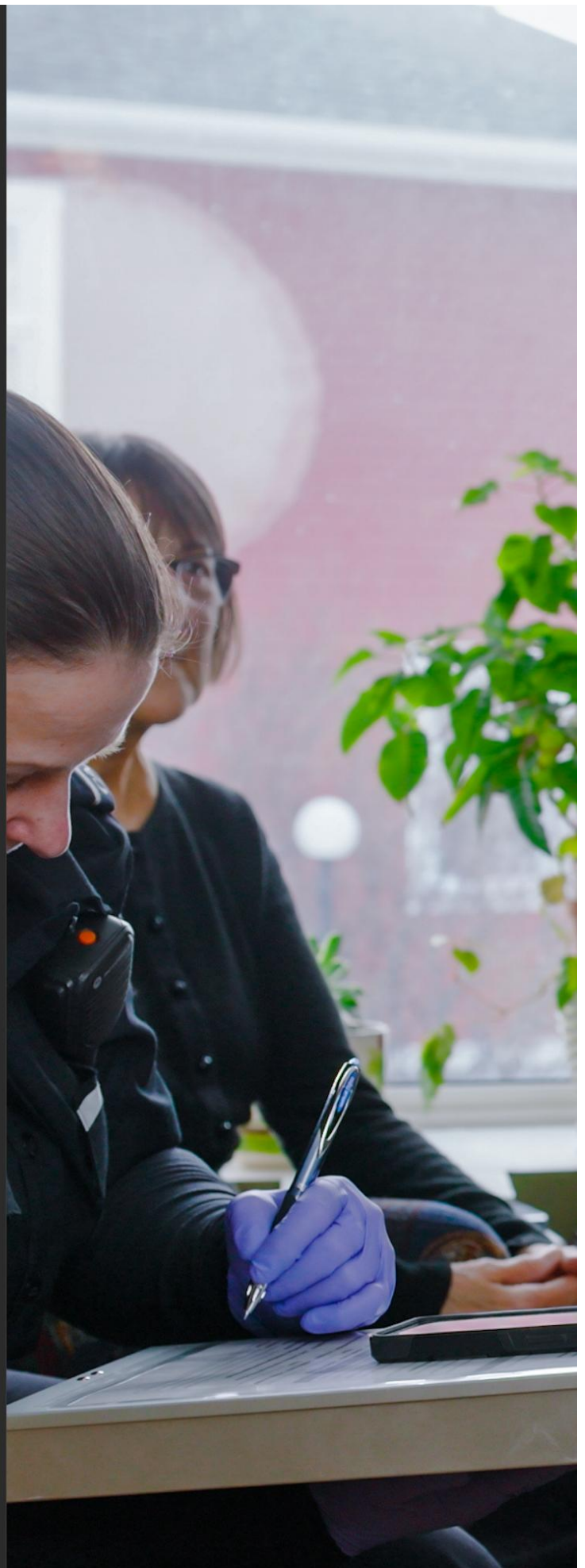


PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

GUIDE DE TRANSFERT DES CONNAISSANCES



Mise en contexte

La paramédecine communautaire est une pratique préhospitalière évolutive qui vise l'identification, l'accompagnement et la prévention des complications cliniques associées à certaines clientèles considérées comme vulnérables.

« Les paramédics communautaires donnent des soins diversifiés centrés sur le patient et qui répondent aux besoins des communautés. Leur pratique peut inclure les soins de santé primaires, la promotion de la santé, la gestion des maladies et l'évaluation de la santé physique, psychologique et des besoins des patients. Ils doivent être intégrés à des équipes de soins interdisciplinaires visant à améliorer la santé des patients par l'éducation et la navigation dans le système de santé. » (Shannon B, Baldry S, O'Meara P, et al., 2023).

Bien que présente dans plusieurs pays et ailleurs au Canada, cette pratique tarde à être pleinement implantée au Québec. L'adoption de la Politique gouvernementale sur les services préhospitaliers d'urgence et, subséquemment, du Plan d'action gouvernemental (PAG), est venue transformer le cadre stratégique et ouvrir la voie à de nouvelles formes de collaboration entre les acteurs du réseau.

C'est dans ce contexte de changement que le projet de paramédecine communautaire du Bas-Saint-Laurent a vu le jour. Son développement repose sur une collaboration étroite entre les multiples partenaires du milieu, incluant les organisations ambulancières, les établissements de santé, les directions médicales, les milieux communautaires et les équipes ministérielles. Ensemble, ces acteurs contribuent à l'implantation progressive d'un modèle de soins intégrés qui valorise la complémentarité des expertises, le partage des connaissances et l'adaptation des pratiques aux réalités locales. Dans le cadre bas-laurentien, ce service a été développé selon une approche de recherche-action, sous l'égide d'un comité de pilotage composé de plusieurs acteurs, dont deux experts de vécu.

Cette synergie interorganisationnelle constitue un levier essentiel pour favoriser l'apprentissage collectif et assurer la pérennité du modèle québécois de

paramédecine communautaire. Pour connaître la liste des membres du comité de pilotages, la description du projet et les produits de transfert de connaissances réalisées, consultez notre page web de la programmation: <https://vieillirchezsoi-bsl.org/projets/paramedecine-communautaire.html>.

Table des matières

Introduction	5
Méthodologie du partage de connaissances	6
Survol des étapes	6
Étape 1 : La planification	8
Étape 2 : L'information et la mobilisation des acteurs	11
Étape 3 : La formation des paramédics	13
Étape 4 : L'implantation	13
Étape 5 : La réévaluation continue de processus	14
Références.....	18
Annexe 2.....	21
Annexe 3.....	23
Annexe 4.....	25
Annexe 5.....	26
Annexe 6.....	27

Introduction

La problématique des aînés vulnérables, grands consommateurs de soins et de services hospitaliers, suscite beaucoup d'attention au Canada ainsi qu'au Québec. Ces usagers représentent une minorité de la population, soit environ 5 % et engendrent une grande proportion des coûts des dépenses en santé (50 % à 67 % des dépenses totales en santé au Canada).

Au Québec, selon la Commission à la santé et du bien-être, les aînés de 65 ans et plus, dont la proportion est en augmentation (19 % en 2018, 25 % en 2030 et va atteindre 27 % en 2043) occupent de façon significative les urgences et les unités de soins hospitalières. Ils représentent 45 % de toutes les journées d'hospitalisation (cadre de référence, approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier).

En 2019-2020, les personnes âgées de 75 ans et plus ont constitué 14,9 % de la clientèle totale des urgences, soit 549 458 visites au Québec selon le Guide de gestion des urgences du ministère de la Santé et des Services sociaux. Dans les 5 dernières années, le nombre de visites des usagers sur civière répertoriées au Québec a augmenté de 4,7 % selon le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les causes pouvant expliquer cette croissance sont multifactorielles :

- Le vieillissement de la population et l'augmentation de l'espérance de vie;
- L'augmentation du nombre de personnes souffrant de maladie chronique;
- Les difficultés dans les transitions des soins entre les milieux hospitaliers et communautaires;
- Les difficultés d'accès aux programmes-ressources de première ligne;
- L'épuisement des personnes proches aidantes.

La projection pour l'année 2031 au niveau du nombre d'aînés de 65 ans et plus pour le Bas-Saint-Laurent atteindra 35 % alors que celle de la MRC des Basques représentera 45 % selon le portrait des personnes âgées du Bas-Saint-Laurent, 2019. Toujours selon ce dernier, 27 % des personnes de 65 à 74 ans et 36 % des 75 ans et plus vivent seuls. L'isolement représente un enjeu pour cette population.

Il s'agit notamment de gens âgés de 75 ans et plus avec un faible niveau socioéconomique et certaines conditions de santé en lien avec la présence de maladies chroniques (MPOC, insuffisance cardiaque, diabète, etc.).

Méthodologie du partage de connaissances

Le processus qui vous sera présenté a permis la concrétisation du projet de paramédecine communautaire dans la région du Bas-Saint-Laurent. Ce document vise à vous offrir une compréhension claire et détaillée des étapes clés qui ont jalonné la préparation, la coordination et l'implantation du projet. Il a également pour objectif de faciliter la transférabilité du modèle vers d'autres réseaux locaux de services (RLS), en s'appuyant sur les apprentissages réalisés et les leviers identifiés au cours du déploiement.

Ce processus repose sur une approche collaborative, structurée et évolutive, mobilisant une diversité d'acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, des entreprises ambulancières, des usagers partenaires et des équipes cliniques et de la communauté. Ensemble, ces partenaires ont contribué à la mise en œuvre d'un modèle intégré de soins de proximité, centré sur les besoins réels de la population.

Survol des étapes

Étape 1 : La planification

Cette première étape, qui sera décrite en détail dans les sections suivantes, consiste à identifier le besoin populationnel prioritaire qui justifie le déploiement du projet. Une fois ce besoin ciblé, une analyse des parties prenantes est réalisée afin de déterminer les acteurs clés à mobiliser. Une matrice des responsabilités (RACI), inspirée des bonnes pratiques en gestion de projet, est ensuite élaborée. Elle permet de clarifier les rôles, les responsabilités et les niveaux d'imputabilité de chacun (Responsable, Approbateur, Consulté, Informé). Cette étape est

déterminante pour assurer une vision commune et une coordination efficace entre les partenaires.

Étape 2 : L'information et la mobilisation des acteurs.

L'objectif de cette étape est de sensibiliser et d'informer les différents acteurs impliqués sur la nature du projet, ses objectifs et les retombées anticipées. Des rencontres de travail et de concertation sont organisées afin de clarifier les rôles, les responsabilités et les attentes mutuelles. Cette phase joue un rôle clé dans la création d'un climat de confiance et de collaboration interdisciplinaire, en favorisant la compréhension partagée du projet et l'adhésion de tous les partenaires. Elle permet également de définir les mécanismes de communication et de suivi entre les équipes cliniques, les gestionnaires et les instances régionales.

Étape 3 : La formation.

Cette étape vise à outiller les acteurs de première ligne, principalement les paramédics, afin d'assurer une mise en œuvre harmonieuse du modèle.

Les formations sont adaptées aux réalités régionales et portent notamment sur :

- Les principes et objectifs de la paramédecine communautaire;
- Les protocoles cliniques et les critères d'admissibilité;
- Les mécanismes de collaboration interprofessionnelle;
- L'utilisation des outils cliniques, technologiques et de communication.

La formation constitue un levier essentiel pour renforcer les compétences, l'autonomie clinique et la cohésion entre les intervenants.

Étape 4 : L'implantation.

Cette étape correspond au déploiement concret du projet dans le ou les RLS sélectionnés.

Elle s'appuie sur une coordination étroite entre les équipes cliniques, les gestionnaires, afin d'assurer la mise en place progressive des activités sur le terrain.

Un suivi opérationnel est effectué à intervalles réguliers pour évaluer l'efficacité des processus, la satisfaction des partenaires et les retombées cliniques observées.

Étape 5 : La réévaluation continue des processus.

La dernière étape vise à maintenir une démarche d'amélioration continue. Les processus, outils et modes de collaboration sont réévalués périodiquement à la lumière des résultats obtenus et des leçons tirées de l'expérience terrain. Cette évaluation continue permet d'identifier les bonnes pratiques à consolider et les aspects à bonifier pour optimiser la qualité, la pérennité et l'efficacité du modèle.

Les constats issus de cette étape alimentent le transfert des connaissances vers d'autres territoires souhaitant implanter la paramédecine communautaire.

Étape 1 : La planification

La première étape, soit celle de la planification, constitue un levier essentiel dans la mise en œuvre du projet de paramédecine communautaire. Elle permet de déterminer les besoins populationnels prioritaires que l'on souhaite aborder de manière proactive et concertée. Afin de bien cerner les besoins de la clientèle ciblée ainsi que les défis organisationnels liés à leur prise en charge, une analyse approfondie des besoins a d'abord été réalisée. Cette démarche vise à comprendre les réalités cliniques, sociales et territoriales propres à la région, afin d'adapter les interventions aux contextes locaux.

Pour ce faire, une analyse régionale du profil de consommation des services a été effectuée. Celle-ci permet d'identifier les clientèles à risque de réutilisation fréquente des services d'urgence, les problématiques de continuité des soins,

ainsi que les zones de vulnérabilité du réseau. Cette analyse s'appuie sur des données provenant de sources multiples, tant préhospitalières (données des appels et des interventions paramédicales) qu'hospitalières (taux de réadmission, visites à l'urgence, motifs de consultation, etc.).

a) Analyse macroscopique :

L'analyse macroscopique constitue la première étape de compréhension du contexte régional. Elle est réalisée à partir des tableaux de bord ministériels et d'autres sources statistiques régionales permettant de dresser un portrait global de la population utilisatrice des services préhospitaliers d'urgence. Cette analyse permet notamment d'identifier :

- L'âge et le profil démographique des bénéficiaires de soins et services préhospitaliers;
- nature des appels effectués au 911, en distinguant les interventions urgentes de celles à caractère non urgent;
- Les tendances d'utilisation des services au fil du temps, afin de repérer les zones où la demande est croissante ou disproportionnée.

L'objectif de cette étape est de mieux comprendre la structure et la dynamique des besoins de la population à l'échelle régionale, en fournissant une base factuelle solide pour orienter les choix cliniques, organisationnels et stratégiques du projet de paramédecine communautaire. (Voir annexe 1 TdB MSSS BSL)

b) Analyse microscopique.

L'analyse microscopique vise à approfondir la compréhension des besoins en ciblant plus finement les déterminants du système MPDS (Medical Priority Dispatch System) les plus fréquemment sollicités par les usagers du 911. Ces déterminants, issus d'un système de classification universelle,

permettent de catégoriser la nature clinique des appels¹, offrant ainsi une lecture détaillée des motifs d'intervention préhospitalière. Grâce à cette approche, il devient possible d'identifier les causes d'appels les plus récurrentes et de repérer les segments de population qui mobilisent le plus souvent les services d'urgence.

Les analyses réalisées par le Centre de communication santé (CCS) jouent ici un rôle central puisqu'elles constituent un outil décisionnel précieux pour guider le choix de la clientèle cible et orienter le développement des interventions communautaires. Dans le cas du Bas-Saint-Laurent, ces analyses ont mis en lumière une prévalence importante d'appels provenant d'utilisateurs âgés de 65 ans et plus, notamment ceux vivant avec des maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) ou une insuffisance cardiaque.

Ces constats ont servi de fondement à la sélection des clientèles prioritaires pour le déploiement du projet de paramédecine communautaire, en cohérence avec les besoins réels du territoire et les orientations du réseau local de services.

c) Analyse de la vulnérabilité.

Une fois la clientèle ciblée déterminée à partir des analyses précédentes, une analyse de la vulnérabilité des usagers a été réalisée afin de mieux comprendre les facteurs cliniques et sociaux influençant leur recours aux services d'urgence.

Pour établir le profil de vulnérabilité des usagers, l'équipe de recherche a utilisé l'indice dérivé d'Elixhauser² (Annexe 5), un outil reconnu permettant

¹ <https://www.emergencydispatch.org/what-we-do/emergency-priority-dispatch-system/medical-protocol>

² <http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/viewConcept.php?printer=Y&conceptID=1436>

de transformer un ensemble complexe de 30 comorbidités en un score unique. Ce score offre une mesure synthétique et objective de la charge de morbidité, facilitant ainsi l'intégration des données dans les analyses statistiques et les comparaisons entre groupes. Cette approche a permis d'identifier les usagers présentant une vulnérabilité accrue, tant sur le plan clinique que fonctionnel, et de mieux cibler les interventions de paramédecine communautaire vers les personnes les plus à risque de réutilisation fréquente des services d'urgence ou de décompensation à domicile (Annexe 2). En combinant ces analyses quantitatives à la connaissance terrain des équipes préhospitalières et cliniques, il devient possible d'élaborer une stratégie d'intervention concertée, adaptée aux besoins réels de la population et aux capacités locales du réseau de soins.

Étape 2 : L'information et la mobilisation des acteurs

Pour cette étape, une présentation officielle du projet est réalisée auprès de l'ensemble des acteurs concernés. L'objectif est de partager la vision commune, d'expliquer les fondements cliniques et organisationnels du projet, et surtout de favoriser l'adhésion des partenaires dès les premières phases du déploiement.

Afin de soutenir cette démarche, une présentation PowerPoint est élaborée et vous sera rendue disponible. Celle-ci permet d'exposer de manière structurée les objectifs du projet, les étapes de mise en œuvre, les rôles attendus de chaque partie prenante et les bénéfices anticipés pour les usagers et le réseau local.

Pour encourager une compréhension partagée et un dialogue constructif, les acteurs sont regroupés selon les intérêts et les enjeux communs qu'ils partagent. Cette approche favorise la co-construction, l'expression des préoccupations de chacun et l'identification concertée des leviers de réussite.

Cette étape de mobilisation est déterminante pour instaurer une culture de collaboration intersectorielle, élément central du modèle de paramédecine communautaire. Le plan de gestion du changement est disponible à l'annexe 3.

Rencontre (s)	Acteurs
1	<p>Directions du CISSS du Bas-Saint-Laurent (CISSS-BSL)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Direction des programmes de soutien à domicile • Direction des soins infirmiers • Direction des services préhospitaliers d'urgence
2	<p>Services de soutien à domicile (SAD) – CISSS-BSL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chefs de service, infirmières cliniciennes et intervenants du SAD • Partenaires cliniques et gestionnaires locaux
3	<p>Partenaires du réseau préhospitalier</p> <ul style="list-style-type: none"> • Entreprises ambulancières régionales • Syndicats représentant les techniciens ambulanciers paramédics (TAP) • Centre de communication Santé
4	<p>Professionnels impliqués du Réseau de la santé et des services sociaux (RSSS)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Médecins de famille et groupes de médecine de famille (GMF) • Médecins d'urgence • Médecins spécialistes (ex. pneumologues, cardiologues) • Pharmaciens communautaires et hospitaliers • Autres professionnels de la santé impliqués (ergothérapeutes, travailleurs sociaux, etc.)

Étape 3 : La formation des paramédics

Afin d'assurer une adéquation optimale entre les besoins des usagers et les services offerts, une formation structurée d'une durée de huit heures a été élaborée à l'intention des intervenants paramédicaux impliqués dans le projet de paramédecine communautaire. Cette formation vise principalement à renforcer les connaissances cliniques des paramédics en leur permettant de revoir les pathologies ciblées, leurs présentations cliniques caractéristiques, ainsi que les principes de pharmacothérapie associés à cette clientèle. Elle constitue également un moment privilégié pour présenter les processus, protocoles et procédures développés spécifiquement dans le cadre du projet, assurant ainsi une compréhension commune des approches d'intervention. Les professionnels du soutien à domicile participent également à cette formation, favorisant une meilleure compréhension interdisciplinaire des rôles, des responsabilités et des limites légales de chacun des acteurs. Cette démarche contribue à renforcer la collaboration clinique et opérationnelle entre les équipes, à harmoniser les pratiques et à consolider la continuité des soins offerts aux usagers. Pour consulter la formation en ligne, cliquez sur le lien suivant : <https://bit.ly/42AHCn0>

Étape 4 : L'implantation

L'implantation du projet de paramédecine communautaire repose sur la mise en place de plusieurs éléments techniques et organisationnels essentiels. Cette étape vise à assurer une intégration fluide du modèle dans les opérations quotidiennes du réseau préhospitalier et des partenaires cliniques.

Elle comprend notamment :

- L'élaboration des critères d'affections ciblées, permettant de définir précisément les clientèles admissibles au service en fonction des diagnostics, des conditions cliniques et des facteurs de vulnérabilité ;
- La délimitation de la zone d'intervention, réalisée en concertation avec les partenaires régionaux afin de tenir compte des réalités géographiques, démographiques et logistiques propres au territoire ;

- La définition des procédures d'appel des usagers, incluant les modalités d'identification, de référencement et de communication avec les équipes concernées ;
- La procédure de transfert des demandes au Centre de communication santé (CCS), assurant la fluidité des échanges d'information et la cohérence entre les différents niveaux d'intervention.

Étape 5 : La réévaluation continue de processus

Afin d'assurer une évaluation rigoureuse et constante de la qualité des services offerts, une grille de suivi a été élaborée. Cet outil permet d'identifier, planifier et suivre les actions correctrices ou préventives à mettre en œuvre dans le cadre du projet de paramédecine communautaire.

La grille vise à :

- Documenter les écarts observés entre les pratiques actuelles et les standards visés ;
- Assurer la traçabilité des actions d'amélioration ;
- Suivre la mise en œuvre des recommandations issues des évaluations ;
- Mettre en valeur les bons coups et pratiques exemplaires observés sur le terrain.

L'utilisation systématique de cette grille favorise la mise en place d'un processus d'amélioration continue de la qualité des services, en cohérence avec la démarche PDCA (Plan–Do–Check–Act) décrite précédemment. Elle constitue un levier concret pour consolider la performance clinique, renforcer la collaboration interorganisationnelle et assurer la pérennité du modèle de paramédecine communautaire au Bas-Saint-Laurent.

Étapes	Objectifs	Actions
Planification	Définir les orientations, les standards et les indicateurs de qualité avant le déploiement du projet.	Identifier les besoins populationnels prioritaires et les objectifs cliniques visés (ex. : réduction des visites à l'urgence, amélioration de la continuité des soins).
		Établir les critères d'admissibilité des usagers et les protocoles cliniques applicables.
		Déterminer les rôles et responsabilités de chaque partenaire (paramédics, SAD, médecins, CCS, etc.).
		Élaborer une grille d'indicateurs de performance et de qualité,
		Planifier la formation des intervenants et la diffusion des outils cliniques et administratifs.
		Définir un calendrier de suivi et de reddition de comptes.
Mise en oeuvre	Appliquer le plan d'action dans un cadre contrôlé et documenté	Lancer le projet dans les RLS ciblés selon les critères d'éligibilité.
		Assurer la formation des paramédics et du personnel du soutien à domicile, incluant les processus de communication intersectorielle.
		Appliquer les protocoles d'intervention, les procédures d'appel et de transfert vers le Centre de communication santé.

		Documenter systématiquement les interventions à l'aide des outils de suivi clinique.
		Maintenir une communication continue entre les partenaires (rencontres de coordination, échanges de cas, etc.).
Vérifier	Mesurer la performance du projet et vérifier la conformité des résultats aux objectifs établis.	Recueillir et analyser les données selon la grille d'indicateurs définie à l'étape de planification.
		Effectuer des audits cliniques et opérationnels pour évaluer la qualité des interventions et la conformité aux protocoles.
		Mesurer la satisfaction des usagers et des partenaires (questionnaires, entrevues, rétroactions).
		Identifier les écarts entre les résultats attendus et observés, qu'ils soient positifs ou négatifs.
		Produire un rapport de performance périodique (trimestriel ou semestriel) destiné aux instances régionales et ministérielles.
Ajuster et améliorer	Mettre en œuvre les ajustements nécessaires pour améliorer le rendement, la sécurité et la qualité des services.	Organiser des rencontres de rétroaction avec les acteurs concernés (CISSS, entreprises ambulancières, SAD, CCS, DMN).
		Analyser les causes des écarts identifiés et prioriser les actions correctrices ou préventives.

		Réviser les protocoles cliniques, outils ou formations en fonction des constats.
		Valoriser les bonnes pratiques identifiées dans les RLS pilotes et les diffuser à l'ensemble de la région.
		Mettre à jour la grille d'indicateurs pour refléter les apprentissages et les nouvelles orientations.

Références

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2011). *Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier : Cadre de référence*. Gouvernement du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2010/10-830-03.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2022). *Guide de gestion des urgences*. Gouvernement du Québec.

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003105/>

Organisation-industrielle.fr. (s.d.). *PDCA : Plan, Do, Check, Act*.

<https://www.organisation-industrielle.fr/pdca-plan-do-check-act/>

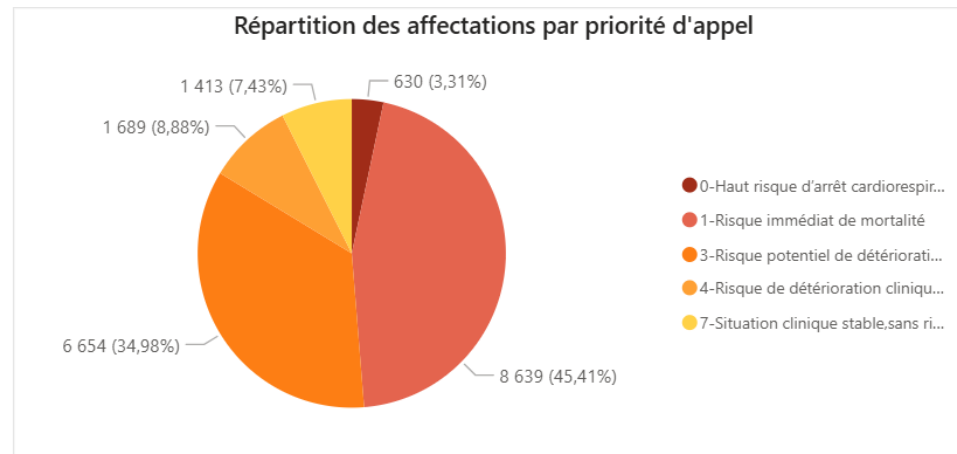
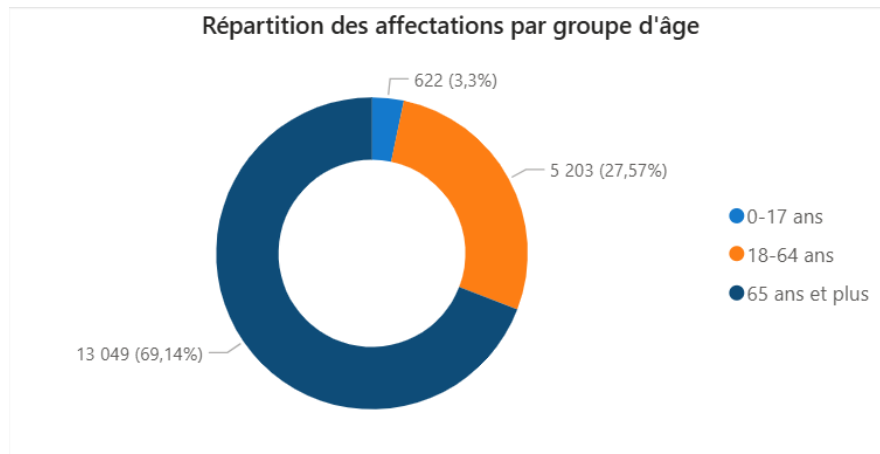
Shannon, B., Baldry, S., O’Meara, P., Foster, N., Martin, A., Cook, M., Stewart, K., & Miles, A. (2023). *The definition of a community paramedic: An international consensus*. *Paramedicine*, 20(1), 4–22.

<https://doi.org/10.1177/27536386221148993>

van Walraven, C., Austin, P. C., Jennings, A., Quan, H., & Forster, A. J. (2009). *A modification of the Elixhauser comorbidity measures into a point system for hospital death using administrative data*. *Medical Care*, 47(6), 626–633.

<https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819432e5>

Annexe 1



(Tdb MSSS pour la période du 2023-04-01 au 2024-03-31)

Annexe 2

Caractéristiques des patients avec un diagnostic principal de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) ou d'insuffisance cardiaque qui se sont présentés dans l'ensemble des centres participants du projet de Paramédecine communautaire au sein du Centre Intégré de Santé et de Services Sociaux (CISS) du Bas-Saint-Laurent entre le 2023-04-01 et le 2024-03-31

	Tous les patients	MPOC	Insuffisance cardiaque
Nombre de <i>patients uniques</i>	477	251	224
Nombre d'<i>épisodes de soins</i>	571	315	253
Age, moyenne (ÉC)	76.8 (11.1)	73.7 (10.7)	80.6 (10.5)
Age, min; max	35; 97	45; 97	35; 97
Age, n (%)			
< 60	33 (5.8)	24 (7.6)	9 (3.6)
60-64	41 (7.2)	34 (10.8)	7 (2.8)
65-69	73 (12.8)	53 (16.8)	20 (7.9)
70-74	93 (16.3)	63 (20.0)	29 (11.5)
75-79	95 (16.6)	47 (14.9)	47 (18.6)
80-84	72 (12.6)	34 (10.8)	37 (14.6)
85-89	77 (13.5)	36 (11.4)	41 (16.2)
90-94	67 (11.7)	17 (5.4)	50 (19.8)
95+	20 (3.5)	7 (2.2)	13 (5.1)
Sexe, femme (%)	289 (50.6)	166 (52.7)	120 (47.4)
Diagnostic principal lors de la 1^{ere} hospitalisation (n=477)		251 (100.0)	—
MPOC	251 (52.6)	—	224 (100.0)
Insuffisance cardiaque	224 (47.0)	—	—
Autres	2 (0.4)	—	—
Diagnostic principal lors de la 2^e hospitalisation (n=64)		39 (100.0)	—
MPOC	39 (60.9)	—	24 (100.0)
Insuffisance cardiaque	24 (37.5)	—	—
Autres	1 (1.6)	—	—
Diagnostic principal lors de la 3^e hospitalisation (n=23)		19 (100.0)	—
MPOC	19 (82.6)	—	4 (100.0)
Insuffisance cardiaque	4 (17.4)	—	—
Autres	0 (0.0)	—	—
Diagnostic lors de la 1^{ere} reconsultation (n=136)			
Problèmes pulmonaires	47 (8.2)	34 (10.8)	13 (13.4)
Troubles cardiaques	13 (2.3)	1 (0.3)	11 (4.4)
Autres	76 (13.3)	41 (13.0)	34 (13.4)
Diagnostic lors de la 2^e reconsultation (n=54)			
Problèmes pulmonaires	29 (5.1)	23 (7.3)	6 (2.4)

Troubles cardiaques	8 (1.4)	2 (0.6)	5 (2.0)
Autres	17 (3.0)	14 (4.4)	12 (4.7)
Diagnostic lors de la 3e reconsultation (n=19)			
Problèmes pulmonaires	10 (1.8)	6 (1.9)	4 (1.6)
Troubles cardiaques	3 (0.5)	2 (0.6)	4 (1.6)
Autres	6 (1.1)	11 (3.5)	1 (0.4)
Diagnostic lors de la 4e reconsultation (n=15)			
Problèmes pulmonaires	8 (1.4)	7 (2.2)	1 (0.4)
Troubles cardiaques	1 (0.2)	0 (0.0)	1 (0.4)
Autres	6 (1.1)	4 (1.3)	2 (0.8)
Diagnostic lors de la 5e reconsultation (n=9)			
Problèmes pulmonaires	4 (0.7)	4 (1.3)	—
Troubles cardiaques	0 (0.0)	0 (0.0)	—
Autres	5 (0.9)	4 (1.3)	1 (0.4)
Diagnostic lors de la 6e reconsultation (n=6)			
Problèmes pulmonaires	4 (0.7)	4 (1.3)	—
Troubles cardiaques	—	—	—
Autres	2 (0.4)	2 (0.6)	—
Revisites à l'urgence (n=261)			
Nouvelle visite sans admission	180	117	60
Nouvelle visite avec admission	81	42	35
Nombre de revisites			
0	435 (76.2)	239 (75.9)	195 (77.1)
1	72 (12.6)	37 (11.8)	35 (13.8)
2	34 (6.0)	20 (6.4)	14 (5.5)
≥ 3	30 (5.3)	19 (6.0)	9 (3.6)
Hospitalisation, moyenne (ÉC)			
DDS 1^{ère} hospitalisation	N=477 7.0 (7.7)	N=252 6.1 (5.6)	N=227 7.9 (9.5)
DDS totale 1^{er} épisode de soin	8.2 (9.5)	6.5 (6.1)	8.0 (9.6)
DDS 2^e hospitalisation	N=64 7.5 (9.1)	N=40 7.0 (9.5)	N=24 8.4 (8.4)
DDS totale 2^e épisode de soin	8.8 (9.6)	7.8 (9.9)	9.0 (8.9)
DDS 3^e hospitalisation	N=23 4.0 (3.0)	N=19 3.5 (2.2)	N=4 6.5 (5.2)
DDS totale 3^e épisode de soin	6.2 (7.0)	5.3 (6.9)	6.8 (4.9)
DDS des 3 hospitalisations	6.9 (7.8)	6.1 (6.1)	7.9 (9.3)
DDS totale des 3 épisodes de soin	8.1 (9.3)	6.5 (6.7)	8.1 (9.4)
Délai entre l'hospitalisation et la première visite, moyenne (ÉC)			
1^{er} épisode de soin (hospitalisation)	12.9 (9.1)	13.1 (9.5)	12.2 (8.3)
2^{er} épisode de soin (hospitalisation)	9.4 (9.5)	7.8 (11.6)	11.1 (6.8)
3^e épisode de soin (hospitalisation)	9.3 (8.0)	11.0 (8.5)	4.0 (2.8)
Décès, n (%)	72 (12.6)	29 (5.1)	21 (3.7)

Annexe 3

Sommaire du plan de gestion du changement

1. Phase de Préparation

1.1 Analyse et planification initiale

- **Consultation préliminaire avec le syndicat** : Organiser des rencontres pour présenter les grandes lignes du projet, discuter des impacts sur les conditions de travail et recueillir leurs préoccupations.
- **Nomination d'agents de valorisation** : Désigner des employés ou représentants ayant une bonne influence et un respect au sein de l'organisation pour agir comme intermédiaires et promoteurs du projet.

1.2 Communication initiale

- **Annnonce officielle du projet** : Élaborer une communication claire et transparente pour tous les employés, en expliquant les objectifs, les bénéfices, et l'impact sur les pratiques quotidiennes.
- **Définition du rôle du syndicat et des agents de valorisation** : Clarifier leur implication dans chaque étape du processus.

2. Phase de Mobilisation et Collaboration

- paramédecine communautaire.

2.1 Implication des agents de valorisation

- **Sensibilisation continue** : Les agents de valorisation organisent des sessions d'information et des discussions informelles pour répondre aux questions des employés.
- **Médiation** : Ils agissent comme point de contact pour adresser les préoccupations ou résistances au changement.

3. Phase d'Implémentation

3.1 Déploiement progressif

- **Feedback continu** : Mettre en place un mécanisme de retour d'expérience en temps réel avec les employés et le syndicat.

3.2 Ajustements basés sur les retours

- **Révision des pratiques** : Adapter les protocoles et les processus en fonction des feedbacks.

4. Phase de Stabilisation et Suivi

4.1 Évaluation continue

- **Indicateurs de performance** : Suivre les indicateurs tels que la satisfaction des employés, l'impact sur la charge de travail, et les résultats pour les patients.
- **Rencontres régulières avec le syndicat** : Maintenir une communication ouverte pour discuter des enjeux émergents.

4.2 Valorisation et reconnaissance

- **Communication des succès** : Mettre en avant les réussites du projet (ex. amélioration des soins, retours positifs des patients).
- **Reconnaissance des agents de valorisation** : Remercier publiquement leur contribution et les impliquer dans les prochaines étapes.

Annexe 4

Matrice RACI – Projet de Paramédecine (BSL)

Ce gabarit permet de définir les rôles et responsabilités des acteurs impliqués dans un projet. RACI signifie : Responsable (R), Approbateur (A), Consulté (C) et Informé (I). Complétez la matrice en inscrivant les lettres appropriées pour chaque acteur selon les activités.

Activités / Livrables	Comité de pilotage	Équipe SAD locale	Syndicat (TAP)	Entreprises ambulancières	Réseau (médecins-Pharmaciens-autres)	DRI-CISSSBSL	MSSS-SQc
Approbation du projet	R	C	I	R ou C	C	C	A
Identification du processus de recrutement des usagers	R	A	I	C ou I	C	I	I
Élaboration des critères d'admissibilité des usagers	R	A	I	I	C	I	I
Développement des trajectoires de services	R	A	I	C	C	C	I
Choix des TI pour les TAP	R	I	I	C	I	A	I
Processus de suivi des usagers	R	A	I	C	C	I	I
Collecte de données	R - A	C	I	C- I	I	I	I
Identifications des besoins de formation TAP	R-A	C	I	C-I	C	I	I
Protocoles de soutien aux TAP	R	A	I	C	C	I	I
Indicateurs	R-A	C	I	I	C	I	I
Sondage	R-A	C	I	I	C	C	I

Légende :

- R = Responsable : réalise l'activité
- A = Approbateur : valide le travail réalisé
- C = Consulté : apporte son expertise ou ses avis
- I = Informé : reçoit l'information sur l'avancement

Annexe 5

Transformation des mesures de comorbidité **d'Elixhauser Comorbidity Measures** en système de points pour prédire la mortalité hospitalière à l'aide de



données administratives

van Walraven C et al_2009.pdf

Annexe 6

Sondage aux usagers

Section 1 – Appréciation du service reçu

Veillez indiquer dans quelle mesure vous êtes d'accord avec chacune des affirmations suivantes.

Échelle de réponse :

- 1 – Pas du tout d'accord
- 2 – Ni en accord ni en désaccord
- 3 – Tout à fait d'accord

1. Le service de paramédecine communautaire a répondu à mes besoins de santé à domicile.
2. Le ou la professionnel(le) qui m'a visité a fait preuve d'écoute et de respect.
3. J'ai reçu des explications claires concernant ma condition de santé et les soins recommandés.
4. Le service m'a permis, selon moi, d'éviter une consultation ou une réadmission à l'hôpital.
5. Je serais à l'aise de recevoir à nouveau ce service si nécessaire.

Section 2 – Perception de l'impact sur le bien-être

Veillez indiquer votre niveau d'accord avec les affirmations suivantes.

Échelle de réponse :

- 1 – Pas du tout d'accord
- 2 – Ni en accord ni en désaccord
- 3 – Tout à fait d'accord

1. À la suite de mon congé de l'hôpital, je ressentais du stress ou de l'inquiétude quant à ma santé.
2. L'intervention à domicile m'a aidé(e) à me sentir mieux soutenu(e) et encadré(e).
3. Le suivi à domicile m'a donné un meilleur sentiment de contrôle sur ma santé et ma récupération.

Section 3 – Commentaires (facultatif)

Avez-vous des commentaires ou suggestions concernant votre expérience avec le service de paramédecine communautaire?

(Votre réponse est précieuse pour améliorer la qualité de nos services.)