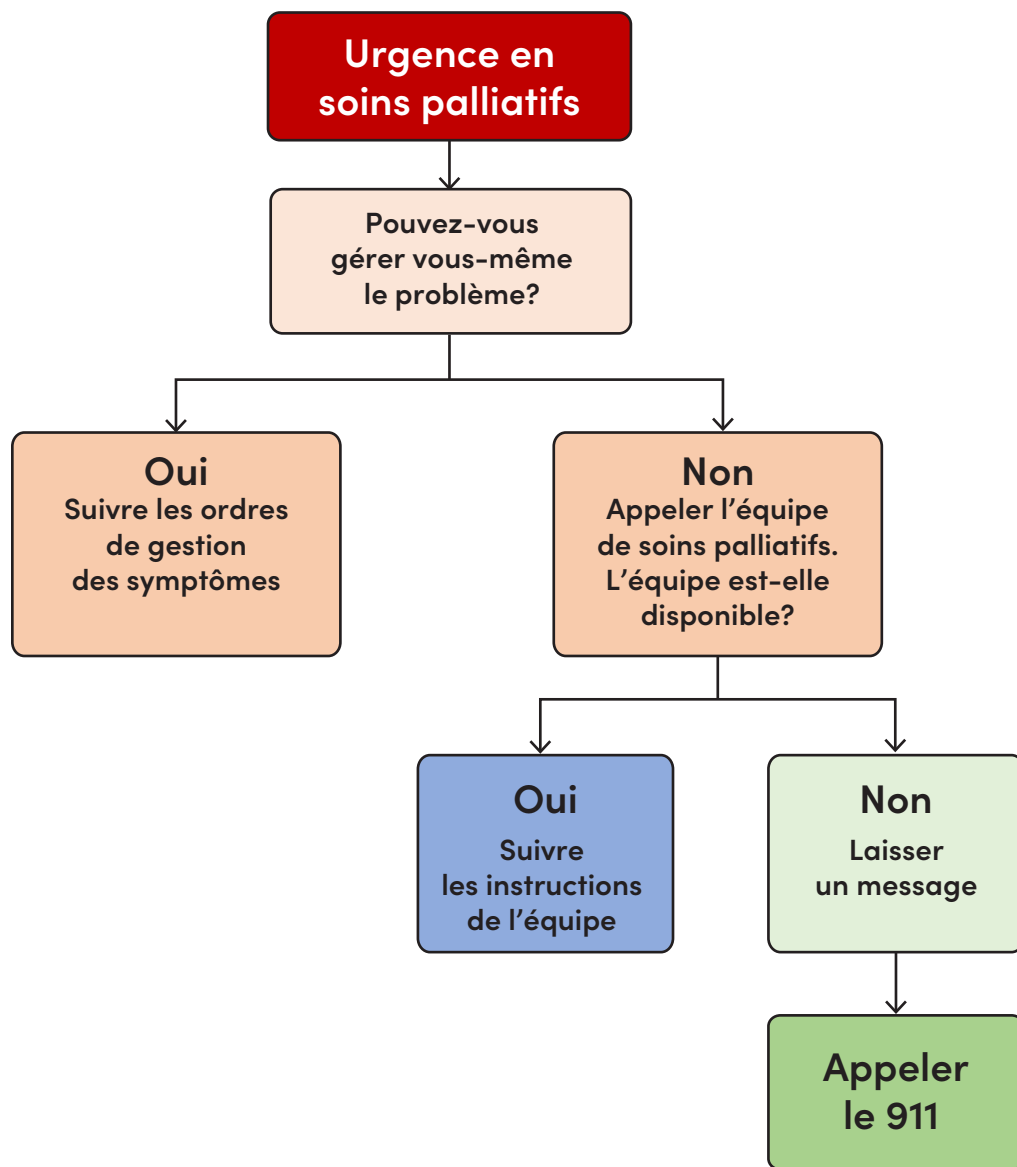
Module 10 : Premières Nations

Module 11 : Aperçu d'un appel au 9-1-1 concernant un patient recevant des soins palliatifs

Dans chaque module, une vidéo distincte présente le thème et le sujet. Elle est suivie de questions pour assurer la compréhension du contenu. Toutes les formations font l'objet d'un suivi dans les systèmes de gestion de l'apprentissage (LMS) pour s'assurer que le personnel paramédical a terminé les modules. Toutes les bases hospitalières et tous les services paramédicaux de l'Ontario disposent d'installations semblables pour dispenser la formation.



Annexe 1 – Formation des patients et des proches aidants





Résumé du modèle de programme

York Region Paramedic Services (YRPS)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Description du modèle

En collaboration avec les partenaires des soins à domicile et en milieu communautaire (HCC), nous avons élaboré des processus pour identifier les patients qui reçoivent des soins palliatifs dans la collectivité. Lorsque ces patients appellent le 9-1-1, ils sont inscrits sur place auprès des Services paramédicaux de la région de York (YRPS).

À leur arrivée et lors de leur évaluation, les ambulanciers paramédicaux établiront si les affections qui se présentent sont visées par les directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs. Si tel est le cas, les ambulanciers paramédicaux informeront le patient ou le mandataire spécial qu'un traitement reçu à domicile peut constituer une solution de rechange au transport vers les urgences. Si le patient ou le mandataire spécial démontre sa capacité et manifeste une préférence pour le traitement à domicile, l'ambulancier paramédical obtiendra le consentement dans le dossier électronique sur les soins aux patients (ePCR). Les ambulanciers paramédicaux vérifieront si le patient est soigné par l'équipe des soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire en consultant le cartable des soins à domicile du patient et l'ordonnance de non-réanimation valide présentée au ministère de la Santé. Les ambulanciers paramédicaux amorceront ensuite le traitement à domicile et aiguilleront le patient vers l'équipe des soins palliatifs à domicile et communautaires aux fins de suivi.

Si ces documents ne sont pas disponibles, sont incomplets ou présentent des affections qui ne sont pas visées par les directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs, les ambulanciers paramédicaux procéderont conformément aux directives énoncées dans les normes de soins avancés de maintien des fonctions vitales (ALS PCS) et les normes de soins de base de maintien des fonctions vitales (BLS PCS). Ces patients peuvent être aiguillés vers les soins à domicile et en milieu communautaire dans le cadre du programme d'aiguillage par les ambulanciers paramédicaux des YRPS dirigé par le groupe des ambulanciers paramédicaux communautaires sur consentement du patient. Cette mesure favorisera également l'identification précoce dans la collectivité des patients qui bénéficieraient d'une approche palliative de leurs soins.





Au besoin, pendant le traitement, les ambulanciers paramédicaux ont l'occasion de consulter le médecin en soins palliatifs. Si l'avis donné par ce dernier ne fait pas partie des directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs, les ambulanciers paramédicaux s'adresseront au médecin de la base hospitalière pour obtenir une autorisation de traitement. L'aiguillage vers l'équipe des soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire est effectué par téléphone ou par message vocal au coordonnateur de soins du patient. Enfin, les ambulanciers paramédicaux rempliront également un résumé du traitement lors d'un appel de soins palliatifs comprenant un formulaire en copie carbone. Une copie sera laissée dans le cartable des services à domicile du patient afin qu'il puisse communiquer immédiatement avec l'équipe des soins palliatifs et tout autre prestataire de soins de santé en visite pour consultation. L'autre copie sera retournée à l'administration centrale des YRPS pour examen.

Si le patient demande le transport à l'hôpital à tout moment pendant l'appel, l'ambulancier paramédical amorcera le transport et reprendra les soins conformément aux directives énoncées dans les BLS PCS. Les directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs peuvent être maintenues si le patient a pour but de demeurer en état de confort. Si le patient ou sa famille décide de ne pas suivre l'approche palliative des soins, l'ambulancier paramédical reprendra les soins conformément aux directives énoncées dans les ALS PCS et les BLS PCS. Tout traitement qui ne cadre pas dans les ALS PCS constituera une communication obligatoire avec le médecin de la base hospitalière.

Inscription des patients

En collaboration avec les partenaires des soins à domicile et en milieu communautaire (HCC), nous avons élaboré des processus pour identifier les patients qui reçoivent des soins palliatifs dans la collectivité. Lorsque ces patients appellent le 9-1-1, ils sont inscrits sur place auprès des YRPS. À leur arrivée, les ambulanciers paramédicaux vérifient si le patient est soigné par l'équipe des soins palliatifs à domicile et en milieu communautaire en consultant le cartable des soins à domicile du patient et l'ordonnance de non-réanimation valide présentée au ministère de la Santé. L'ambulancier paramédical vérifie l'identité du patient et confirme que les documents sont complets.



Directive médicale

Pour ce projet, des directives médicales du projet spécial sur les soins palliatifs ont été créées pour les ambulanciers paramédicaux de soins primaires et les ambulanciers paramédicaux en soins avancés. Les directives médicales ont été présentées et approuvées par le comité médical consultatif en mai 2019.

Lorsque l'appel au 9-1-1 sera fait, les ambulanciers paramédicaux sur place évalueront la capacité du patient ou du mandataire spécial si le patient est incapable. Les ambulanciers paramédicaux informeront les patients qu'un traitement reçu à domicile constitue une solution de rechange au transport vers les urgences. Ils obtiendront leur consentement pour tout traitement dispensé. Le consentement sera consigné dans le dossier électronique sur les soins aux patients (ePCR).

Si le patient et le mandataire spécial ne peuvent démontrer leur capacité, les ambulanciers paramédicaux transporteront le patient aux urgences.

Les ambulanciers paramédicaux sont priés de consigner les détails de ces conversations et leur évaluation de la capacité dans l'ePCR.

Les codes du rapport sur les soins ambulanciers (ACR) ont été mis à jour par le ministère de la Santé. Ils sont propres aux traitements en soins palliatifs. Ils serviront à décrire les mesures prises par les ambulanciers sur place. Vous trouverez ci-joint une copie des nouveaux codes. Nous sommes en train de mettre à jour notre ePCR en y intégrant ces nouveaux codes. Les ambulanciers paramédicaux recevront une formation à leur sujet.



Résumé du modèle de programme

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est (IERHA)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Principaux éléments

Tandis que le Manitoba poursuit la transformation de son système de santé à l'échelle de la province, et l'IERHA étant un fournisseur de services relativement modeste au Manitoba, le Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile (APSPD) a été conçu et mis sur pied en tenant compte des spécificités régionales dans un environnement où les contraintes et les hypothèses provinciales sont importantes et en constante évolution. Le but est de déployer un service qui pourrait croître et s'étendre à l'échelle de la province. Veuillez noter que le service décrit ici et élaboré à ce jour ne comprend pas les composantes propres à nos communautés des Premières Nations et ne prend pas en compte les fonctionnalités prévues associées à des services informatiques connexes plus fiables. La planification et la conception de ces composantes se feront au cours des prochaines phases.

Les principales composantes du Programme de soins palliatifs paramédicaux à domicile (APSPD) tel qu'il a été conçu et mis sur pied à ce jour sont les suivantes :

Registre régional des soins palliatifs : Le programme régional existant de soins palliatifs de l'IERHA exige que les patients qui souhaitent obtenir des soins palliatifs s'inscrivent au service. Le projet APSPD s'appuie sur le registre électronique existant et l'a modifié pour y inclure un identifiant unique appelé numéro de programme pour patients particuliers (SPP).

Numéro SPP : Le numéro SPP est utilisé par les patients/familles/proches aidants qui appellent le 9-1-1 pour obtenir des services de soins palliatifs d'urgence et qui mentionnent au centre de répartition l'appel concerne un patient inscrit au programme de soins palliatifs. Il permet également aux travailleurs paramédicaux de vérifier l'inscription du patient au programme afin d'utiliser le nouvel algorithme des services médicaux d'urgence (SMU) en soins palliatifs de l'IERHA.

Changements apportés au processus régional d'inscription aux soins palliatifs : L'APSPD utilise le processus d'inscription au programme de soins palliatifs de l'IERHA pour s'assurer que les patients inscrits connaissent ce service et qu'on leur a fourni les outils et le soutien nécessaires pour l'utiliser.

Outils et matériel à domicile : Tous les patients reçoivent un autocollant à coller sur leur réfrigérateur, où figurent leur nom et leur numéro SPP, des instructions pour s'identifier lorsqu'ils appellent pour obtenir des soins palliatifs d'urgence et l'endroit où est rangée leur documentation. On leur remet également une carte pour portefeuille à utiliser lorsqu'ils ne sont pas chez eux.





Changements dans les flux de travail de l'équipe de soins à domicile : Les membres de l'équipe de soins travaillant à domicile, y compris le personnel des soins palliatifs et des soins à domicile, ont été formés pour informer les patients du programme, de la mise à jour de l'autocollant et de tous les documents présents au domicile, y compris la copie papier de leur dossier médical et leur Trousse d'information pour les situations d'urgence (TISU).

Changements pour les patients qui appellent pour obtenir des soins palliatifs d'urgence : Toutes les personnes inscrites au programme de soins palliatifs de l'IERHA sont informées du processus d'appel pour obtenir des soins d'urgence lorsque leur équipe soignante habituelle n'est pas disponible. Conformément aux directives inscrites sur l'autocollant, on leur demande de s'identifier et de fournir leur numéro SPP lorsqu'elles appellent pour obtenir des soins.

Changements apportés au processus de répartition : Le personnel du Centre de coordination du transport des malades (MTCC) en milieu rural du Manitoba a été formé pour consigner le numéro SPP et en informer l'unité d'intervention afin qu'elle soit au courant de la nature de l'appel.

Confirmation de l'inscription : Une fois sur place, les travailleurs paramédicaux de Soins communs peuvent vérifier l'inscription du patient au programme de soins palliatifs de l'IERHA à l'aide du numéro SPP figurant sur l'autocollant ou la carte pour portefeuille avant d'entreprendre le protocole de soins palliatifs de l'IERHA.

Algorithme des soins palliatifs de l'IERHA : Un nouvel algorithme des soins médicaux d'urgence (SMU) a été élaboré. Il ne concerne que les patients inscrits au programme de soins palliatifs de l'IERHA et ne peut être utilisé que par les travailleurs paramédicaux de Soins communs qui travaillent à l'IERHA et qui ont reçu une formation sur les pratiques exemplaires ou la prestation de soins palliatifs à domicile, ainsi que sur ce nouvel algorithme et les traitements et actes délégués connexes. Le nouvel algorithme des SMU de l'IERHA présente deux nouveaux médicaments et deux nouveaux actes délégués pour soulager la douleur et les symptômes, notamment :

- Médicaments : Timbres de scopolamine et ondansétron.
- Interventions : Les travailleurs paramédicaux pourront installer un dispositif d'administration de médicaments par voie sous-cutanée si le patient n'est plus en mesure de les prendre par voie orale. Ils pourront injecter par cette voie soit les médicaments qu'ils transportent avec eux, soit ceux qui ont été prescrits par un prestataire de soins primaires et fournis par la pharmacie et laissés au domicile du patient. Désormais, les travailleurs pourront également rincer un cathéter de Foley bloqué ou obstrué.

Travailleurs paramédicaux formés : Tous les travailleurs paramédicaux de Soins communs en service à temps plein et à temps partiel travaillant à l'IERHA ont reçu une formation sur le cours LEAP Paramédical de Pallium Canada, le nouveau protocole de soins palliatifs de l'IERHA, les médicaments et aux procédures qui y sont associés, ainsi qu'aux changements connexes en matière de flux de travail et de documentation. La plupart des employés occasionnels ont également été formés et une formation continue est prévue pour les autres infirmiers. Des travailleurs employés par les communautés des Premières Nations suivent également une formation.



Traitement et congé : Avant la mise en œuvre de ce service, les travailleurs paramédicaux devaient faire signer un refus de service aux patients qui ne voulaient pas être transportés à l'hôpital. Ce service permet aux travailleurs de soigner le patient sur place et de lui donner son congé, sans qu'un refus de service soit signé. Ce service assure également le traitement et le transport au besoin.

Échange d'information : Les travailleurs paramédicaux dépêchés auprès de patients inscrits laisseront une copie papier du dossier sur les soins aux patients (PCR) dans le dossier médical à domicile pour s'assurer que les autres membres de l'équipe des soins à domicile sont au courant de l'intervention et des soins fournis. À la suite de l'appel, les PCR sont télécopiés au gestionnaire du programme des soins palliatifs qui en assurera le suivi, au besoin. La collaboration entre les programmes sera renforcée. En effet, l'échange d'information sera bidirectionnel et multimodal. Des notes sur l'évolution du patient seront laissées dans son dossier médical des mises à jour sur le patient seront faites par téléphone aux coordonnateurs de dossiers (si les travailleurs estiment que le patient a besoin d'un soutien accru à domicile ou d'équipement supplémentaire essentiel à sa sécurité) et au personnel en soins palliatifs et par télécopieur pour transmettre le PCR.

Évaluation économique/des avantages : En attendant la mise en place des dossiers électroniques sur les soins aux patients (ePCR), l'information provenant des PCR en version papier est saisie dans un répertoire électronique pour faciliter, surveiller, évaluer et produire des rapports. Cela s'inscrit dans la stratégie d'amélioration continue et de respect des exigences des partenaires de financement en matière de rapports.

Soutien aux travailleurs paramédicaux : Les travailleurs paramédicaux peuvent demander de l'aide aux superviseurs de garde qui ont suivi le cours LEAP Paramédical ou Les fondements du LEAP. Un soutien médical de garde est également disponible, mais nous n'avons actuellement pas accès aux médecins de garde en soins palliatifs. Les travailleurs paramédicaux ont reçu de l'information pour accéder à la ressource en ligne MesOutilsDeuil.ca. On leur a également présenté les étapes à suivre pour vérifier leur état réciproquement, y compris les façons de débiter une conversation, après une intervention. Tous les travailleurs paramédicaux travaillant à l'IERHA ont accès à des services de consultation par l'entremise du programme d'aide aux employés qui offre dix séances gratuites par année. Tous ces outils ont été mis en avant lors des séances de formation en classe.

Pérennité : Plusieurs travailleurs paramédicaux travaillant à l'IERHA, y compris notre éducateur en SMU et un superviseur, ont reçu la certification d'animateurs de LEAP Paramédical de Pallium pour appuyer le programme de formation continue des travailleurs paramédicaux.



Critères d'inclusion/population

- Seuls les patients inscrits au programme de soins palliatifs de l'IERHA qui détiennent un numéro SPP peuvent accéder à ce service.
- Les travailleurs paramédicaux doivent vérifier l'inscription des patients au programme avant d'utiliser le protocole de soins palliatifs de l'IERHA.
- Seuls les travailleurs paramédicaux de Soins communs formés qui travaillent à l'IERHA peuvent utiliser le protocole de soins palliatifs de l'IERHA.

Description du modèle

Activation : Tous les patients inscrits au programme de soins palliatifs de l'IERHA reçoivent un autocollant et une carte pour portefeuille qui décrivent la procédure à suivre pour obtenir des soins d'urgence. En cas de crise et s'ils ont besoin de soins d'urgence, ils effectuent un appel au 9-1-1 (ou à leur numéro local dans certains cas). Ils doivent alors s'identifier et fournir leur numéro de programme pour patients particuliers (SPP) au centre d'appels. Ce dernier informera l'unité répondante du numéro SPP à l'origine de l'appel.

Confirmation de l'inscription : Une fois sur place, les travailleurs paramédicaux peuvent vérifier l'inscription du patient au programme de soins palliatifs de l'IERHA à l'aide du numéro SPP figurant sur l'autocollant, sur la carte pour portefeuille et dans le dossier médical

Fournir des soins selon une approche palliative : Grâce à la formation, aux outils et aux conseils dispensés pendant les séances de formation, les travailleurs paramédicaux sont en mesure de fournir des soins au domicile des patients qui auraient sinon été transportés vers un centre de soins de courte durée. Cela leur permet de rester plus longtemps chez eux, dans l'espace souhaité, entourés de leurs proches. Les travailleurs formés sont maintenant en mesure de vérifier que le patient est inscrit au programme de soins palliatifs, d'accéder à son dossier médical et à la Trousse d'information pour les situations d'urgence pour comprendre le plan de soins du patient et ses objectifs de soins. Ils peuvent suivre une approche palliative pour gérer la douleur et les symptômes en suivant un protocole propre aux soins palliatifs et apporter un soutien psychosocial au patient et à sa famille. Conformément au nouveau protocole de soins palliatifs, certains travailleurs peuvent administrer des médicaments supplémentaires pour soulager les patients en fin de vie (timbres de scopolamine et ondansétron par voie IV). Ils peuvent également rincer le cathéter urinaire des patients inscrits au programme de soins palliatifs.

En dehors du protocole des soins palliatifs, tous les travailleurs paramédicaux ont été formés pour travailler avec douceur, perturber le moins possible l'environnement du patient et prendre le temps d'écouter les problèmes qui touchent le patient en considérant ce dernier dans son intégralité (c.-à-d. sur les plans physique, mental et spirituel). Tous les travailleurs peuvent utiliser des techniques autres que la gestion pharmacologique, notamment : changer l'environnement du patient pour l'aider à se calmer, placer un ventilateur au bout du lit pour créer un mouvement d'air, s'assurer que des aides auditives ou visuelles sont fournies et évaluer les croyances culturelles ou religieuses qui s'avéreraient primordiales pour le patient et sa famille pendant la fin de vie.



Clôture de l'appel : Le travailleur paramédical dépêché sur place décrira les soins fournis dans le PCR et en laissera une copie dans le dossier médical du patient. Il indiquera la date et l'heure ainsi que son nom et son numéro de licence dans les notes d'évolution du dossier. Un message téléphonique sera laissé au coordonnateur des dossiers patients ou à l'infirmière en soins palliatifs. Une fois de retour au poste, il enverra le PCR par télécopieur vers un dossier de télécopie partagé auquel le personnel des soins palliatifs a accès.

Acceptation du traitement : Le PCR comporte une zone indiquant que le patient a été traité sur place; si vous cochez cette case, le patient ou sa famille n'est pas tenu(e) de signer le PCR indiquant son refus d'être transporté vers un centre de soins de courte durée.

Soutien et autosoin des travailleurs paramédicaux : Outre le soutien psychosocial des patients et des familles, les travailleurs paramédicaux ont également été formés aux techniques de soutien mutuel après une rencontre difficile avec un patient. Ils ont également été informés de la création du nouveau site Web, MesOutilsDeuil, par le Portail palliatif canadien. Ces outils peuvent être utilisés dans de nombreuses situations, pas seulement dans le cas d'un patient inscrit au programme de soins palliatifs.

Aperçu de la mise en œuvre du modèle/programme

Au 19 octobre 2020, le service décrit dans le présent document a été mis en œuvre à l'échelle de la région de l'Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est. En raison des répercussions de la COVID-19, nous avons dû retarder sa planification, sa conception et son déploiement dans nos communautés des Premières Nations ainsi que la mise en œuvre de toute solution informatique connexe. Ces composantes du service seront abordées dans des phases continues et ultérieures. Comme il est décrit dans la documentation sur le contexte, ce service a été conçu et mis au point en tenant compte des contraintes régionales dans un contexte provincial en pleine transformation. Nous nous attendons à ce que des modifications soient apportées au service lorsque nous serons en mesure de mobiliser des partenaires provinciaux pour améliorer les services informatiques. L'expansion du service dans le reste de la province entraînera également des changements, dont la possibilité d'accéder à des technologies de l'information plus fiables et à un soutien médical de garde.



Résumé du modèle de programme

Régie de la santé de la Saskatchewan

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Buts du programme

Les buts principaux du programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs à domicile (APSPD) sont les suivants :

- Identification précoce des patients qui souhaitent bénéficier d'une approche palliative des soins
- Prestation de soins urgents pendant la crise symptomatique et en fin de vie à l'endroit choisi par le patient
- Réduction des transferts évitables vers les services d'urgence et les soins de courte durée
- Amélioration de collaboration interdisciplinaire
- Augmentation de la satisfaction des patients et des familles
- Hausse du degré de connaissance et d'aisance des ambulanciers paramédicaux lors de la prise en charge de patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie et dont les objectifs de soins cadrent avec une approche palliative

Population de patients et critères d'inclusion

Tous les patients atteints d'une maladie limitant l'espérance de vie et dont les objectifs de soins cadrent avec une approche palliative des soins sont admissibles. La prestation du programme variera selon la région en fonction de l'emplacement géographique, de la présence d'un programme de soins palliatifs ou à domicile et de la disponibilité des ressources paramédicales.

Critères d'inclusion :

- Patient bénéficiant d'une approche palliative de soins gérés par un médecin, une équipe soignante ou les deux
- Objectifs de soins du patient conformes au traitement sur place choisi, au confort et à une gestion des symptômes
- Acceptation par le patient et sa famille du traitement à domicile
- Symptômes liés à l'affection palliative du patient
- Possibilité d'organiser un suivi pour soutenir le patient après l'événement





Modèles de réponses

Ambulanciers paramédicaux des SMU

Les ambulanciers paramédicaux qui travaillent aux services médicaux d'urgence (SMU) sont principalement responsables de la gestion des symptômes pendant une crise symptomatique et en fin de vie. L'intervention des ambulanciers paramédicaux est activée au moyen du système 9-1-1 par un patient, un membre de la famille ou un prestataire de soins de santé. Tous les soins dispensés reposent sur un modèle collaboratif entre les ambulanciers paramédicaux et les équipes soignantes du patient, ce qui comprend :

- Un médecin de famille ou le prestataire principal de soins
- Un médecin en soins palliatifs
- Un médecin de garde joignable virtuellement
- Un infirmier praticien
- Une infirmière autorisée accompagnée d'une équipe de soins palliatifs ou de soins de santé primaires

Après la clôture de l'événement, des soins continus sont fournis par les équipes soignantes du patient et les ambulanciers paramédicaux n'interviennent plus dans l'appel.

Ambulanciers paramédicaux communautaires

Les ambulanciers paramédicaux communautaires jouent un rôle plus vaste et plus complet auprès de la population qui reçoit des soins palliatifs. Les principaux éléments de la médecine paramédicale communautaire sont les suivants :

- Identification précoce des patients qui souhaitent bénéficier d'une approche palliative des soins
- Amorce des conversations sur les objectifs de soins
- Sensibilisation du patient et de sa famille
- Gestion provisoire des symptômes
- Aiguillage vers les services appropriés et disponibles

Les ambulanciers paramédicaux communautaires utilisent une approche holistique pour s'assurer que les patients et leurs familles reçoivent du soutien à domicile. De plus, les équipes paramédicales communautaires travaillent en étroite collaboration avec les prestataires de soins primaires pour assurer la gestion des symptômes non urgents et pour répondre aux besoins en soins après les heures normales de travail.

Les ambulanciers paramédicaux communautaires peuvent également collaborer avec les ambulanciers paramédicaux des SMU pour fournir des soins en cas de crise symptomatique et en fin de vie, et peuvent être en mesure d'assurer une prestation prolongée de soins sur place et d'assurer un suivi après une crise.



Résumé du modèle de programme

British Columbia Emergency Health Services (BCEHS)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Principaux éléments

- Plan d'intervention clinique en soins palliatifs – Assess, See, Treat and Refer (ASTaR) [évaluation, consultation, traitement et aiguillage]** – Politique et pratique fondamentales de BCEHS permettant aux patients ayant des besoins en soins palliatifs qui souhaitent être traités à domicile de rester chez eux en toute sécurité et d'éviter un transport aux urgences.
 - » **Guide de pratique clinique** – Guide de pratique clinique propre aux soins palliatifs et de fin de vie pour les urgences palliatives, fondé sur les meilleures données probantes actuelles, accessible aux ambulanciers paramédicaux sans égard à leur licence.
 - » **Proposition d'essai d'entonox et de kétamine** – Pour les ambulanciers paramédicaux de soins primaires (PCP) dont la licence ne permet pas l'administration d'opioïdes.
 - » **Processus d'aiguillage/de suivi** – Dossiers électroniques sur les soins aux patients (ePCR) liés à un portail des patients en soins palliatifs de BCEHS qui avise automatiquement les autorités sanitaires partenaires et les ambulanciers paramédicaux communautaires en soins avancés en milieu rural (RACCP) de BCEHS en vue d'un suivi des patients (consultation virtuelle) dans les 24 à 48 heures.
 - » **Amélioration de l'accès à l'information sur le plan de soins à domicile** – Mobilisation des autorités sanitaires partenaires pour assurer l'accès des ambulanciers paramédicaux à l'information sur le plan de soins (c.-à-d. objectifs des soins, ordonnances sur la portée du traitement [MOST]), décès prévu à domicile, ordonnances de non-réanimation) et coordonnées disponibles, afin d'adopter une approche collaborative en matière de soins.
- Prise en charge des appels au 9-1-1 et activation du bureau d'appel de CliniCall** – Mise en place d'une procédure au 9-1-1 comprenant un moyen systémique de repérer et de signaler adéquatement les patients en soins palliatifs et en fin de vie afin que des spécialistes paramédicaux ayant reçu une formation LEAP puissent procéder au triage secondaire.
- Transport vers d'autres destinations** – Adoption d'une politique de BCEHS autorisant le transport vers un autre centre de soins palliatifs (où des dispositions ont été prises et un lit a été confirmé).



Facteurs facilitant le traitement sur place

Gouvernance clinique

1. **Arrêtés ministériels 146 et 147** – Permettent l'élargissement du champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux afin qu'ils puissent traiter les patients sur place sans transport aux urgences. Les arrêtés ministériels (AM) exigent également que nous assurions un suivi de tous les patients qui ne sont pas transportés aux urgences.
2. **Plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR**
3. **Portail des patients en soins palliatifs de BCEHS** – Facilite la continuité des soins en rendant accessibles les ePCR des patients admis au plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR aux fins du suivi, ce qui satisfait aux exigences d'atténuation des risques prévues par les AM 146 et 147.

Formation¹

La formation en soins palliatifs a évolué parallèlement à la progression du projet pour répondre aux besoins actuels, notamment en passant du cours LEAP en personne au cours en ligne de BCEHS-Pallium mis en œuvre au printemps 2020. Les ambulanciers paramédicaux continuent de suivre la formation clinique propre à BCEHS pour compléter la mise en œuvre du programme.

Résumé

- a. Formation clinique :
 - i. Cours LEAP Paramédical
 - ii. Cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium : Palliative Care – The Essentials (en anglais seulement) pour les PCP et Palliative Care – Advanced Practice (en anglais seulement) pour les ACP.
 - iii. Cours sur la boîte à outils MonDeuil du Portail palliatif canadien
 - iv. BCEHS Schedule 2 Endorsement course for Administration of Palliative Medications (en anglais seulement)
 - v. BCEHS – Subcutaneous Access Maintenance and Administration (en anglais seulement)
- b. Formation administrative :
 - i. Cours de BCEHS sur le plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR
 - ii. Procédure opérationnelle normalisée sur les soins palliatifs et la fin de vie
 - iii. Guide de pratique clinique de BCEHS
 - iv. Lignes directrices de BCEHS sur le transport vers d'autres destinations (Transport to Hospice [en anglais seulement])

¹ Voir le [résumé de la formation](#) pour en savoir plus sur le déploiement et la méthode de formation de BCEHS.



Critères d'inclusion/population

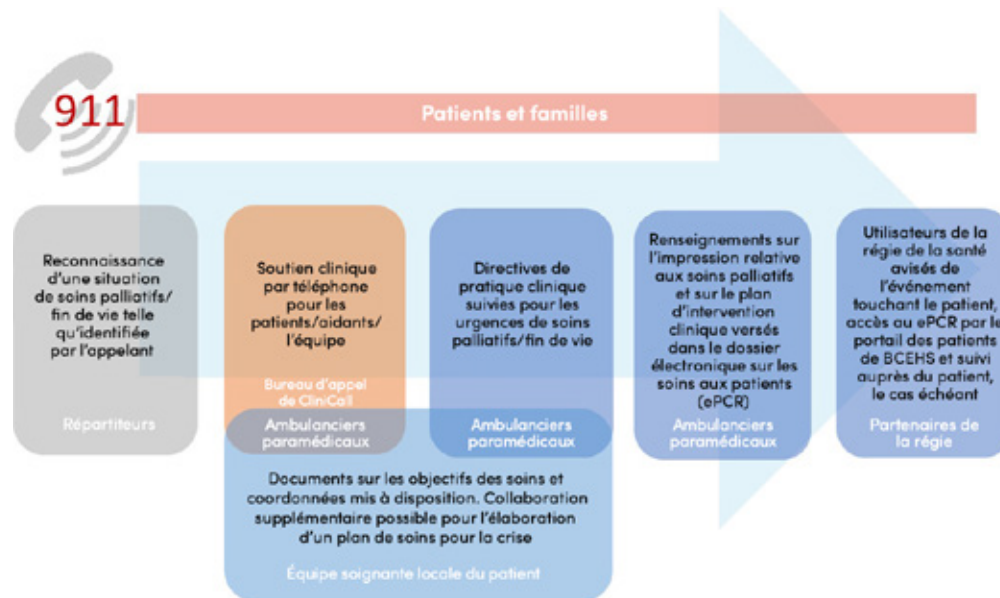
Pendant l'appel au 9-1-1

- Toute personne qui appelle le 9-1-1 et qui mentionne recevoir des soins palliatifs déclenche l'activation du bureau d'appels de CliniCall, qui peut offrir de l'aide clinique immédiate par téléphone aux patients et aux proches aidants.

Sur les lieux

- Le patient reçoit un diagnostic de stade avancé de maladie limitant l'espérance de vie; OU
- Les soins sont actuellement axés sur le confort et la gestion des symptômes plutôt que sur des interventions thérapeutiques; ET
- Les symptômes présents sont considérés comme étant liés à l'affection palliative du patient; ET
- Le patient ou le proche aidant accepte le traitement sur place.

Description du modèle





Contexte organisationnel

- Nombre d'ambulanciers paramédicaux – Plus de 3 700
- Territoire de la Colombie-Britannique – 922 503 kilomètres carrés
- Population – 4 648 055
- Autorités sanitaires régionales – Vancouver Coastal, Fraser, Vancouver Island, Northern et Interior
- Nombre de collectivités – 169
- Nombre de postes d'ambulances – 188
- Centres de répartition – Vancouver, île de Vancouver, Kamloops
- Nombre de véhicules – 565
- Nombre d'aéronefs – 11
- Nombre d'appels traités par année – 595 000

Méthode de mise en œuvre

La mise en œuvre comporte deux composantes principales :

- a) Formation : Il s'agit d'offrir une formation en soins palliatifs aux ambulanciers paramédicaux, qui comprend les cours énumérés ci-dessus ou dans le résumé de la formation.
- b) Intégration au portail des patients en soins palliatifs de BCEHS : Les équipes locales de santé à domicile et de santé communautaire doivent être intégrées au portail de BCEHS pour y accéder. Pour ce faire, il faut mettre en œuvre un processus propre à leur équipe quant à la personne qui reçoit les renseignements sur le patient et la façon dont elle effectue le suivi avec le patient. BCEHS coordonne ensuite l'accès au portail pour les personnes concernées en créant un compte IDIR, en offrant une formation sur l'utilisation du portail et en soutenant les équipes tout au long du lancement.



En juin 2020, BCEHS a lancé le projet pilote au sein d'une collectivité par autorité sanitaire dans le but de recueillir les leçons apprises, de tirer parti des réussites clés et d'inviter les responsables régionaux des soins palliatifs au sein de chaque autorité sanitaire à parrainer le programme de façon à l'étendre à l'échelle de la province d'ici le 31 mars 2022.

Au départ, nous avions prévu d'élargir le programme en ajoutant de cinq à dix autres sites, mais en raison de la COVID-19 et du financement supplémentaire reçu, nous avons été en mesure de procéder à une expansion encore plus importante². Le projet est actuellement en vigueur dans 13 sites et nous prévoyons son expansion dans 47 sites supplémentaires, où leur intégration au portail des patients en soins palliatifs de BCEHS est en cours en vue d'un lancement d'ici mars 2022.

De plus, en raison de la pandémie de COVID-19, le plan d'intervention clinique ASTaR a été mis à la disposition de tous les ambulanciers paramédicaux en soins intensifs, en soins avancés et en soins primaires de BCEHS.

2 La COVID-19 s'est avérée un facteur facilitant l'expansion du projet à l'échelle de la province. Contrairement aux collectivités participant au projet pilote, celles qui n'y participent pas ne reçoivent pas le soutien de leur autorité sanitaire pour le suivi des patients auprès desquels les ambulanciers paramédicaux sont intervenus. Du printemps 2020 à l'été 2021, les RACCP ont plutôt procédé à des consultations virtuelles dans les 24 à 48 heures suivant une intervention ne nécessitant pas le transport à l'hôpital d'un patient en soins palliatifs. Ce suivi est assuré par les spécialistes paramédicaux depuis septembre 2021.



Résumés de la formation

Qu'il s'agisse d'élaborer leur propre formation à l'interne ou d'utiliser des produits de formation commerciaux ou gratuits, les administrations misent sur différentes stratégies pour élaborer et offrir de la formation en vue de soutenir le programme. Les résumés de la formation qui suivent décrivent la stratégie d'éducation de chaque administration pour appuyer la mise en œuvre de son programme.

- [Eastern Health \(EH\), Terre-Neuve-et-Labrador](#)
- [Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick \(EM/ANB\), Nouveau-Brunswick](#)
- [Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa \(IRHO\), Ontario](#)
- [York Region Paramedic Services \(YRPS\), Ontario](#)
- [Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est \(IERHA\), Manitoba](#)
- [Régie de la santé de la Saskatchewan, région de Regina \(SHA\), Saskatchewan](#)
- [British Columbia Emergency Health Services \(BCEHS\), Colombie-Britannique](#)

[Revenir à Comment naviguer dans cette trousse](#)[Revenir à Sensibilisation et formation](#)[Revenir à Pérennité](#)[Revenir à Formation administrative et clinique](#)



Résumé de la formation

Eastern Health (EH)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Le programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs (APSP) a vu le jour en avril 2019 dans la région métropolitaine de St. John's à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.). À la fin du projet collaboratif échelonné sur quatre ans, Eastern Health (EH) remettra aux autres régies régionales de la santé de la province un plan détaillé de mise en œuvre du projet formulant des recommandations sur la façon de déployer le programme APSP dans leur région. Par conséquent, le plan de formation décrit dans ce document a été spécialement adapté à la région métropolitaine. Les leçons tirées de ce processus serviront à mieux orienter la sélection de cours offerts aux autres ambulanciers paramédicaux de T.-N.-L.

Contenu de la formation

La première mouture du plan de formation visant à offrir aux ambulanciers paramédicaux de la région métropolitaine de St. John's une formation en soins palliatifs comportait deux volets : le cours LEAP Paramédical de Pallium et l'autoformation relative aux nouvelles lignes directrices sur les soins palliatifs qui ont été élaborées pour appuyer la mise en œuvre de ce projet.

Formation LEAP

Afin d'offrir de la formation sur les soins palliatifs aux ambulanciers paramédicaux, EH a donné le cours LEAP Paramédical de Pallium à tous les ambulanciers paramédicaux travaillant dans la région métropolitaine de St. John's et à tous les directeurs médicaux du système de commandement d'intervention qui travaillent à T.-N.-L. La formation LEAP comprend un volet en ligne de huit heures et une séance en classe de même durée sur des sujets tels que :

- Prise en charge en soins palliatifs
- Prise de décisions et planification des soins avancés
- Douleur, dyspnée, détresse psychologique, nausées et vomissements, et delirium en soins palliatifs
- Urgences palliatives
- Derniers jours et dernières heures





Lignes directrices et protocoles sur les soins palliatifs

En collaboration avec le bureau du directeur médical provincial et l'unité des soins palliatifs du Miller Centre, EH a élaboré et mis en œuvre des lignes directrices sur les soins palliatifs en plus des protocoles cliniques existants des ambulanciers paramédicaux de soins primaires (PSP) et ambulanciers en soins avancés (PSA). Les deux ensembles de lignes directrices ont été conçus pour donner aux ambulanciers paramédicaux de la région métropolitaine la capacité de traiter les patients à domicile de façon autonome en fonction des symptômes manifestés par le patient.

Les lignes directrices comprenaient des options de traitement pour :

** Veuillez noter que les options de traitement énoncées dans les lignes directrices peuvent changer en fonction du champ d'exercice des ambulanciers paramédicaux pour lequel elles ont été rédigées (p. ex. PSP ou PSA).*

Approche générale des soins palliatifs	Déshydratation en soins palliatifs
Lignes directrices sur le transport vers d'autres destinations de soins palliatifs	Sécrétions en soins palliatifs
Douleur en soins palliatifs	Hémorragie terminale (PSA seulement)
Nausées et vomissements en soins palliatifs	Échelle de douleur
Essoufflement en soins palliatifs	Échelle de performance pour soins palliatifs
Delirium et agitation en soins palliatifs	Échelle d'évaluation des symptômes d'Edmonton (EASE)
Convulsions en soins palliatifs	Définitions des ordonnances de non-réanimation
Constipation en soins palliatifs	Liste des médicaments

De plus, des trousse de formation ont été conçues et distribuées pour couvrir les nouvelles composantes des soins ajoutées aux lignes directrices sur les soins palliatifs. Elles ont été conçues par le Bureau du directeur médical provincial et par le chef de projet. Les modules de formation comprenaient des renseignements sur :

Ambulancier paramédical en soins avancés

- Module sur la médication : morphine et hydromorphone
- Module sur la médication : scopolamine
- Module sur la médication : Haldol
- Cathétérisme urinaire
- Insertion dans une chambre sous-cutanée

Ambulancier paramédical de soins primaires

- Module sur la médication : diphénhydramine
- Module sur la médication : métoclopramide
- Insertion dans une chambre sous-cutanée

Une formation particulière a également été élaborée pour les agents des communications médicales qui se consacrent à la répartition des ambulances au Centre des communications médicales. Cette formation a été adaptée au fonctionnement du système de répartition assistée par ordinateur et à la création d'événements pour les patients en soins palliatifs inscrits à ce programme.



Mise en œuvre

Formation LEAP

Avant le lancement du programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs, le cours LEAP Paramédical de Pallium n'avait pas été offert à T.-N.-L. Par conséquent, en collaboration avec Pallium, EH a commencé par offrir la formation LEAP en formule intensive sur une semaine. Cette formation intensive a eu lieu trois mois avant le lancement prévu du programme.

Pour offrir de façon autonome le cours LEAP Paramédical, un maître animateur du LEAP s'est déplacé d'Ottawa pour former des animateurs et maîtres animateurs du LEAP dans la région. La formation des animateurs du LEAP a été offerte à divers fournisseurs de soins de santé de T.-N.-L., dont trois PSA, cinq infirmières autorisées et deux médecins travaillant au sein d'EH. Ceux qui vivaient à l'extérieur de la région métropolitaine devaient se déplacer pour suivre cette formation en personne. La formation des maîtres animateurs du LEAP a également été offerte à quatre fournisseurs de soins de santé vivant dans diverses régions de la province. Ces quatre personnes peuvent maintenant former d'autres animateurs du LEAP, qui pourront à leur tour donner le cours LEAP Paramédical à l'échelle provinciale.

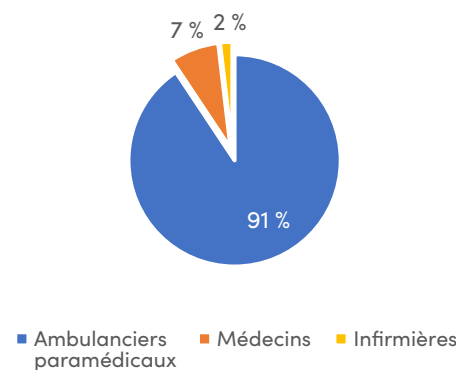
Pendant son séjour à T.-N.-L., le maître animateur de Pallium a également travaillé avec les nouveaux animateurs d'EH pour leur accorder la certification complète en co-animant avec eux les quatre premières séances du cours LEAP Paramédical.

Après la semaine de formation intensive, un certain nombre de séances du cours LEAP Paramédical devait avoir lieu pendant les trois mois précédant le lancement du programme. Il était prévu que 50 % de tous les ambulanciers paramédicaux sur le terrain soient formés d'ici le 1er avril 2019. Cet objectif a été atteint. Toutes les séances du LEAP étaient structurées de manière à être co-animées par un ambulancier paramédical et un expert du contenu (p. ex. un praticien en soins palliatifs comme un membre du personnel infirmier ou médical ayant des connaissances générales en soins palliatifs) conformément aux exigences de Pallium.

Le LEAP a été rendu obligatoire pour tous les ambulanciers paramédicaux travaillant sur le terrain dans la région métropolitaine, mais il a également été offert aux agents de communications médicales travaillant dans notre centre de communications médicales, aux infirmières participant au programme et à tous nos directeurs médicaux du système de commandement d'intervention.

Les ambulanciers paramédicaux devaient remplir le volet en ligne avant de pouvoir s'inscrire à l'une des séances en classe offertes. On a d'abord demandé aux participants de se présenter lors de leur jour de congé. Dans la mesure du possible, ceux qui travaillaient ont été remplacés pour pouvoir assister à la journée de formation. Des frais de 60,00 \$ par personne inscrite étaient exigés et ont été acquittés par EH. De plus, les ambulanciers paramédicaux étaient rémunérés au tarif simple pour la formation en ligne et en heures supplémentaires, le cas échéant, pour la formation en classe. La formation s'est poursuivie après le lancement du programme et est toujours en cours.

Fournisseur de soins de santé ayant reçu la formation LEAP





Comme le montre le tableau ci-après, un total de 13 cours LEAP Paramédical ont été offerts à la première année de mise en œuvre. Au total, 107 fournisseurs ont été formés, dont 97 ambulanciers paramédicaux, 8 médecins et 2 infirmières.

Nombre d'ambulanciers paramédicaux
qui ont terminé la formation en soins
palliatifs en avril 2020

97

Nombre d'ambulanciers paramédicaux
admissibles à la formation en soins
palliatifs en avril 2020

119

Lignes directrices et protocoles sur les soins palliatifs

La formation relative aux lignes directrices sur les soins palliatifs consistait en une combinaison d'autoformation et de formation en personne. Les PSP et les PSA ont reçu par courriel les lignes directrices et les autres modules de formation énumérés ci-dessus et ont été invités à en prendre connaissance de façon individuelle. Aucun questionnaire ou examen n'était associé à ces modules. Deux modules s'accompagnaient également d'une formation pratique. L'insertion d'un cathéter et l'insertion dans une chambre sous-cutanée exigeaient que les ambulanciers paramédicaux regardent une démonstration, puis répètent la démonstration sur des mannequins spécialement conçus pour exercer ces habiletés.

La formation des agents des communications médicales sur les nouveaux processus liés au programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs a été conçue pour les aider à naviguer dans les liens entre le système de répartition assistée par ordinateur et le programme pour patients particuliers. Du matériel de formation a été envoyé par courriel et une formation pratique a été donnée par le personnel interne. Les agents des communications médicales ont également eu accès à une version d'essai du système de répartition assistée par ordinateur pour s'exercer à relier les patients du programme aux événements du système de répartition assistée par ordinateur.

COURS LEAP Paramédical

Date de la séance	Participants
18 février 2019	11
20 février 2019	4
21 février 2019	10
22 février 2019	7
7 mars 2019	9
19 mars 2019	22
13 juin 2019	6
29 juillet 2019	3
9 août 2019	3
15 août 2019	3
10 octobre 2019	6
3 décembre 2019	9
12 décembre 2019	14
TOTAL	107



Pérennité

La formation concernant le LEAP et les lignes directrices sur les soins palliatifs a depuis été ajoutée au plan d'orientation des nouveaux employés. EH examine actuellement la possibilité de l'ajouter au programme d'études des PSP et PSA au niveau collégial.

L'aisance et la confiance démontrées par les ambulanciers paramédicaux dans la prestation des soins palliatifs sont évaluées au moyen d'un certain nombre de sondages. Dans le cadre de l'évaluation de Pallium, les ambulanciers paramédicaux répondent à des questions pour déterminer leur degré d'aisance et de connaissances relativement à la prestation de soins palliatifs immédiatement avant et après le LEAP. De plus, en collaboration avec le Newfoundland and Labrador Centre for Health Information (NLCHI), une enquête interne a été élaborée pour déterminer la confiance des ambulanciers paramédicaux dans la prestation des soins palliatifs au début de la mise en œuvre. Elle sera évaluée sur une base annuelle tout au long du projet collaboratif échelonné sur quatre ans. À partir de l'information recueillie, de nombreux aspects ont été cernés pour favoriser l'aisance et la confiance des ambulanciers paramédicaux, y compris de la formation supplémentaire sur :

- Les opioïdes (p. ex. comment choisir le médicament/dosage approprié, comment traiter la douleur chez les patients en soins palliatifs, recours aux traitements complémentaires, etc.)
- La gestion des nausées (p. ex. comment choisir les médicaments appropriés).
- Les urgences palliatives (p. ex. ce qui constitue une urgence palliative lors d'un transport ou de traitements à domicile).
- Déterminer la transition vers la fin de vie.
- Qui peut-on aiguiller vers les soins palliatifs?

À la lumière de ces commentaires, EH continue de collaborer avec l'équipe des soins palliatifs et le Bureau du directeur médical provincial afin d'élaborer et d'offrir une formation supplémentaire sur ces sujets. EH prévoit offrir chaque année une journée de formation sur les soins palliatifs paramédicaux. Il s'agira d'une activité facultative en personne pour les ambulanciers paramédicaux qui le souhaitent. Cette journée sera remaniée chaque année en fonction des commentaires des participants et sera dirigée par l'un des médecins en soins palliatifs.

En juin 2020, la prestation du programme a été adaptée pour mieux joindre les résidents des foyers de soins personnels et des établissements de soins de longue durée. Afin de s'assurer que les ambulanciers paramédicaux étaient prêts à prodiguer des soins aux personnes âgées, un plan de formation de trois jours a été élaboré pour certains PSA qui souhaitaient se spécialiser en soins palliatifs. Ce plan de formation comprenait à la fois un enseignement autodirigé et un enseignement en classe portant sur divers sujets, notamment :

- Formation continue sur la gestion de la douleur, l'échelle de performance pour soins palliatifs, la planification des soins avancés et le décès à domicile des patients en soins palliatifs



- Prendre soin des personnes âgées en mettant l'accent sur :
 - » Évaluation améliorée des chutes
 - » Tests d'interprétation
 - » Évaluation clinique des adultes âgés/présentations atypiques
 - » Déficiences cognitives
 - » Pharmacologie
 - » Soins de plaies simples
 - » Fin de vie et gestion des symptômes
- Analyses en laboratoire
- Soins interdisciplinaires et orientation des programmes communautaires

Principaux apprentissages

À l'origine, la formation a été donnée de cette façon en raison du petit nombre d'employés participants dans la région métropolitaine de St. John's. Le coût du LEAP a été couvert par le financement obtenu par le partenariat. Les méthodes que connaissent déjà les ambulanciers paramédicaux ont été utilisées dans le plan de formation en soins palliatifs, par exemple en fournissant des modules aux ambulanciers par voie électronique. En raison de la géographie de la province et des difficultés d'horaire associées à la formation en classe, la plupart des services de formation des ambulanciers paramédicaux provinciaux sont offerts par voie électronique, de sorte que les ambulanciers paramédicaux de la région métropolitaine connaissaient déjà cette méthode. Nous avons toutefois relevé certains avantages et certaines limites dans la façon dont nous avons dispensé la formation en soins palliatifs. En voici la description :

Avantages

- Le cours LEAP Paramédical a été élaboré par des experts du contenu paramédical.
- Les ambulanciers paramédicaux ont estimé que la formation LEAP constituait une bonne introduction aux soins palliatifs et ont apprécié le volet d'apprentissage en ligne.
- Le LEAP donne accès à du matériel d'apprentissage déjà élaboré.
- Pallium a fourni des outils de mesure pour jauger les connaissances, les compétences et la confiance des ambulanciers paramédicaux.

Limites

- Formation de 50 % des ambulanciers paramédicaux avant la mise en œuvre du programme, limitant le nombre de praticiens disponibles pour répondre aux appels en soins palliatifs.
- Difficultés d'horaire et de coordination.
- Coût du LEAP plus rémunération des ambulanciers paramédicaux.
- Formation non adaptée à la prestation de soins à domicile à T.-N.-L.
- Souhait des ambulanciers paramédicaux d'obtenir plus d'information et de formation pratique (sélection des médicaments, calcul des doses, cathétérisme et conversations difficiles).
- Nombre limité d'animateurs et d'experts du contenu en soins palliatifs.



Résumé de la formation

Programme extra-mural/Ambulance Nouveau-Brunswick (EM/ANB)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

- Programme LEAP Paramédical :
 - » Cohorte initiale de travailleurs paramédicaux et de responsables des opérations d'ANB (environ 1 000 personnes formées)
- Programme Les fondements du LEAP :
 - » Offert au personnel de première ligne du Programme extra-mural (PEM) qui n'avait pas encore suivi cette formation (la majorité a déjà été formée)
- Programme de formation de transition sur les soins palliatifs d'ANB
 - » Tous les travailleurs paramédicaux d'ANB qui ne faisaient pas partie de la cohorte initiale. Ce groupe comprend les nouveaux employés et les travailleurs qui reviennent d'un congé.
 - » Nous avons élaboré ce programme pour « combler » l'écart jusqu'à ce que les diplômés des programmes de formation en soins paramédicaux aient acquis ces compétences au moment de leur entrée en pratique.
- Formation administrative (politiques, processus, etc.)
 - » Tous les travailleurs paramédicaux et responsables des opérations d'ANB
 - » Tous les fournisseurs de soins de santé de première ligne, les responsables et le personnel du PEM
 - » Tous les répartiteurs médicaux d'urgence (RMU) (y compris les nouveaux employés) et les responsables d'ANB
- Formation clinique (interventions propres aux soins palliatifs, directives et protocoles cliniques)
 - » Tous les ambulanciers paramédicaux (PCP, ACP) et les responsables des opérations d'ANB
- Brochures informatives sur le projet, résumé d'une page/infographie
 - » Patients, membres de la famille et proches aidants
 - » Médecins
 - » Autres prestataires de soins de santé
- L'Association des paramédics du Nouveau-Brunswick élabore actuellement un profil de compétences sur la formation paramédicale en soins palliatifs. Celui-ci devrait devenir une exigence d'agrément pour tous les programmes d'études agréés en soins paramédicaux du N.-B.





Mise en œuvre

- Les premières séances de formation ont été offertes en classe.
- La formation continue et la formation d'appoint sont fournies au moyen du système de gestion de l'apprentissage (LMS) d'EM/ANB (Source : iTacit)
- L'état d'avancement du projet a été communiqué par l'entremise de l'infolettre On vous tient au courant! d'EM/ANB qui est envoyée régulièrement par courriel à l'équipe d'EM/ANB et de Services de santé Medavie Nouveau-Brunswick (SSMNB).
- Les groupes suivants ont été/sont formés :
 - » Travailleurs paramédicaux d'ANB (PCP, ACP)
 - » Prestataires de soins de santé du PEM
 - » Gestionnaires de SSMNB (EM/ANB)
 - » Répartiteurs et gestionnaires du Centre de gestion des communications médicales (CGCM)
- La formation sur les soins palliatifs a été dispensée par le Service de la formation et de l'assurance de la qualité d'ANB, plus précisément par notre équipe de travailleur paramédical de la formation pratique (TPFP). Le cours LEAP Paramédical a été donné par un ambulancier en soins avancés spécialisé en formation sur le terrain ainsi que par une infirmière autorisée (IA) du PEM possédant de l'expérience dans la prestation de soins selon une approche palliative.
 - » Les animateurs du cours LEAP Paramédical devaient suivre une formation pour instructeurs suivie d'un mentorat dans le cadre duquel ils devaient animer un premier cours avec un coach.
 - » Tous les FTP qui ont donné la formation ont également participé à une séance obligatoire de formation des formateurs sur le contenu EM/ANB.
- Les travailleurs paramédicaux et les responsables d'ANB ont reçu une formation après l'élaboration du « modèle de soins » EM/ANB et de toutes les politiques et procédures connexes, et avant le lancement du projet.
 - » Au total, 48 séances ont eu lieu partout dans la province sur environ deux mois et demi (d'octobre 2019 à la mi-décembre 2019).
 - » Les séances étaient offertes en français ou en anglais.
 - » Des mises à jour sur le projet ont été communiquées dans l'infolettre d'EM/ANB (distribuée par courriel et sur l'intranet).
 - » Une formation continue a été offerte par l'entremise du système LMS et du portail iTacit.



- La mise en œuvre de cette formation s'est faite conformément à notre plan habituel pour les séances régulières en salle de classe du personnel paramédical :
 - » Une séance par jour par région (Nord, Sud, Est, Ouest), pour un total de quatre séances par jour (maximum).
 - » Les travailleurs paramédicaux assistent aux séances de formation pendant leurs jours de congé et sont généralement rémunérés au taux des heures supplémentaires (exception : personnel occasionnel).
 - » Cette formation était obligatoire pour tous les travailleurs paramédicaux d'ANB. Par conséquent, la formation est également offerte dans le cadre de notre programme de Retour à la pratique pour tous les travailleurs paramédicaux de retour d'une période de congé ainsi que pour tous les nouveaux employés.
- La formation clinique comprenait l'ajout de deux médicaments au champ d'exercice des TPSP (Kétorolac et ondansétron).
 - » Cette formation a été offerte à tous les travailleurs paramédicaux de soins primaires et responsables d'ANB lors des séances de formation en cours d'emploi de l'automne 2020 (en personne).

Formation pérenne, d'appoint et aux nouveaux employés

- L'ensemble du contenu, qu'il soit nouveau ou d'appoint, et des mises à jour du projet a été transmis aux travailleurs paramédicaux au moyen d'apprentissage en ligne ou de « mises à jour cliniques » lors des séances de formation en cours d'emploi régulières et des réunions du personnel du PEM.
- La formation sur les soins palliatifs fait actuellement partie du programme d'orientation des nouveaux employés (NEO) d'ANB.
- Les travailleurs qui reviennent d'un congé et qui ont par ailleurs raté les séances de formation sur les soins palliatifs sont formés dans le cadre du processus Retour à la pratique d'ANB.
- ANB collabore avec l'APNB pour intégrer les compétences en soins palliatifs au programme d'études postsecondaires.

Principaux points à retenir ou apprentissages

- La formation en soins palliatifs devrait correspondre étroitement au champ d'exercice des praticiens. À l'époque, le programme LEAP Paramédical s'adressait davantage aux ambulanciers en soins avancés qu'aux travailleurs paramédicaux de soins primaires.
- Comme notre projet repose sur une approche concertée de soins palliatifs, il était avantageux que les séances de formation soient offertes par une IA expérimentée et un ambulancier en soins avancés.
- La communication ne doit pas être sous-estimée. Il est primordial de définir des stratégies de communication efficaces et de communiquer régulièrement avec l'équipe de première ligne.
- Clairement, ce projet a constitué le premier tremplin dans l'élaboration d'une pratique plus concertée entre les prestataires de soins de santé à domicile du PEM et les travailleurs paramédicaux d'ANB.



Résumé de la formation

Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO)

L'objectif établi pour l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa (IRHO) est d'initier aux soins palliatifs les ambulanciers paramédicaux des exploitants de services d'ambulance (ASO) dans 27 régions des territoires des bases hospitalières du Regional Paramedic Program for Eastern Ontario (RPPEO), d'Horizon Santé-Nord (HSN – Sudbury et Nord) et du Centre for Paramedic Education and Research (CPER – région de Hamilton et de Niagara). Il s'agit de former plus de 3 300 ambulanciers paramédicaux. L'objectif à long terme du programme serait de pouvoir appliquer la formation à l'ensemble des bases hospitalières des 7 territoires de l'Ontario (représentant plus de 10 000 ambulanciers paramédicaux).

Le premier objectif du projet consistait à élaborer la directive médicale (les directives cliniques pour les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario) pour les ambulanciers paramédicaux de soins primaires (PCP) et les ambulanciers en soins avancés (ACP). Cette directive médicale a été élaborée et approuvée au tout début du projet afin que la formation puisse être axée sur les soins palliatifs comme tels et les interventions prescrites dans la directive médicale.

Nous avons créé un survol des notions de soins palliatifs qui pouvait être consulté en ligne en environ quatre heures. Ce résumé a été présenté à plus de 2 800 ambulanciers paramédicaux. Il couvre chaque symptôme que présente un patient (douleur et dyspnée; hallucinations et agitation; nausées et vomissements; râle agonique) ainsi que le traitement recommandé qui doit être prodigué par un ambulancier paramédical. La formation a été arrimée au Cadre de compétences en soins palliatifs de l'Ontario, soumise à l'examen d'un intervenant provincial en soins palliatifs et autorisée par le sous-comité sur la formation du Comité consultatif médical (CCM) pour distribution à tous les ambulanciers paramédicaux de l'Ontario.

Contenu

La trousse de formation a été élaborée par le médecin responsable de l'initiative de l'IRHO, la D^{re} Valérie Charbonneau, en consultation avec des experts en soins palliatifs de la région d'Ottawa. La formation visait à s'assurer que les ambulanciers paramédicaux possèdent les connaissances et les outils nécessaires pour gérer des patients complexes ayant des besoins en soins palliatifs. Ces patients inscrits en soins palliatifs nécessitent une approche différente en matière d'évaluation et de traitement, qui tient compte de leurs objectifs de soins.

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Affiliated with
Affilié à





La présentation couvre les domaines suivants :

Module 1 : Introduction

Module 2 : Mourir dans la dignité

Module 3 : Communications

Module 4 : Exemptions relatives aux projets spéciaux

Module 5 : Dyspnée

Module 6 : Douleur

Module 7 : Hallucinations et agitation

Module 8 : Nausées et vomissements

Module 9 : Traiter et aiguiller

Module 10 : Premières Nations

Module 11 : Aperçu d'un appel au 9-1-1 concernant un patient recevant des soins palliatifs

Dans chaque module, une vidéo distincte présente le thème et le sujet. Elle est suivie de questions pour assurer la compréhension du contenu. Les modèles de formation sont compatibles avec tous les systèmes de gestion de l'apprentissage (LMS) et l'achèvement peut faire l'objet d'un suivi. Les bases hospitalières et les services paramédicaux de l'Ontario utilisent le LMS pour offrir la formation.

Mise en œuvre

À l'origine, la formation a été élaborée sous forme de séance en personne pour le Service paramédic d'Ottawa et a été dispensée de cette façon à l'ensemble des 480 ambulanciers paramédicaux d'octobre 2019 à février 2020. La pandémie de COVID-19 nous a forcés à revoir notre méthode de prestation et c'est à ce moment que nous avons entrepris l'élaboration du programme en ligne. Nous avons été en mesure d'achever les modules en ligne et le RPPEO a pu les utiliser dans le cadre de sa formation médicale continue (FMC) de l'automne 2020. Quelque 1 350 ambulanciers paramédicaux de la région de l'Est ont suivi le cours. Le même cours en ligne a été donné au CPER et à HSN. HSN a terminé le cours en juin 2021 (800 ambulanciers paramédicaux). Le CPER donne actuellement la formation aux services paramédicaux de sa région et prévoit terminer en décembre 2021.

D'autres services paramédicaux en Ontario se sont montrés intéressés par la formation en soins palliatifs et ont obtenu l'accès aux modules en ligne. Des discussions ont été entamées à l'échelle provinciale pour déterminer la norme minimale de formation en soins palliatifs en Ontario afin d'assurer une approche uniforme dans l'ensemble de la province.



Formation pérenne, d'appoint et aux nouveaux employés

L'accessibilité de la version en ligne de la formation en soins palliatifs contribuera à la pérennité de cette dernière. Elle est stockée et peut être téléchargée sur le serveur d'OBHG (géré par le sous-comité sur la formation du Comité médical consultatif) aux fins de visionnement continu et de distribution aux autres bases hospitalières.

Nous avons présenté le programme aux collèges de l'Ontario par l'entremise du responsable du programme du Collège Algonquin. Il a présenté le programme aux 18 collèges et 5 d'entre eux ont décidé d'offrir la formation en ligne à leurs étudiants. Nous espérons que ce déploiement se poursuivra et qu'il fera éventuellement partie de la formation générale des ambulanciers paramédicaux.



Résumé de la formation

York Region Paramedic Services (YRPS)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Formation et éducation

Le programme Les fondements du LEAP a été fourni à certains membres du personnel. Ceux-ci comprennent tous les surintendants, les chefs de peloton, les responsables de la formation, les ambulanciers paramédicaux communautaires et 16 ambulanciers paramédicaux de première ligne.

Les responsables de la formation ont élaboré le programme de formation et d'éducation pour l'ensemble du service. Ce programme est fondé sur le Cadre de compétences du Réseau ontarien des soins palliatifs et sur le contenu élaboré par la D^{re} Valérie Charbonneau pour former les ambulanciers paramédicaux à Ottawa. Notre programme de formation souligne à grands traits le consentement et les objectifs de soins des patients. Les ambulanciers paramédicaux apprennent à obtenir leur consentement sur place et à le confirmer constamment ou à l'obtenir pour chaque intervention. Les ambulanciers paramédicaux sont formés et sont invités à consigner tous les événements qui surviennent sur place dans le système de dossier électronique sur les soins aux patients (ePCR). La formation comporte trois phases :

Phase 1 : De janvier à février 2020

- Présentation des soins palliatifs (ce que sont les soins palliatifs et ce qu'ils ne sont pas)
- Effet possible d'un appel
- Concepts des soins palliatifs à prendre en compte
- Présentation des directives provisoires – courtes rondes d'études de cas
- Apprentissage approfondi de la directive sur la dyspnée et la douleur au moyen de scénarios de cas

Les phases 2 et 3 étaient prévues de mars à juin 2020. Cependant, en raison de la COVID-19, elles ont été retardées. La région de York a été durement touchée par la COVID-19. Il a été décidé de repousser la mise en place du programme à 2021. Pendant cette période, le contenu en ligne a été créé à partir du programme de formation initial. Au cours de l'été 2021, 16 ambulanciers en chef ont pris connaissance du contenu en ligne. À l'automne 2021, en partenariat avec le programme de soins préhospitaliers de la base hospitalière du centre est, la formation a été dispensée au reste du service.





Résumé de la formation

Office régional de la santé d'Entre-les-Lacs et de l'Est (IERHA)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Formation des travailleurs paramédicaux de première ligne

- L'IERHA a adopté le programme LEAP Paramédical de Pallium pour les fondements de son cours en classe d'une journée.
- L'IERHA a formé deux de ses ambulanciers paramédicaux (l'éducateur en RMU et un superviseur) à titre d'animateurs certifiés de Pallium pour le cours LEAP Paramédical de façon à assurer la pérennité de la formation. Nous avons également offert la formation d'animateurs certifiés à plusieurs ambulanciers paramédicaux d'autres régions pour favoriser la répartition du personnel à l'échelle de la province. Les ambulanciers paramédicaux ayant reçu la formation d'animateurs du LEAP ont assisté aux séances Les fondements du LEAP, LEAP Paramédical et destinées aux animateurs du LEAP, suivies de plusieurs séances de formation en présence d'un coach.
- Toute la formation a été planifiée et animée par l'éducateur en RMU travaillant à l'IERHA.
- Avant la formation en classe d'une journée, tous les ambulanciers paramédicaux ont reçu des trousse de formation à consulter sur les nouveaux médicaments et les nouvelles procédures, puis ils ont été invités à suivre la formation en ligne de six à huit heures de Pallium.
- Le cours en classe d'une journée était dirigé par un animateur certifié du cours LEAP Paramédical et un animateur certifié du cours Les fondements du LEAP (le gestionnaire de notre programme de soins palliatifs), et comprenait les éléments suivants :
 - » **Survol du programme de soins palliatifs de l'IERHA** — Composantes du programme de soins palliatifs de l'IERHA et façon dont les soins sont actuellement dispensés à domicile par le personnel des soins palliatifs et à domicile.
 - » **Documentation à domicile** – Documentation utilisée par les patients ou les proches aidants de cette région qui participent au programme.
 - » **Nouvelle carte des soins palliatifs des RMU** – Nouvelle carte des soins (protocoles) créée expressément pour le service des Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs à domicile (APSPD). Cette discussion passait en revue les lignes directrices sur l'accès à certains niveaux de soins, l'administration des médicaments, la documentation et les changements dans la façon dont les ambulances peuvent être dépêchées auprès de patients en soins palliatifs qui ont besoin d'aide.





- » **Nouveaux médicaments/nouvelles interventions** – Deux nouveaux médicaments ont été ajoutés à nos listes et deux nouvelles interventions peuvent être effectuées par nos ambulanciers paramédicaux sur le terrain.
 - › Médicaments : timbre de scopolamine et ondansétron
 - › Interventions : Irrigation du cathéter urinaire et installation d'un cathéter sous-cutané avec administration de médicaments.
- » **Programme de formation LEAP Paramédical de Pallium** – Cours mixte destiné aux travailleurs paramédicaux et aux professionnels des services médicaux d'urgence qui enseigne les connaissances, les attitudes et les compétences essentielles pour appliquer l'approche de soins palliatifs sur place. Ce cours est dispensé par des experts locaux des soins paramédicaux et des praticiens en soins palliatifs expérimentés et comprend :
 - › De six à huit heures d'apprentissage en ligne.
 - › Six heures de discussions en direct sur des cas.
 - › Une approche interprofessionnelle.
 - › Du contenu élaboré par des experts de soins palliatifs canadiens.
 - › Du matériel de cours comprenant un manuel téléchargeable et l'application Web Pallium.

Après avoir suivi le cours LEAP Paramédical, les apprenants devraient être en mesure de faire ce qui suit :

- › Déterminer quels patients pourraient tirer des bienfaits d'une approche de soins palliatifs plus tôt au cours de la trajectoire de la maladie.
- › Décrire la structure utilisée pour prendre des décisions cliniques liées aux soins palliatifs et de fin de vie.
- › Évaluer et recommander un plan de traitement initial pour la douleur, le délire, la dyspnée, les nausées, les vomissements et l'hydratation.
- › Reconnaître les signes et les symptômes des urgences en soins palliatifs.
- › Tenir des discussions essentielles liées aux soins palliatifs et de fin de vie dans le cadre du travail quotidien.
- › Reconnaître les signes de mort imminente et décrire votre rôle dans la préparation des patients et des familles en vue des derniers jours et des dernières heures.

Les modules portent notamment sur la prise en charge, la prise de décisions et la planification préalable des soins, la douleur, la dyspnée, les nausées, les vomissements et l'hydratation, les urgences palliatives et la détresse psychologique.

À mesure que nous progressions dans la documentation de Pallium, nous avons discuté plus en détail de l'utilisation des médicaments. Nous avons également pris le temps de déterminer à quel moment il serait souhaitable ou nécessaire d'utiliser les médicaments propres aux soins palliatifs.



- » **Formation pratique** — À la suite du volet théorique, les participants ont reçu une formation pratique dirigée sur les nouvelles compétences en matière d'installation d'une intraveineuse et d'administration de médicaments par voie sous-cutanée. Ils ont également appris à rincer un cathéter urinaire conformément aux lignes directrices énoncées dans les politiques et procédures actuelles de l'IERHA, en comprenant que ces nouvelles compétences (traitement sous-cutané et irrigation d'un cathéter urinaire) doivent être réservées aux patients en soins palliatifs inscrits à l'IERHA.

Formation des superviseurs paramédicaux

Les superviseurs ont suivi la même formation que les ambulanciers de première ligne en plus du cours Les fondements du LEAP de Pallium afin d'être mieux outillés pour soutenir les ambulanciers paramédicaux.

- **Programme de formation Les fondements du LEAP de Pallium** — Cours interprofessionnel qui offre aux professionnels de la santé une expérience d'apprentissage approfondie sur les compétences et les connaissances essentielles de l'approche de soins palliatifs. Ce cours est dispensé par des experts locaux qui sont des formateurs et des cliniciens expérimentés en soins palliatifs, et comprend :
 - » Deux jours, 14 heures au total.
 - » Un apprentissage en direct avec discussion de groupe et études de cas.
 - » Une approche interprofessionnelle.
 - » Du contenu élaboré par des experts de soins palliatifs canadiens.
 - » Du matériel de cours comprend un manuel téléchargeable et le Livre de poche de Pallium sur les soins palliatifs.

Après avoir suivi le cours Les fondements du LEAP, les apprenants devraient être en mesure de faire ce qui suit :

- » Décrire l'importance de la conscience de soi dans le contexte des soins palliatifs et de fin de vie.
- » Déterminer quels patients pourraient tirer des bienfaits d'une approche de soins palliatifs plus tôt au cours de la trajectoire de la maladie.
- » Évaluer et prendre en charge la douleur, le délire, les symptômes gastro-intestinaux, l'hydratation, la planification préalable des soins, la nutrition et les symptômes respiratoires.
- » Favoriser et entamer des discussions sur la planification préalable des soins.
- » Élaborer des plans pour répondre aux besoins spirituels, religieux ou psychosociaux.
- » Entamer des discussions essentielles liées aux soins palliatifs et de fin de vie dans le cadre du travail quotidien.
- » Préparer les patients et les familles en vue des derniers jours et des dernières heures.
- » Comprendre et appliquer les critères à satisfaire avant d'instaurer la sédation palliative.

Les modules portent notamment sur la prise de conscience, la prise en charge, la prise de décisions, les problèmes gastro-intestinaux, la nutrition et l'hydratation, la planification préalable des soins, le délire, les symptômes respiratoires, les soins psychosociaux et spirituels, le deuil, les conversations essentielles, les derniers jours et les dernières heures, la sédation palliative, les ressources et l'amélioration de la qualité.



Formation du personnel du centre de répartition

Le personnel du Centre de coordination du transport des malades (MTCC) qui sert l'IERHA et d'autres régions rurales du Manitoba a été formé à l'interne sur la façon de recueillir le numéro du programme pour patients particuliers (SPP) auprès de l'appelant qui s'identifie lui-même et de le fournir à l'unité dépêchée sur place.

Formation du personnel des soins palliatifs et des soins à domicile

Tous les employés des soins palliatifs et des soins à domicile ont reçu de la formation sur les sujets suivants :

- Nouveaux processus pour tenir à jour le registre d'aiguillage des patients en soins palliatifs, y compris la création du numéro SPP.
- Processus pour remplir, distribuer et tenir à jour l'autocollant à placer sur le réfrigérateur du patient, comprenant les renseignements du patient, le numéro SPP et l'emplacement de la Trousse d'information pour les interventions d'urgence (TISU) et du dossier à domicile.
- Tenue à jour de la documentation à domicile, y compris l'ajout du numéro SPP sur l'enveloppe contenant le dossier papier du patient à domicile.
- Identification et interprétation des dossiers papier sur les soins aux patients (PCR) laissés par les RMU dans le dossier à domicile.
- Traitement des PCR télécopiés au dossier du programme de soins palliatifs pour examen et suivi.
- Accélération du processus afin que tous les formulaires requis pour que les RMU prodiguent des soins conformes aux objectifs de soins du patient soient à jour, qu'ils se trouvent dans la TISU et à l'endroit indiqué sur l'autocollant.

Mise en œuvre

Formation des ambulanciers paramédicaux

Tous les employés en service des RMU ont reçu une formation. Nous avons d'abord donné à l'ensemble des gestionnaires et des superviseurs le cours LEAP Paramédical et le cours Les fondements du LEAP afin qu'ils disposent de connaissances élargies leur permettant de mieux aider nos ambulanciers paramédicaux sur le terrain. Nous avons par la suite entrepris la formation de tous nos ambulanciers paramédicaux de première ligne en service.

Tous les ambulanciers paramédicaux ont été formés sans égard à leur licence, qu'il s'agisse de RMURMU ou de TPSA. Cette formation a été rendue obligatoire pour tous les employés et nous avons communiqué une date de cours à l'ensemble des employés à temps plein. Nous avons informé les employés occasionnels que cette formation était obligatoire et les avons invités à choisir une date de cours en fonction de leurs disponibilités. En raison du caractère obligatoire de cette formation, nous avons rémunéré les heures de cours au personnel.



La journée de formation a été animée par le personnel de formation des RMURMU accompagné de Tammie-Lee Rogowski, IA, ICSP(C), IISCC(C), infirmière en soins palliatifs, maître animatrice de LEAP Canada et coach pour les médecins, infirmières et ambulanciers paramédicaux qui souhaitent devenir animateurs de cours LEAP en personne et en ligne. Les membres du personnel de formation des RMURMU de différentes régions de la province ont donc pu achever leur formation d'animateurs et recevoir la certification d'animateurs du cours LEAP Paramédical. La formation des ambulanciers paramédicaux de première ligne de l'IERHA a été dispensée en grande partie par le personnel des soins palliatifs de l'IERHA et du service de formation des RMURMU. Au départ, nous avions l'intention de former tous les ambulanciers en service en un peu moins de trois mois, mais la pandémie de COVID-19 a entraîné l'interruption de la formation en mars 2020, puis sa reprise en petits groupes en septembre 2020.

La formation a repris et s'est poursuivie pendant 1 mois pour le reste des ambulanciers paramédicaux avant le lancement du programme le 19 octobre. Les premiers ambulanciers qui avaient reçu la formation ont consulté des ressources en ligne avec le personnel des RMU pour se rafraîchir la mémoire (livrets d'information sur les nouveaux médicaments, documentation, lignes directrices cliniques et procédures) et l'ensemble du personnel a été invité à participer à des journées de formation afin de mettre leurs nouvelles compétences en pratique (voies sous-cutanées et irrigation de cathéter urinaire).

Formation du personnel du centre de répartition

La formation du personnel du Centre de coordination du transport des malades (MTCC) du Manitoba a été donnée à l'interne et intégrée à son programme de formation continue.

- L'ensemble du personnel infirmier en soins palliatifs et en soins à domicile, des coordonnateurs de dossiers, des coordonnateurs des ressources, des commis à l'établissement des horaires, des préposés aux soins à domicile, des gestionnaires de programme ainsi que des représentants de patients et des patients eux-mêmes ont dû assister à la formation.
- Cette formation en ligne a été dispensée par le gestionnaire régional des programmes de soins palliatifs et de soins infirmiers à domicile par l'entremise de MS Teams. Le matériel et le contenu de formation sont stockés sur le site Web de l'IERHA accessible au personnel et au public.
- Nous avons tenu trois séances virtuelles pour informer le personnel des soins à domicile du lancement et communiquer les changements apportés au programme (numéro SPP autocollant, obligation pour les RMU de laisser le PCR dans le dossier), le tout au moyen de présentations PowerPoint.
- Avant le lancement du programme, le personnel des soins à domicile et des soins palliatifs a été informé du projet. Puis, tout au long du lancement, nous avons mobilisé et informé les représentants de patients en plus de diffuser de l'information publiquement. Une communication continue a été maintenue avec le personnel des soins à domicile et les patients ressources afin de les tenir au courant de l'évolution du projet.
- Nous avons procédé à la mise en œuvre de la formation de cette façon étant donné la répartition de nos 16 bureaux de soins à domicile dans la région. La formation en ligne permet de réduire les déplacements et de maximiser l'efficacité et l'utilisation du temps consacré au travail et à la prestation de soins aux patients.



Formation pérenne, d'appoint et aux nouveaux employés

Formation du personnel des soins palliatifs et des soins à domicile

Des vérifications continues sont effectuées auprès du personnel infirmier et des travailleurs sociaux pour garantir l'application des processus et recueillir des commentaires sur le service et les processus à des fins d'amélioration continue.

Les processus connexes sont intégrés à l'orientation des nouveaux membres du personnel infirmier, gestionnaires et adjoints aux soins à domicile.

Formation du personnel des soins palliatifs et des soins à domicile

À des fins de formation continue, les modules en ligne du cours LEAP Paramédical demeurent accessibles à tous les ambulanciers paramédicaux qui ont suivi la formation et des séances de mise en pratique des compétences sont toujours accessibles aux ambulanciers paramédicaux qui souhaitent les préserver. Tous les participants ont reçu des porte-documents à conserver afin de pouvoir s'y référer ultérieurement. Les ambulanciers paramédicaux nouvellement embauchés doivent suivre la formation en classe d'une journée et prendre connaissance du matériel de manière individuelle au préalable.

Le service de la formation des RMU enverra mensuellement des modules de formation continue en ligne pour aider les ambulanciers paramédicaux à maintenir leurs compétences acquises dans le cadre de ce programme. Une formation d'appoint interactive en ligne est en cours d'élaboration pour permettre aux ambulanciers paramédicaux de faire un survol des compétences et des procédures requises au moment de soigner ces patients.

L'Association des ambulanciers paramédicaux du Manitoba (PAM) travaille activement avec des organismes de formation paramédicale pour demander à ce que cette formation soit incluse à son programme d'apprentissage.

Principaux points à retenir ou apprentissages

Une fois le programme de formation mis en œuvre, l'expérience s'est révélée positive dans l'ensemble. Bon nombre de nos ambulanciers paramédicaux ont apprécié ce mode d'enseignement alternatif, car il était beaucoup plus interactif que celui auquel ils étaient habitués. Ils ont également aimé la dynamique d'enseignement en tandem par un ambulancier paramédical et une infirmière, car la formule permettait d'obtenir des réponses diversifiées à leurs questions et de profiter d'une expérience plus vaste. Le dîner qui leur a été offert, tout comme le porte-documents contenant l'ensemble du matériel de référence et des exemplaires papier de la documentation propre aux RMU régionaux, a grandement retenu l'attention.



Le plus difficile a été de veiller à ce que tout le monde prenne connaissance de la documentation préalable à la formation en classe. De nombreux ambulanciers paramédicaux n'étaient pas enchantés à l'idée de suivre la formation pendant leur temps libre même s'ils avaient obtenu la permission de passer en revue la documentation préalable pendant leur quart de travail ou avaient fortement été encouragés à le faire. La vérification constante de l'inscription et de l'achèvement du volet virtuel préalable à la séance en classe a représenté un défi quotidien qui a même obligé certains superviseurs à s'adresser directement à des membres du personnel pour s'assurer que tout soit fait à temps.

La plus grande réussite du processus de formation est l'important changement de perspective qui a été constaté chez nos ambulanciers paramédicaux à l'égard des soins palliatifs. Certains travailleurs de première ligne avaient une perception négative des soins prodigués à ces patients en raison de leur expérience marquée par des situations souvent difficiles où ils n'avaient eu que peu de ressources à l'exception du transport à l'hôpital (que de nombreux patients ou membres de la famille ne souhaitent pas). À la sortie de la journée de formation, plusieurs d'entre eux avaient une opinion différente à l'égard des soins prodigués à cette population de patients, surtout après avoir pu discuter ouvertement en classe de leurs préoccupations et des difficultés éprouvées par le passé et avoir reçu davantage d'outils pour aider ces patients en soins palliatifs.



Résumé de la formation

Régie de la santé de la Saskatchewan (SHA)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)**Saskatchewan
Health Authority**

La mise en œuvre initiale de la formation en soins palliatifs a eu lieu à Regina et se fera de la même façon au sein des autres services médicaux d'urgence (SMU) participants de la province. Le mode de prestation dépendra de l'emplacement géographique des SMU et des ressources disponibles.

Modèles actuels de prestation de la formation

LEAP Paramédical

Le cours LEAP Paramédical est la principale ressource pédagogique offerte au moyen du modèle mixte actuel et il a été mis à l'essai dans sa forme virtuelle. Selon la rétroaction reçue après le cours LEAP, le mode de prestation privilégié est le modèle mixte, mais il est entendu qu'il pourrait ne pas être possible de l'utiliser dans certaines régions rurales et éloignées.

Modules en ligne

En plus des notions abordées dans le programme LEAP, nous avons déterminé que d'autres domaines devaient faire l'objet d'une formation supplémentaire. Une formation axée sur les protocoles et les processus a été élaborée par un groupe de travail formé d'ambulanciers en soins avancés. Voici les autres domaines relevés :

- Planification préalable des soins
- Compétence et sensibilité culturelles
- Pronostic
- Protocoles – Palliative Treat and Refer (Traiter et aiguiller en soins palliatifs),
Opioids for Breathlessness (opioïdes contre l'essoufflement),
Palliative Pain Management (gestion de la douleur en soins palliatifs).
- Renseignements médicaux
- Fiches de référence sur les médicaments
- Échelles d'évaluation des symptômes
- Delirium



- Administration sous-cutanée de médicaments*
- Communication avec le répartiteur*
- Identification de nouveaux patients*
- Schéma du processus des SMU*

* La formation variera en fonction du domaine des SMU et du niveau du prestataire.

Application pratique

Les ambulanciers paramédicaux ont la possibilité de collaborer avec un prestataire de soins palliatifs dans la collectivité et en milieu de soins de courte durée.

Formation des parties prenantes

- Des lettres d'information ont été envoyées aux syndicats et aux équipes provinciales des soins de santé primaires et des services médicaux d'urgence. Elles ont favorisé la discussion.
- Mises à jour trimestrielles à l'intention des équipes de projet, de la direction, du Saskatchewan College of Paramedics (SCoP) et du ministère de la Santé.
- Communiqués de presse provenant de sources locales et des autorités sanitaires.
- Brochures à l'intention des patients et de leurs familles/proches aidants.
- Mobilisation régulière des patients et des proches ressources et mise en œuvre de sondages sur la satisfaction des patients et des familles après l'intervention d'ambulanciers paramédicaux.
- Présentation PowerPoint narrée portant sur le programme et destinée aux médecins.
- Exposés lors de réunions de direction et d'équipe à l'intention des réseaux et des équipes de soins de santé primaires.
- Communication de mises à jour régulière de l'information sur le programme, d'histoires de réussite et des résultats aux employés des SMU et des soins de santé connexes en personne, lors de caucus et virtuellement.
- Collaboration continue avec le SCoP concernant l'élaboration du protocole sur les soins palliatifs.
- Mobilisation des étudiants en soins paramédicaux qui fréquentent les établissements d'enseignement provinciaux afin de promouvoir le programme Ambulanciers paramédicaux et soins palliatifs à domicile (APSPD) et accroître la sensibilisation à la nature évolutive du rôle de la médecine paramédicale dans la province.



État futur prévu

Prestation d'une formation en soins palliatifs

- Afin d'assurer un modèle de formation pérenne en soins palliatifs, élaboration d'un cours en ligne sur les soins palliatifs paramédicaux en remplacement de LEAP Paramédical (mise en œuvre prévue en janvier 2022).
- Élaboration conjointe d'une formation sur les soins palliatifs avec les établissements d'enseignement provinciaux à mettre en œuvre dans les programmes paramédicaux applicables.
- Ajout au programme de formation des ACP à compter de la session d'automne 2021.

Apprentissage par scénario

- Apprentissage interdisciplinaire fondé sur des scénarios entre les ambulanciers paramédicaux et les équipes de soins palliatifs pour faciliter une approche collaborative en matière de soins et de communication.

Orientation des nouveaux employés

- Intégrer des modules de formation en ligne sur les soins palliatifs aux séances d'orientation des nouveaux employés (entrée en vigueur au printemps 2021 pour les sections de programme participantes).

Formation continue

- Séances scientifiques potentielles sur la télésanté des soins palliatifs.
- Formation continue en soins palliatifs intégrée aux calendriers de formation médicale continue.
- Mises à jour fournies lorsque des changements sont apportés aux protocoles ou au guide de pratique clinique.
- Ajout du sujet aux séances provinciales de questions et réponses des SMU pour fournir des mises à jour et des possibilités de formation.



Résumé de la formation

British Columbia Emergency Health Services (BCEHS)

[Tableau contextuel des administrations](#)[Revenir à liste des juridictions](#)

Quelles sont les solutions existantes en matière de formation?

Profil de compétences

- Élaboration du Cadre de compétences des ambulanciers paramédicaux de BCEHS – Approche des ambulanciers en matière de soins palliatifs (ci-joint).

Formation clinique

- La formation a débuté avec le cours *LEAP Paramédical* de Pallium Canada destiné aux ambulanciers paramédicaux en soins avancés (PSA), et à certains ambulanciers paramédicaux en soins primaires (PSP), inclus dans les premières collectivités prototypes (cours mixte en ligne et en personne sur deux jours).
- En 2020, nous avons collaboré avec Pallium et cocréé des cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux propres à BCEHS : Palliative Care – The Essentials (en anglais seulement) pour les PSP et Palliative Care – Advanced Practice (en anglais seulement) pour les PSA. Cela a permis d'offrir la formation à un plus grand nombre d'ambulanciers paramédicaux dans la province et de tenir compte de la pratique des ambulanciers en Colombie-Britannique. En outre, cela a permis :
 - la reconnaissance des considérations particulières liées aux interventions de BCEHS, comme la géographie, les ressources locales et le champ d'exercice des PCP et des ACP;
 - l'application directe du guide de pratique clinique en soins palliatifs de BCEHS dans les études de cas pour permettre aux apprenants d'élaborer des plans de traitement propres à BCEHS;
 - des études de cas portant sur la douleur, la dyspnée, les urgences palliatives, le délire ainsi que les nausées, les vomissements et l'hydratation, avec notamment des renseignements sur la planification préalable des soins ainsi que des documents propres à la C.-B. comme les formulaires EDITH (décès prévu à domicile) et MOST (ordonnance sur la portée du traitement);
 - des versions destinées aux PCP et aux ACP conçues pour s'assurer que le contenu s'inscrit dans le champ d'exercice de chacun et est pertinent sur le plan clinique.



- Formation complémentaire :

- » Accès au cours en ligne MesOutilsDeuil sur le Portail canadien en soins palliatifs;
- » Cours BCEHS Schedule 2 Endorsement course for Administration of Palliative Medications (en anglais seulement) : ouvert aux ambulanciers en soins avancés (ACP) pour l'administration de médicaments prescrits aux patients ayant des besoins palliatifs et généralement hors licence. Une fois le cours terminé, l'ACP se voit octroyer une licence par l'Emergency Medical Assistants Licensing Board. Les médicaments sont administrés après consultation du médecin offrant du soutien en ligne aux urgentologues;
- » Cours BCEHS – Subcutaneous Access Maintenance and Administration – Paramedic Specialists (ACP) (en anglais seulement) pour rétablir une voie sous-cutanée pour l'administration de médicaments ou le remplacement de liquides dans des situations non urgentes à domicile.

Formation	Nombre total des ambulanciers ayant terminé la formation
Cours LEAP Paramédical (Pallium Canada)	283
Cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium Palliative Care – The Essentials (en anglais seulement) pour les PCP, Palliative Care – Advanced Practice (en anglais seulement) pour les ACP.	573 (en cours, chiffres jusqu'en octobre 2021)
Cours MesOutilsDeuil sur le Portail canadien en soins palliatifs	245
Cours de BCEHS sur le plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR	4009
Cours BCEHS Schedule 2 Endorsement course for Administration of Palliative Medications (en anglais seulement)	309 (objectif initial de 280 ACP)
BCEHS – Subcutaneous Access Maintenance and Administration (en anglais seulement)	Environ 20 spécialistes paramédicaux (ACP), en attente du déploiement à destination des ambulanciers paramédicaux communautaires (PCP, ACP)

Formation administrative

- Cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium :
 - » Lignes directrices opérationnelles telles les recommandations et les exigences relatives à l'accès au soutien clinique de spécialistes paramédicaux et de médecins;
 - » Recommandations relatives à la communication et à la collaboration avec les équipes de soins palliatifs et les médecins des patients pour obtenir de l'aide dans l'élaboration des plans de soins et dans le suivi.
- Cours de BCEHS sur le plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR : formation de base pour les ambulanciers paramédicaux afin de comprendre l'approche de BCEHS à l'égard des interventions ne nécessitant pas le transport à l'hôpital des patients, le plan d'intervention clinique en soins palliatifs et l'importance d'une approche collaborative en matière de soins. Ce cours est offert en ligne sur la plateforme d'apprentissage PHSA/BCEHS.



- Ressources administratives créées :
 - » Procédure opérationnelle normalisée sur les soins palliatifs/la fin de vie;
 - » Guide de pratique clinique de BCEHS;
 - » Lignes directrices de BCEHS sur le transport vers d'autres destinations (Transport to Hospice [en anglais seulement]).

Formation destinée au personnel occupant des postes qui ne sont pas de première ligne

- Les médecins, les éducateurs en répartition et les gestionnaires qui offrent un soutien en ligne par l'entremise du programme EPOS (urgentologues offrant du soutien en ligne) contribuent désormais aux cours LEAP proposés.
- Une rétroaction est fournie directement aux ambulanciers paramédicaux et à leurs gestionnaires après une intervention auprès de patients en soins palliatifs ne nécessitant pas leur transport aux urgences et l'activation du plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR.

Mise en œuvre

Format de la formation

- Le cours LEAP Paramédical de Pallium combine 8 heures en ligne et 8 heures d'atelier en personne. L'atelier est dirigé par un animateur Pallium agréé et par des experts en la matière de BCEHS (ambulanciers ACP). Un modèle de formation des formateurs est offert par l'entremise de Pallium pour ce cours, mais nous avons écarté cette option, car nous souhaitons passer à la version du cours LEAP Paramédical propre à la C.-B.
- Le cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium est un cours en ligne de 8 heures à suivre sur le site Web de Pallium, mais qui a été créé en fonction du champ d'exercice de BCEHS. Cette formation comprend divers modules avec un mélange de contenu écrit, de vidéos et de questions. Les participants doivent remplir un questionnaire sur les connaissances avant et après le cours ainsi que d'autres éléments d'évaluation.
- Les cours supplémentaires utilisés à l'appui de cette formation en soins palliatifs étaient principalement en ligne par l'entremise du Centre d'apprentissage PHSA/BCEHS.

Participants

- La formation s'adressait à un large éventail d'employés, et tout particulièrement les ACP et les PCP, ainsi qu'au personnel du triage secondaire : les spécialistes paramédicaux et le personnel infirmier, les éducateurs, les responsables des pratiques, les médecins EPOS ainsi que les gestionnaires et les chefs.
- À l'origine, les ambulanciers paramédicaux étaient rémunérés pour suivre le cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium dans les collectivités visées par le projet, mais des fonds supplémentaires ont permis de financer la formation non rémunérée de certaines cohortes d'ambulanciers paramédicaux à l'automne 2021.



Prestation

- Défi majeur lié à la prestation de services de formation et à la mise en œuvre d'une approche palliative en raison d'un effectif important (plus de 4 000). À ce titre, il convient de mettre l'accent sur la formation des ambulanciers paramédicaux dans les collectivités initiales et pilotes et sur l'utilisation des modalités de formation en ligne.
- Certaines cohortes ont été formées avant le lancement, y compris les principaux intervenants du soutien clinique (personnel de triage secondaire), les éducateurs et les responsables des pratiques.
- Les ambulanciers paramédicaux et les gestionnaires ont été formés avant le lancement de la formation prototype dans les collectivités, et le personnel qui n'a pu en bénéficier a suivi le cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium.
- À l'avenir, tous les ambulanciers paramédicaux achèveront leur formation en soins palliatifs en suivant ce cours.
- Les différents cours en ligne seront proposés de manière continue dans toute la province; l'intervention auprès des patients en soins palliatifs sera intégrée aux journées de compétence continue (contenu connexe) offertes par le service d'apprentissage de BCEHS.

Formation pérenne, d'appoint et aux nouveaux employés

- Formation continue en ligne, avec une formation en personne pour les principales parties prenantes, sur l'utilisation du plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR; des webinaires virtuels seront prévus à mesure que le système évolue.
- Des journées consacrées à la formation paramédicale sont envisagées sur une base semestrielle pour de futures possibilités de formation continue.
- Le cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium est maintenant intégré au programme d'orientation des nouveaux employés.
- Les discussions avec les établissements d'enseignement postsecondaire ont conduit à l'intégration de la formation sur les soins palliatifs au plan de cours; les Justice Institute of British Columbia (JIBCC) ont convenu d'intégrer cette formation au programme des PCP et la mise en œuvre de cette formation avec d'autres établissements fait actuellement l'objet de discussions.

Principaux points à retenir ou apprentissages

Réflexion sur la formation et sa mise en œuvre

La détermination du modèle de formation approprié qui convient à notre vaste main-d'œuvre, dispensé dans une immense province, a été un premier défi. Bien que nous ayons rapidement déterminé que le programme LEAP Paramédical répondait à nos besoins, les défis financiers liés à la prestation de ce cours de deux jours en personne étaient insurmontables. Par conséquent, nous avons retenu les services de Pallium Canada pour la création d'un cours en ligne propre à la C.-B. avec un contenu similaire à celui du programme LEAP Paramédical. Une attention particulière a toutefois été portée à la structure de licence et aux rôles uniques des ambulanciers paramédicaux en Colombie-Britannique.



Des changements importants ont été apportés en raison des difficultés engendrées par la COVID-19, ce qui a entraîné la nécessité d'offrir une formation en soins palliatifs en ligne. Le cours en ligne pour ambulanciers paramédicaux BCEHS-Pallium a été mis en œuvre au printemps 2020 et demeure la référence en matière de formation en soins palliatifs pour les ambulanciers paramédicaux de la Colombie-Britannique. Cela a permis à BCEHS d'offrir la formation aux ambulanciers de toute la province, en milieu rural et isolé, en plus de pouvoir offrir un accès sécuritaire à la formation pendant la pandémie.

Parallèlement au déploiement de la formation en soins palliatifs destinés aux ambulanciers paramédicaux, nous avons lancé le cours de BCEHS sur le plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR. L'approche ASTaR représente une solution alternative au modèle « examiner et transporter » que BCEHS utilisait traditionnellement pour tous les patients. Sachant que de nombreux patients en soins palliatifs préféreraient rester chez eux après un examen et l'administration du traitement adéquat par les ambulanciers, le plan d'intervention clinique en soins palliatifs ASTaR offre cette souplesse. La formation relative à cette approche a également été diffusée et les ambulanciers paramédicaux y ont largement participé.

Principaux points à retenir et apprentissages

Le lancement de la formation des ambulanciers paramédicaux sur les soins palliatifs et de la nouvelle approche de non-transport pour les patients en soins palliatifs (ASTaR) a contribué à donner un sens à l'objectif ultime : offrir de meilleurs soins à nos patients ayant des besoins en soins palliatifs et offrir des solutions ne nécessitant pas le transport vers l'hôpital ou des destinations alternatives.

Ce projet a connu un immense succès et est très respecté au sein de l'organisme. Les réalisations ont été nombreuses et contribuent à diriger et à promouvoir une nouvelle approche en matière de soins aux patients.



Ressources des personnes, des familles et des proches aidants

Collaboration avec les personnes/familles/proches aidants partenaires

Allez à la rencontre de vos partenaires

Il est important d'aller à la rencontre des gens et de leur demander comment ils aimeraient participer. Expliquez la manière dont leurs commentaires seront sollicités et comment vous collaborerez. Chaque fois que vous vous réunissez, consacrez du temps à vous préparer et à réfléchir à des questions précises à l'intention de la personne, de la famille ou des proches aidants partenaires et offrez-leur un espace pour répondre. Évitez les questions générales dont la seule réponse diplomate est l'assentiment. Envisagez de faire prendre une pause au groupe pendant les discussions pour demander l'avis de toutes les parties prenantes, afin de ne pas toujours isoler les P/F/PA partenaires.

Voici quelques questions précises à envisager pour déterminer le mode de collaboration :

- Comment souhaiteraient-ils communiquer (message texte, courriel, téléphone)?
- Quelle heure du jour convient le mieux aux réunions? Aimeraient-ils recevoir des rappels?
- Sont-ils à l'aise de s'exprimer ou de se faire poser des questions ponctuelles lors des réunions?
- Sont-ils à l'aise d'échanger leurs idées avec des dirigeants et des cliniciens lors d'une réunion?
- Aiment-ils réfléchir à l'information et formuler leurs réflexions avant de répondre ou sont-ils à l'aise de fournir de la rétroaction lorsque l'information est présentée (en temps réel)?
- De combien de temps ont-ils besoin pour obtenir de l'information ou présenter des demandes de réunion? (Les demandes de dernière minute sont-elles acceptables?)
- En ce qui concerne les réunions en personne :
 - Renseignez-vous au sujet des repas et des lieux préférés ainsi que du remboursement des frais de transport et de stationnement.
 - Comment gérerez-vous et comment géreront-ils les préoccupations liées à la COVID-19?
- Qu'est-ce qui pourrait les aider dans leur participation?



Créez des protocoles d'équipe

1. Formez l'équipe et les parties prenantes participantes relativement au rôle des P/F/PA partenaires et aux attentes en matière de collaboration.
2. Envisagez d'élaborer conjointement un protocole et un mandat d'équipe d'une manière qui reconnaît :
 - a) Le respect et la dignité
 - i) Les connaissances, les valeurs, la culture et le vécu expérientiel de chaque personne sont précieux.
 - ii) Les points de vue et les choix des P/F/PA devraient être écoutés et respectés comme des éléments importants de la planification et de la prestation des soins de santé.
 - b) Partage d'information
 - i) Chaque personne devrait disposer de l'information dont elle a besoin et la recevoir d'une manière qui lui convient.
 - c) Participation
 - i) Chaque personne contribue dans la mesure avec laquelle elle est à l'aise dans un environnement d'enseignement et d'apprentissage généralisés.
 - d) Collaboration
 - i) Tous collaborent pour leur profit mutuel et prennent part à la prise de décisions.
3. Établissez des attentes claires
 - a) Pour la collaboration (voir la section ci-dessus)
 - b) Pour la documentation
 - i) La lecture de documents longs et approfondis, qui peut constituer une attente de l'équipe, représente une demande importante et fastidieuse pour un P/F/PA partenaire. Songez à lui exposer les éléments importants.
4. Faites preuve de souplesse
 - a) Les personnes/familles/proches aidants partenaires sont formidables lorsqu'il s'agit de « sortir des sentiers battus » et de trouver des stratégies et des idées. Vous serez peut-être confronté à des choses que vous n'aviez pas envisagées. Vous devez prévoir un horaire assez souple pour pouvoir écouter ces conversations riches.



5. Tenez compte de la sensibilité de la langue

- a) La langue utilisée est importante lorsque vous collaborez avec les P/F/PA partenaires. Examinez les exemples suivants qui peuvent facilement donner lieu à des malentendus ou à une compréhension floue. Ne présumez pas que les partenaires comprennent la langue parce qu'ils ont reçu des soins palliatifs. En prenant le temps de fournir au départ de l'information à toutes les parties prenantes d'une manière qu'elles comprennent, elles entameront toutes le projet sur un pied d'égalité.

AVANT	MAINTENANT	JUSTIFICATION
Jargon clinique	Langage simple	• Dans le cadre de la collaboration avec les P/F/PA, le choix de mots peut créer une dynamique de pouvoir involontaire. • Opter pour un langage simple pour assurer l'inclusivité.
Définitions présumées	Termes définis clairement	• Fournir des définitions claires des termes couramment utilisés pour accroître la sensibilisation et assurer une compréhension commune.
Acronymes	Fournir une liste de termes et d'acronymes courants pour toutes les parties prenantes.	• Éviter les acronymes dans la mesure du possible pour assurer une bonne compréhension.



Ressources pratiques des personnes/famille/proches aidants

Vidéo « 7 Quick Tips for Working with P/F/C Partners in Co-design »

Vidéo de 2 minutes sur l'apprentissage en moins de 2 minutes de 7 trucs rapides pour collaborer avec des P/F/PA.²⁵
www.youtube.com/watch?v=7MX7zjEMSBs (en anglais seulement).

Principes de partenariat

L'Institut pour la sécurité des patients du Manitoba a créé une déclaration d'engagement du patient [de la personne] et de sa famille qui comprend ces principes de partenariats entre les prestataires de soins de santé et les personnes/familles/proches aidants. www.mbips.ca/mt-patient-and-family-engagement.html (en anglais seulement).

Ressources pour les partenaires de soins de santé

Le réseau Patient Voices Network (Colombie-Britannique) a élaboré des ressources de renforcement rapide des compétences afin que vous soyez plus à l'aise de mobiliser les personnes/familles/proches aidants partenaires. Vous trouverez des guides, des conseils, des listes de vérification et des présentations ici :
patientvoicesbc.ca/healthcare-partners/resources/#engaging-patient-partners (en anglais seulement).

Plateforme de ressources sur la participation du patient

Collection d'outils et de renseignements recueillis par la Fondation canadienne pour l'amélioration des services de santé (maintenant Excellence en santé Canada). www.cfhi-fcass.ca/innovations-tools-resources/patient-engagement-resource-hub

Comment établir un partenariat avec les patients

La section sur les partenaires de soins de santé de la présente page Web contient une liste de ressources utiles pour inciter les personnes/familles/proches aidants à améliorer la sécurité des patients et la qualité des soins.
www.mbips.ca/mt-patient-and-family-engagement.html (en anglais seulement).

Participation du patient à la recherche

L'Institut de recherche en santé du Canada dispose d'une vaste liste de ressources et de lignes directrices pratiques. cihr-irsc.gc.ca/f/51916.html. Il existe également plusieurs SRAP – ce qui signifie Stratégie de recherche axée sur le patient – Unité de soutien et collectivités partout au Canada.



Recrutement de personnes/familles/proches aidants – Liste des organismes provinciaux

Vous trouverez ci-après une liste, par province ou territoire, d'organismes ayant l'expérience du jumelage des personnes/familles/proches aidants partenaires avec des partenaires de soins de santé.

Province	Organisme
Terre-Neuve-et-Labrador	Quality of Care NL Patient Partners (en anglais seulement) NL Support (partners for research) (en anglais seulement)
Nouvelle-Écosse	Engage4Health – Santé Nouvelle-Écosse (site en anglais seulement)
Île-du-Prince-Édouard	Partenaires bénévoles représentant les patients ou les familles de Santé Î.-P.-É.
Nouveau-Brunswick	Réseau de santé Horizon
Québec	Centre d'excellence sur le partenariat avec les patients et le public
Ontario	Organisme de soutien aux aidants naturels de l'Ontario
Manitoba	Public & Patient Engagement - Winnipeg Regional Health Authority (en anglais seulement)
Nunavut	Modèle de soins pour le Nunavut (peut indiquer où mobiliser les partenaires)
Saskatchewan	Saskatchewan Health Authority Patient & Family Partners (en anglais seulement)
Territoires du Nord-Ouest	NWT Strategy for Patient-Oriented Research (SPOR) Unit (en anglais seulement)
Alberta	Patient & Family Engagement – Cancer Care Alberta (en anglais seulement) Primary Health Care Virtual Patient Engagement Network
Colombie-Britannique	Patient Voices Network (en anglais seulement) BC Support Unit (partners for research) (en anglais seulement) BC Cancer Pathway to Finding a Person/Family/Caregiver Partner (en anglais seulement)
Yukon	Engagement Leader, Health System Improvement and Transformation (en anglais seulement)



Publications pertinentes

(au 31 décembre 2021)

Carter A.J.E. et coll., « Providing palliative care at home align with the professional identity of paramedics: A qualitative study of paramedics and palliative care providers ». *JCMU* 2021 : en attente (soumis)

Carter A.J.E. et coll., « Essential elements to implementing a paramedic palliative model of care: An application of the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) ». *Journal of Palliative Medicine* 2021 : en attente (soumis)

Carter A.J.E. et coll., « A national collaborative to spread and scale paramedics providing palliative care in Canada: breaking down silos is essential to success ». *Progress in Palliative Care*. 2021, 29 (2); publié en ligne le 4 mars 2021.

Helmer, J. et coll., « Developing a paramedic approach to palliative emergencies ». *Progress in Palliative Care*, 2021; 29(2); publié en ligne le 4 mars 2021.

Helmer, J. et coll., « British Columbia Emergency Health Services assess, see treat and refer palliative clinical pathway ». *Emergency Medicine Journal*, 2021, 38 (9).

Carter A.J.E. et coll., « Breaking down silos: Consensus based recommendations for improved content, structure and accessibility of advance directives in emergency and outside hospital settings ». *Journal of Palliative Medicine*, 2020, 23 (3) : 379-388.

Carter A.J.E. et coll. (2019). « Paramedics providing palliative care at home: A mixed methods exploration of patient and family satisfaction and paramedic comfort and confidence ». *JCMU*, 21 (4) : 513-522.

Carter A.J.E. et coll., « Paramedics providing palliative care at home: Mixed-methods exploration of patient and family satisfaction in two provincial systems » (résumé). *PEC* 2018, 22 :1 (101-150)

Carter A.J.E. et coll., « Paramedics providing palliative care at home: Comfort and confidence pre-post – survey in two provincial EMS systems » (résumé). *PEC* 2018, 22 :1 (101-150)

Montgomery C. et coll., « Innovative emergency care for the palliative patient at home ». *Home Healthcare Now*, août 2017.

Arsenault J. et coll., « Continuing care and emergency medical services: A collaborative approach for emergency end of life care in the community ». *Journal of Interprofessional Care* (JICare), blogue, 16 mai 2017.



Carter A.J.E. et coll., « Paramedic comfort and confidence with providing palliative support: Pre-launch survey » (résumé). *PEC* 2016; 20 :1 (137-173)

Cameron, C. et coll. « The Canadian paramedic competency profile for the provision of palliative and end of life care: Time for a change? ». *Canadian Paramedicine*, août-septembre 2016.

Carter A.J.E. et coll., « Providing palliative care bring paramedicine to next level: A review and comparison of how three provinces have incorporated palliative care into EMS ». *Canadian Paramedicine*, août-septembre 2016.

Carter A.J.E. et coll., « Breaking down silos: Building better advance directives » (résumé). *JCMU* 2012, 14 : S1 (S1-S55)



Références

- 1 Fowler, R. et Hammer, M. (2013). « End-of-life care in Canada ». *Clinical & Investigative Medicine*, vol. 36, n° 3, E127-E132.
- 2 Muise, A. « Palliative support by emergency medical services for persons at the end of life: A population based analysis of need ». Mémoire de maîtrise, 2015.
- 3 Schrijvers, D. et van Fraeyenhove, F. (2010). « Emergencies in palliative care ». *Cancer J.*, septembre et octobre 2010, vol. 16, n° 5 : 514-520. DOI : 10.1097/PPO.0b013e3181f28a8d. PMID : 20890149.
- 4 Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) (2013). L'engorgement des départements d'urgence et le blocage d'accès. *JCMU*, vol 15, n° 6 : 359-370.
- 5 Carron, P.-N. et coll. (2014). Palliative care and prehospital emergency medicine: Analysis of a case series. *Medicine* (Baltimore). 93. e128. 10.1097/MD. DOI: 0000000000000128.
- 6 Pettifer, A. et Bronnert, R. (2013). « End of life care in the community: the role of ambulance clinicians ». *Journal of Paramedic Practice*, no 5 : 394-399.
- 7 Seow, H. et coll. (2016). « Temporal association between home nursing and hospital costs at end of life in three provinces ». *Current Oncology* (2016) 23 (Supp. 1).
- 8 Seow, H. et coll. (2016). « End-of-life cancer care: The temporal association between generalist homecare nursing on hospitalizations ». *Journal of Palliative Medicine* 19, n° 3 (2016): 263-70.
- 9 Seow, H. et coll. (2015). « Does increasing homecare nursing reduce emergency department visits at the end of life? A population-based cohort study of cancer decedents ». *Journal of Pain and Symptom Management* 26 (2015).
- 10 Burge, F. et coll. (2015). « Preferred and actual location of death: What factors enable a preferred home death? ». *Journal of Palliative Medicine*, 2015: 1054-9.
- 11 Burge, F. et coll. (2014). « Bereaved family member perceptions of patient-focused family-centred care during the last 30 days of life using a mortality follow-back survey: Does location matter? ». *BMC Palliative Care* 25 (2014) : 13.
- 12 Lawson, B. et coll. (2009). « Can the introduction of an integrated service model to an existing comprehensive palliative care service impact emergency department visits among enrolled patients? ». *J Palliat Med* 12, n° 3 (2009) : 245-52.



- 13 Burge F, Lawson B et Johnston G. (2003). « Family physician continuity of care and emergency department use in end-of-life cancer care ». *Medical Care* 41, n° 8 (2003) : 992-1001.
- 14 Burge, F. et coll. (2003). « Primary care continuity and location of death for those with cancer ». *J Pal Med* 6, n° 6 (2003) : 911-18.
- 15 Services de santé Alberta (2014-2017). *EMS Palliative and End of Life Care Assess, Treat and Refer Program*, divers documents de projet (chartes de projet, cadre d'évaluation, rapports d'évaluation, site Web public, etc.)
- 16 Damschroder, L. et coll. (2009). Fostering implementation of health services research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci* [Internet]. 74 (1009) : 50.
- 17 Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique. *Patient, family, caregiver and public engagement framework* 2018.
- 18 Agrément Canada (2015). *Client – and family-centred care in the Qmentum program*.
- 19 Association des paramédics du Canada (2011). *Profil national des compétences professionnelles des ambulanciers paramédicaux*.
- 20 Cameron, C. et coll. « The Canadian paramedic competency profile for the provision of palliative and end of life care: Time for a change? ». *Canadian Paramedicine*, août-septembre 2016.
- 21 Health Quality Council of Alberta (2012). *Review of the quality of care and safety of patients requiring access to emergency department care and cancer surgery and the role and process of physician advocacy*.
- 22 Carter, A.J.E. et coll. (2019). « Paramedics providing palliative care at home: A mixed methods exploration of patient and family satisfaction and paramedic comfort and confidence ». *JCMU*, 21(4) : 513-522.
- 23 Luke, D. A. et coll. (2014). « The Program Sustainability Assessment Tool: A New Instrument for Public Health Programs ». *Prev Chronic Dis* (2014) n° 11 : 130184.
- 24 Services de santé Alberta (2015). *AHS mission & strategic direction*.
- 25 O'Connor, P. Vidéo « 7 Tips for working with patients in co-design ». Excellence en santé Canada, mars 2017.