

# Rapport de recherche

AMÉLIORER LA FORMATION DES PREMIERS  
INTERVENANTS QUÉBÉCOIS AUPRES DES  
VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE:  
UN FAUX PROBLÈME?

par

Michel O'Neill, Ph.D.  
et  
Rachel Lépine, M.Sc.

**Centre de recherche  
sur les services communautaires**

Le Centre de recherche sur les services communautaires est un projet  
conjoint de la Fédération des C.L.S.C. du Québec et de l'Université Laval



Centre de recherche sur les services communautaires et  
Ecole des Sciences Infirmières

Université Laval

**AMELIORER LA FORMATION DES PREMIERS  
INTERVENANTS QUEBECOIS AUPRES DES  
VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE:  
UN FAUX PROBLEME?**

par

Michel O'Neill, Ph.D.  
et  
Rachel Lépine, M.Sc.

Institut national de santé publique du Québec  
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200  
Montréal (Québec) H2J 3G8  
Tél.: (514) 597-0676

COLLECTION "RAPPORT DE RECHERCHE"  
DU CRSC, NO. 5

Juin 1988

La réalisation de cette recherche a été rendue possible grâce  
à une subvention de la Régie de l'assurance automobile du Québec.

## RESUME

Dans le but de commencer à documenter ce qui se passe durant la phase post-impact d'un accident de la route au Québec, la Régie de l'Assurance automobile du Québec a initié en 1986 un programme de recherches préliminaires. Ce programme est basé sur l'hypothèse que la prise en charge des accidentés n'est peut-être pas faite dans les conditions optimales; cela entraînerait une aggravation de l'état des victimes, générant des coûts sociaux et financiers qui pourraient sans doute être diminués de manière significative par une amélioration des processus et techniques de prise en charge.

C'est dans ce contexte que la formation des premiers intervenants québécois (grand public, policiers, secouristes bénévoles, ambulanciers) auprès des victimes d'accidents de la route a été documentée, en comparaison avec ce qui se passe ailleurs au Canada et dans d'autres pays industrialisés dont les systèmes de prise en charge des urgences sont comparables. Un premier intervenant, dans le contexte de cette recherche, est donc une personne, professionnelle ou non et intégrée ou non à un système organisé d'urgences préhospitalières, qui assiste une victime d'accident jusqu'à son admission à l'hôpital.

L'information a été recueillie 1) au moyen d'une revue de la littérature scientifique internationale, publiée sur le sujet au cours des dix dernières années (environ 350 titres repérés); 2) par une série d'entrevues (environ 60 entrevues) avec des personnes clés au Québec et

dans le reste du Canada; 3) à travers des documents internes non publiés (environ 200 documents) de divers organismes locaux, provinciaux, nationaux et internationaux.

### Éléments de problématique

Des éléments de problématique plus généraux sont importants à souligner avant de se pencher sur notre système d'urgences préhospitalières et sur la formation des premiers intervenants québécois:

- 1) Le système de prise en charge des victimes d'accidents de la route est **indissociable** du système plus général d'urgences préhospitalières dont se dote une société à un moment donné.
- 2) Quel que soit le pays, deux facteurs sont généralement considérés comme décisifs pour diminuer les conséquences néfastes des accidents de la route: la **qualité de l'assistance immédiate** et la **rapidité** avec laquelle l'intervention est déployée.
- 3) Comme les types de mesures d'urgence qui ont cours dans les pays industrialisés varient somme toute assez peu, on reconnaît généralement que c'est la **coordination** de ces mesures qui distingue les systèmes efficaces de ceux qui le sont moins.
- 4) Trois variables lourdes influencent particulièrement le genre de système qui sera mis de l'avant dans un pays à un moment donné: il s'agit de la **volonté ou non d'envoyer un médecin** sur les lieux de

chaque accident, de la densité du peuplement d'un territoire et du degré d'intervention du gouvernement central d'une province ou d'un pays.

A partir de ces trois dernières variables, notre étude présente de manière détaillée l'histoire et le fonctionnement du système d'urgences préhospitalières de quelques pays particulièrement intéressants: les Etats-Unis, la France, l'Australie et le Japon. Les systèmes canadien et québécois sont ensuite contrastés avec ce que l'on retrouve dans ces pays, afin d'établir la toile de fond à partir de laquelle la formation des premiers intervenants sera analysée.

Le genre de formation dont on dote chacun des types de premiers intervenants aux Etats-Unis, en France et en Suisse fournit de plus un contexte de comparaison pour décoder la situation québécoise, qui est ainsi mise en perspective avec ce qui se passe ailleurs. Résumons nos principales conclusions.

### Le système québécois d'urgences préhospitalières

En ce qui a trait à l'organisation d'ensemble du système québécois d'urgences préhospitalières l'étude en arrive aux conclusions suivantes:

- 1) Le Québec est un vaste territoire peu densément peuplé où les conditions géographiques et climatiques ont un impact majeur sur la capacité à organiser les services.

- 2) Sauf à Montréal, avec le service Urgences-Santé, notre système n'envoie pas de manière systématique un médecin sur les lieux d'un accident; cela nous rapproche davantage du mode de fonctionnement américain, où ce sont différents types de techniciens médicaux d'urgence qui prennent en charge les blessés, que du mode européen, où ce sont généralement des médecins qui se rendent sur place.
- 3) Même si le gouvernement québécois assume une portion des coûts du système voisine de 100%, il n'a pas encore pris les mesures appropriées pour construire un système bien intégré de prise en charge des urgences préhospitalières.
- 4) L'évolution du type de services dispensés au Québec est largement tributaire des conflits de travail entre les ambulanciers de la région de Montréal et leurs divers employeurs; ces conflits, auxquels le gouvernement québécois a réagi en implantant certains types de mesures qui ne sont disponibles que dans la région de Montréal (système unifié des appels d'urgence sous le numéro 911 par exemple), créent des disparités régionales qui, ici comme ailleurs, ne se résorbent que lentement et révèlent d'importantes différences entre les grandes villes et les régions périphériques.
- 5) Les principaux problèmes du système québécois d'urgences préhospitalières sont actuellement les suivants:

- Absence de rôle clairement défini pour l'ensemble des intervenants.
- Absence de protocoles d'intervention standardisée pour l'ensemble des intervenants.
- Absence d'articulation claire des interventions préhospitalières avec le système hospitalier.
- Absence (sauf à Montréal) de systèmes de communication intégrés permettant un accès simple et rapide aux secours.
- Présence dans le transport ambulancier d'intervenants (les entrepreneurs de pompes funèbres) dont les aspirations économiques normales de toute entreprise à but lucratif peuvent potentiellement engendrer des situations de conflits d'intérêts.

### La formation des premiers intervenants québécois

En ce qui a trait à la formation des premiers intervenants québécois formels (i.e. à l'exclusion du grand public), la situation générale est actuellement la suivante:

- 1) Absence d'uniformisation de la formation pour toutes les catégories d'intervenants (i.e. techniciens ambulanciers, policiers et secouristes bénévoles).
- 2) Absence de processus rigoureux et uniformes de certification/recertification de la compétence de tous les intervenants.
- 3) Absence de mise à jour des connaissances de la plupart des formateurs qui enseignent aux premiers intervenants.

En ce qui a trait à la formation/information du grand public québécois, qui est généralement le premier intervenant informel (i.e.

pas intégré de manière particulière au système de prise en charge des urgences préhospitalières) à constater un accident, la situation est la suivante:

- 1) Même si les campagnes d'information du grand public sur la sécurité routière sont abondantes au Québec comme ailleurs, elles ne portent généralement que sur la **modification des habitudes de conduite** et à peu près jamais sur les **comportements à développer face à un accident** ou face à l'utilisation des secours d'urgence disponibles.
  
- 2) Malgré la présence marquante d'organismes reconnus depuis des années dans le domaine de la formation en secourisme, au Québec comme dans le reste du Canada (en particulier l'Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge), organismes qui sont confrontés depuis quelque temps à l'apparition de nombreuses autres entreprises dispensant de la formation en réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou en secourisme de divers types, **il n'y a que très peu de personnes** qui acquièrent de telles formations au Québec. Font exception celles qui sont obligées de le faire, suite aux exigences de la Commission sur la santé et sécurité au travail. Notre situation diffère grandement de plusieurs pays européens qui ont des législations à cet égard. **L'absence d'incitatif législatif** de même que la croyance populaire dans les **risques de représailles juridiques** si l'on intervient auprès d'un blessé de la route, cantonnent le plus souvent le grand public d'ici dans le rôle de **voyeur** bien davantage que dans celui de secouriste efficace.

### La formation des premiers intervenants québécois: un faux problème?

Il nous semble donc que le Québec a encore bien du chemin à faire s'il veut atteindre le degré d'intégration et de sophistication de la formation des premiers intervenants que manifestent plusieurs autres pays ou même de certaines autres provinces canadiennes (en particulier l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta). Poser le problème de la formation sans questionner l'ensemble du système québécois de réponse aux urgences préhospitalières nous semble toutefois mal aborder le sujet. En effet, à quoi sert-il de former des ambulanciers à des techniques sophistiquées s'ils n'ont ni le matériel ni la latitude professionnelle pour les appliquer?

Améliorer la formation des premiers intervenants au Québec n'est donc pas un faux problème, car les besoins à cet égard sont manifestes et la motivation à se perfectionner des personnes concernées est assez exceptionnelle. Mais prétendre régler en vase clos la question de la formation sans aborder le problème d'ensemble que pose la mise sur pied au Québec d'un système intégré et bien coordonné d'urgences préhospitalières apparaît comme peu propice à entraîner une amélioration des services reçus par les victimes d'accidents, routiers ou autres.

## TABLE DES MATIERES

	Page
<b>RESUME</b> .....	i
<b>TABLE DES MATIERES</b> .....	2
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	8
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	9
<b>INTRODUCTION</b>	
0. LA RECHERCHE SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE .....	10
1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE .....	11
2. METHODOLOGIE .....	11
3. LOGIQUE DE PRESENTATION DU RAPPORT .....	14
4. REMERCIEMENTS .....	15
<b>REFERENCES</b> .....	17
Annexe 1.1 Grille d'entrevue semi-structurée .....	18
Annexe 1.2 Liste des organismes consultés et/ou rencontrés .....	19
 <b>SECTION I: L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE A TRAVERS LE MONDE</b>	
<b>CHAPITRE I: L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE:                   ELEMENTS DE PROBLEMATIQUE</b>	
0. ACCIDENTS DE LA ROUTE ET AUTRES URGENCES .....	24
1. L'ORGANISATION DU SECOURISME ROUTIER DANS LE MONDE: SIMILITUDES ET DIFFERENCES .....	25
1.1 Variations sur des mesures similaires .....	26
1.2 Deux éléments de différence .....	27
1.3 Le niveau de développement des systèmes de secours ....	29
1.4 Quelques problèmes constants .....	30
1.5 En résumé .....	31
2. TROIS VARIABLES LOURDES CONDITIONNANT LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'URGENCE EN PAYS INDUSTRIALISES .....	32
2.1 La volonté d'envoyer un médecin sur les lieux mêmes d'un accident .....	33
2.2 La densité du peuplement d'un territoire .....	34
2.3 Le niveau d'implication des gouvernements centraux ....	34
2.4 Quatre pays intéressants à observer .....	35
<b>REFEFCENCES</b> .....	36

## CHAPITRE II: L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE AILLEURS DANS LE MONDE: QUATRE EXEMPLES

1.	LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PREHOSPITALIERES AUX ETATS-UNIS	
1.1	L'expérience américaine: Une application civile de l'expertise militaire .....	38
1.1.1	L'importance des conflits armés dans le développement des interventions médicales d'urgence .....	38
1.1.2	Le développement de services médicaux d'urgence aux Etats-Unis avant les années 70: un retard important à combler .....	40
1.2	L'organisation des secours d'urgence aux Etats-Unis: la situation actuelle .....	43
1.2.1	Les quinze composantes d'un EMS .....	43
1.2.2	Le concept clé d'un EMS: "la chaîne préhospitalière" .....	45
1.2.3	L'application de la chaîne préhospitalière: une philosophie nationale avec variations régionales .....	47
i)	Les budgets .....	49
ii)	Les transports .....	50
iii)	Les communications .....	51
iv)	Les programmes d'information et d'éducation du grand public .....	51
1.2.4	En guise de conclusion sur le système américain .....	52
2.	LA SITUATION FRANCAISE .....	53
2.1	La naissance des SAMU .....	53
2.2	Le SAMU: un centre de coordination des appels médicaux urgents .....	54
2.3	Le rôle central des sapeurs-pompiers .....	56
2.4	Le rôle des autres intervenants .....	57
2.5	La situation française en bref .....	59
3.	L'ORGANISATION DES SECOURS MEDICAUX D'URGENCE EN AUSTRALIE ..	59
3.1	Un acteur historique majeur: l'Ambulance St-Jean .....	60
3.2	Deux fonctions ambulancières .....	61
3.3	Quelques autres protagonistes importants .....	62
3.4	La situation australienne en bref .....	63
4.	LES SECOURS D'URGENCE AU JAPON .....	63
4.1	Une réaction gouvernementale musclée à une épidémie démesurée .....	63
4.2	L'organisation du secourisme routier japonais .....	65
4.3	Un autre miracle nippon .....	67
	REFERENCES .....	68

### CHAPITRE III: LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES AU QUEBEC ET DANS LE RESTE DU CANADA

0.	INTRODUCTION .....	71
1.	LE QUEBEC .....	72
1.1	L'organisation des soins préhospitaliers d'urgence au Québec: Montréal, Québec et... le reste de la province .....	72
1.2	D'un service de pompes funèbres à un service presque public .....	74
1.3	Le début des services intégrés à Montréal: une poudrière politique .....	75
1.4	L'état actuel du système: études, rapports et conflits mais peu de gestes gouvernementaux concrets ..	76
1.5	Profil des entreprises ambulancières au Québec: quelques chiffres révélateurs .....	79
1.6	La situation québécoise en bref .....	82
2.	LE CANADA .....	84
2.1	L'état de la situation: l'ouest américanisé et l'est sous-développé .....	84
2.2	Quelques expériences dignes de mention .....	89
2.3	Le système ontarien d'urgences préhospitalières .....	91
2.3.1	Le contexte légal et organisationnel du système .....	91
2.3.2	Projets pilotes d'utilisation des paramédics ...	93
2.3.3	L'expérience ontarienne: un modèle? .....	94
3.	CONCLUSION .....	95
	REFERENCES .....	99

### SECTION II: LES PROCESSUS DE FORMATION/INFORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS

#### CHAPITRE IV: LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS AILLEURS DANS LE MONDE

0.	INTRODUCTION .....	105
1.	LES NORMES DE FORMATION AUX ETATS-UNIS .....	105
1.1	La formation du premier répondant ("First responder") ..	107
1.2	La formation du technicien médical d'urgence de base (EMT-A) .....	109
1.3	La formation du technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire (EMT-I) .....	112
1.4	La formation du technicien médical d'urgence de niveau paramédic (EMT-P) .....	115
1.5	La formation aux U.S.A.: une spécialisation qui se continue avec des variations régionales importantes ...	118

2.	LES PROGRAMMES DE FORMATION EN FRANCE DANS LE CADRE DES SAMU .....	123
2.1	L'enseignement et la formation des divers personnels ..	123
2.2	Quelques considérations sur la formation du personnel en France .....	126
3.	LA FORMATION SANITAIRE DANS LE DOMAINE DU SAUVETAGE EN SUISSE .....	127
3.1	Quelques grands principes de base de l'organisation des secours en Suisse .....	127
3.2	La formation des différentes catégories de secouristes .....	130
3.2.1	Catégorie I: Sauveteur .....	130
3.2.2	Catégorie II: Secouriste/samaritain .....	131
3.2.3	Catégorie III: Sauveteur professionnel IAS ....	132
3.2.4	Catégorie IV: Médecin d'urgence .....	134
3.2.5	Quelques directives plus spécifiques .....	136
4.	DES PROGRAMMES DE FORMATION AILLEURS DANS LE MONDE .....	137
4.1	La situation de la formation dans sept autres pays ....	139
	REFERENCES .....	142

## CHAPITRE V: LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS AU QUEBEC LEUR SITUATION PAR RAPPORT A L'ETRANGER

0.	INTRODUCTION .....	146
1.	LA FORMATION DES TECHNICIENS-AMBULANCIERS AU QUEBEC: UNE SITUATION EXPLOSIVE .....	147
1.1	Le rôle mal défini des ambulanciers québécois .....	147
1.2	Quelques caractéristiques du personnel ambulancier québécois .....	150
1.2.1	Formation et expérience des ambulanciers en exercice .....	150
1.2.2	La situation de la syndicalisation .....	152
1.2.3	La situation selon quatre catégories géographiques de services .....	152
1.3	L'état de la formation des techniciens ambulanciers au Québec .....	154
1.3.1	Critères de certification et contenu de la formation .....	154
1.3.2	Les principaux problèmes caractérisant la situation actuelle .....	157
1.3.3	Une AEC de 825 heures: la solution? .....	158
1.3.4	Quelques initiatives intéressantes .....	159
2.	LA FORMATION DU PERSONNEL AMBULANCIER DANS LE RESTE DU CANADA .....	161
2.1	L'état de la situation .....	161
2.2	Quelques particularités de programmes de formation offerts au Canada .....	163

3.	LA FORMATION EN PREMIERS SOINS DES POLICIERS QUEBECOIS ET LEUR ROLE AUPRES DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE .....	170
3.1	Le rôle des policiers en cas d'accident .....	170
3.2	La situation des corps de police au Québec .....	172
3.3	La formation des policiers en premiers soins: état de la situation .....	172
3.4	La formation et le rôle des policiers ailleurs dans le monde .....	176
4.	LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES D'AIDE ET DE SECOURS AUPRES DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE AU QUEBEC .....	178
4.1	Problématique d'ensemble de l'intervention bénévole en secourisme routier .....	178
4.2	Les équipes municipales de secours et de sauvetage et leurs interventions .....	180
4.3	La formation en premiers soins des bénévoles .....	182
4.4	Un résumé de la situation .....	183
4.5	Expériences communautaires ailleurs au Canada et aux Etats-Unis .....	184
5.	CONCLUSION .....	185
	REFERENCES .....	187
	ANNEXE Rapport d'intervention préhospitalier .....	188

## CHAPITRE VI: L'INFORMATION ET LA FORMATION DU GRAND PUBLIC SUR L'INTERVENTION IMMEDIATE APRES UN ACCIDENT DE LA ROUTE

0.	INTRODUCTION .....	190
1.	L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC EN MATIERE D'ACCIDENTS DE LA ROUTE .....	191
2.	LA FORMATION EN SECOURISME DU GRAND PUBLIC .....	192
2.1	L'état de la situation ailleurs dans le monde .....	192
2.2	La formation en secourisme du grand public au Canada et aux Etats-Unis .....	196
2.2.1	La Croix-Rouge .....	196
2.2.2	L'Ambulance Saint-Jean .....	199
2.3	La situation au Québec .....	203
2.3.1	L'impact de la formation en "Secourisme" en milieu de travail .....	203
2.3.2	Le grand public et la formation en secourisme: quelques facteurs importants .....	205
2.3.3	Formation du grand public et programmes de formation offerts: portrait d'ensemble de la situation québécoise .....	206
3.	CONCLUSION .....	211

REFERENCES .....	212
------------------	-----

### SECTION III: CONCLUSIONS

#### CHAPITRE VII: AMELIORER LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS QUEBECOIS: UN FAUX PROBLEME?

0. INTRODUCTION .....	216
1. DEUX REMARQUES PRELIMINAIRES .....	216
2. LES GRANDES CONCLUSIONS DE NOTRE ETUDE .....	217
2.1 L'impérieuse nécessité d'insérer la formation des premiers intervenants dans une vision d'ensemble .....	217
2.2 Les principaux problèmes actuels du système d'urgence préhospitalier québécois .....	218
2.3 L'impact sur les autres régions des relations de travail des ambulanciers de la région de Montréal .....	219

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU III.1:	Transport ambulancier québécois: la législation et les réglementations.....	97
TABLEAU III.2:	Transport ambulancier: portrait de la demande pour l'année 1986-87.....	81
TABLEAU III.3:	Comparaisons interprovinciales entre certains éléments du système ambulancier canadien.....	88
TABLEAU III.4:	Total and per capita costs of all ambulance services, by province.....	89
TABLEAU IV.1:	Formation des premiers intervenants aux Etats-Unis: standards nationaux.....	121
TABLEAU IV.2:	Variations entre les normes normales de formation aux Etats-Unis.....	122
TABLEAU V.1:	Formation de base, actualisation de la formation et années d'expérience des ambulanciers québécois selon les régions socio-sanitaires.....	151
TABLEAU V.2:	Contenu de la formation de préposé d'ambulances selon le CEGEP.....	156
TABLEAU V.3:	Niveaux de formation du personnel ambulancier dans la province de l'Ontario.....	162
TABLEAU V.4:	Tableau comparatif sur la formation du personnel ambulancier au Canada.....	164
TABLEAU V.5:	Tableau comparatif sur la formation du personnel ambulancier au Québec et à l'étranger.....	169
TABLEAU V.6:	Inventaire des corps policiers ayant de l'équipement aux fins de réanimation.....	175
TABLEAU VI.1:	Obligation d'avoir une trousse de secours à bord des véhicules pour certains pays européens.....	194
TABLEAU VI.2:	La formation en secourisme dispensée au Canada par la Croix-Rouge canadienne.....	198
TABLEAU VI.3:	La formation en secourisme au Canada de l'Ambulance St-Jean en 1986.....	200
TABLEAU VI.4:	La formation en secourisme de l'Ambulance St-Jean dans l'ensemble des régions du Québec en 1985.....	208
TABLEAU VI.5:	Formation en secourisme et autres activités de la Croix-Rouge au Québec (1986-1987).....	209

**LISTE DES FIGURES**

FIGURE II.1:	Composantes du système de soins d'urgence aux Etats-Unis (EMS).....	48
FIGURE VI.1:	La formation en secourisme dans la population générale.....	195
FIGURE VI.2:	Evolution de la formation en secourisme de l'Ambulance St-Jean au Canada.....	201

## **INTRODUCTION**

## 0. LA RECHERCHE SUR LES ACCIDENTS DE LA ROUTE

Bien que l'importance épidémiologique des accidents (et en particulier des accidents de la route) en regard de la mortalité et la morbidité des sociétés industrialisées soit marquante et connue depuis bon nombre d'années, la recherche au Québec face à cette "maladie de civilisation" n'en est encore qu'à ses premiers balbutiements (O'Neill, 1982; Santé et Société, 1986). En effet, moins directement au coeur des problématiques médicales qui inspirent encore largement l'intervention et la recherche en santé communautaire, les variables qui permettraient de comprendre et de mieux prévenir ou traiter les accidents de la route demeurent somme toute peu étudiées.

C'est dans ce contexte qu'un document de la Régie de l'assurance automobile du Québec (RAAQ) datant de décembre 1986 (Bisson, 1986) énonce une série de préoccupations importantes dans le domaine de la traumatologie, en relation avec les accidents de la route. En bref, on y souligne l'absence quasi-totale de connaissances sur la phase post-impact des accidents de la route, en soulignant les conséquences sociales et financières que cette méconnaissance a pour le Québec. L'hypothèse sous-jacente à cette problématique est que la prise en charge des accidentés <sup>(1)</sup>, immédiatement après l'accident et ensuite par le système de soins une fois les victimes transportées à l'hôpital, n'est peut-être pas faite dans des conditions optimales; cela aurait pour conséquence éventuelle une aggravation de l'état des victimes, qui se traduirait en des coûts sociaux et financiers dont une portion pourrait sans doute être diminuée de manière significative par une amélioration des processus et des techniques de prise en charge.

Afin de vérifier si cette hypothèse tient bon, et attendu l'absence déjà évoquée de données empiriques québécoises sur le sujet, la RAAQ a décidé de mettre en oeuvre un programme de recherches préliminaires afin de baliser le terrain. Le présent rapport présente donc les

---

(1) Dans ce rapport, afin d'alléger le texte, le générique masculin sera utilisé pour désigner les personnes des deux sexes.

objectifs, la méthode et les résultats de l'une de ces recherches. Elle vise d'abord à fournir une bonne connaissance des expériences québécoises et de certaines expériences étrangères en ce qui a trait à la formation et à l'information des premiers intervenants auprès des victimes d'un accident routier; elle analyse aussi certaines expériences communautaires originales de secourisme auprès de ces victimes.

## 1. LES OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

Ces objectifs sont au nombre de deux:

- 1) Pour chacune des trois populations québécoises qu'on peut considérer comme faisant partie des "premiers intervenants" (i.e. la population générale, les policiers et les ambulanciers) analyser, de manière comparative avec les expériences étrangères pertinentes, le genre de formation et d'information dont ils bénéficient en rapport avec les premiers soins aux victimes d'accidents de la route.
- 2) Pour la population (à l'exclusion des premiers intervenants professionnels), identifier et analyser, ici ou ailleurs, des expériences communautaires prometteuses en termes de secourisme aux victimes d'accidents de la route.

## 2. METHODOLOGIE

Afin de recueillir les informations nécessaires à la réalisation de ces objectifs, une méthodologie en deux phases a été utilisée.

D'une part, une revue exhaustive de la littérature internationale publiée a été effectuée; quatre banques d'information ont été consultées, en collaboration avec les spécialistes du service de téléréférence de la bibliothèque de l'Université Laval. Ces banques sont: ERIC (Education Resources Information Center, U.S. Department of Education); MEDLINE (Index Medicus); TRIS (Transportation Research

Information Service); DISSERTATION ABSTRACTS. De plus, une consultation manuelle de l'index des revues québécoises "Point de mire" a été effectuée. Ces recherches ont été conduites de manière à couvrir au moins les dix dernières années. Environ 350 références ont été sélectionnées par ce processus.

La seconde démarche visait la prise de contact avec les personnes et/ou organismes qui, pour chacune des trois populations à l'étude (population générale, policiers, ambulanciers), possèdent de l'information pertinente au sujet de la recherche, la littérature publiée étant somme toute d'une utilité relative. Cette prise de contact a été faite au moyen d'entrevues téléphoniques ou en face à face. Elle a généré deux séries d'informations: des informations verbales et des informations écrites qui ne se retrouvent pas dans la littérature publiée scientifique ou professionnelle. Ces rencontres ont été complétées par la visite de plusieurs centres de documentation spécialisés (RAAQ, Commission de police, Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal, Commission Rochon, etc.).

La prise de contact auprès de ces personnes ou organismes a été faite à l'aide d'une grille d'entrevue semi-structurée, en onze points (voir l'annexe 1.1 à la fin du chapitre pour le détail). Malgré les délais serrés qui nous étaient impartis, nous avons jugé nécessaire de rencontrer l'ensemble des intervenants impliqués à un niveau ou l'autre de l'organisation des secours d'urgence au Québec (planificateurs, fonctionnaires, intervenants, formateurs, militants, organismes, etc.). Pour ce faire, nous avons rencontré la plupart des intervenants "nationaux", i.e. dont le niveau de responsabilité concerne l'ensemble de la province. Nous avons de plus rencontré plusieurs intervenants de différents niveaux dans diverses régions du Québec de manière à mieux cerner les variations régionales. En plus de Québec et Montréal, deux milieux régionaux ont été investigués plus en détail (l'Estrie et l'Outaouais), notamment en raison de leur implication particulière dans le domaine des secours d'urgence. Enfin, nous avons également visité ou contacté certains milieux à la périphérie des grands

centres urbains (Beauce, St-Hyacinthe, Beloeil, Lévis), qui vivent des problèmes différents des régions plus éloignées.

En ce qui a trait aux expériences de formation/information ailleurs qu'au Québec, nous avons adopté une attitude compatible avec les contraintes de temps serrées où nous avons eu à évoluer (l'ensemble de la recherche, incluant la rédaction du rapport, a été réalisé en environ de neuf mois, entre le 15 juin 1987 et la fin mars 1988). Après quelques démarches préliminaires, nous avons en effet réalisé que ce qu'il nous importait de recueillir, c'étaient surtout des données d'ensemble sur certains endroits relativement similaires au Québec, qui permettraient d'avoir une image des enjeux, des principaux problèmes et des modes de solution déployés quant à la formation/information des premiers intervenants. Nous n'avons donc pas jugé utile de nous déplacer nous-mêmes fréquemment à l'étranger pour observer l'une ou l'autre de ces expériences locales, si intéressante soit-elle. Les informations d'ensemble recueillies au téléphone ou dans la documentation écrite que nous avons sollicitée aux quatre coins du globe nous ont semblé amplement suffisantes pour dresser un portrait éclairé de la situation.

A cet égard, nous tenons à souligner le travail "d'éclaireur" que le Dr. Pierre Lapointe, médecin anesthésiste à l'Hotel-Dieu de Québec extrêmement familier avec la problématique des accidents de la route, a fait pour nous auprès de ses abondants contacts aux Etats-Unis et en Europe. Sa capacité à solliciter et à recevoir, en notre nom, de l'information sur les processus de formation dans ces milieux a très certainement été beaucoup plus efficace que ne l'aurait été la nôtre, compte tenu de nos échéances.

Au total, une soixantaine d'intervenants clés au Québec ou ailleurs ont donc été interviewés, représentant un éventail très diversifié d'instances pertinentes (voir la liste en annexe 1.2 au présent chapitre); environ 200 documents écrits, de nature très variable, ont aussi été recueillis auprès de ces personnes et auprès de nos correspondants internationaux.

### 3. LOGIQUE DE PRESENTATION DU RAPPORT

Le présent rapport est divisé en trois grandes sections. Comme toute personne un peu familière avec le domaine de la prise en charge des accidents routiers en conviendra facilement, et comme nous l'avons nous-mêmes rapidement réalisé, il est impossible de comprendre en vase clos la problématique de la formation/information des personnes portant secours aux victimes d'accidents sans tenir compte du contexte plus général au sein duquel elles ont à intervenir. Ce n'est en effet que l'une des multiples composantes du système (plus ou moins organisé selon les milieux ou les époques) de prise en charge des urgences (routières ou autres) dont se dote une société à un moment donné. La première partie du rapport vise donc à présenter, en toile de fond, quelques repères historiques et descriptifs de certains systèmes de prise en charge des urgences ailleurs dans le monde de même qu'au Québec et au Canada. Cela permettra de mieux cerner dans quel contexte la formation/information des premiers intervenants s'insère et fournira les principaux éléments à partir desquels seront ensuite analysées et discutées les stratégies de formation/information éventuellement transposables ici.

C'est donc dans la seconde section de ce rapport qu'on exposera de manière plus détaillée la structure et le contenu des programmes de formation offerts aux divers types d'intervenants. C'est aussi dans cette seconde section que nous présenterons de manière détaillée la situation actuelle de la formation/information pour l'ensemble du territoire québécois, en tenant compte des variations régionales qui affectent inévitablement une province aussi peu densément peuplée et aussi conditionnée par des conditions climatiques particulièrement difficiles.

Finalement, la troisième et dernière section du présent document propose les quelques grandes conclusions auxquelles nous en arrivons suite à notre étude.

Nos différentes démarches ont permis de recueillir un fonds documentaire significatif, qui a été déposé avec le présent rapport à la direction des recherches et analyses de la RAAQ, à Québec. L'ensemble de ce fonds a été lu et analysé. Toutefois, dans le présent rapport, nous ne référons directement qu'à quelques documents essentiels (les références pertinentes à chacun des chapitres se retrouvent à la fin de celui-ci). Le lecteur intéressé à certains points particuliers (par exemple le détail des programmes de formation dans une autre province ou un autre pays) pourra ainsi facilement consulter le fonds documentaire en question. Nous avons préféré cette solution à l'inclusion de volumineuses annexes dans le présent document, déjà suffisamment abondant.

#### **4. REMERCIEMENTS**

Nous nous en voudrions de terminer cette brève introduction sans souligner la collaboration exceptionnelle dont nous avons bénéficié pour la réalisation de cette recherche. En effet, que ce soit dans les milieux gouvernementaux, les milieux syndicaux ou les milieux professionnels, que ce soit auprès de hauts fonctionnaires ou d'intervenants sur le terrain, que ce soit au Québec ou ailleurs, nous avons obtenu une collaboration franche et empressée. Cela nous a permis, malgré les contraintes de temps qui nous pressaient, de construire une image que nous croyons très exacte de la problématique de la formation/information des premiers intervenants, au Québec ou ailleurs.

En tant que personnes relativement peu familières avec la question des accidents de la route quand nous avons commencé cette recherche, nous avons aussi été frappés par la grande motivation, présente chez la majorité des intervenants rencontrés, à solutionner les problèmes actuels de la prise en charge des urgences au Québec. A une époque où de larges pans de la société québécoise sont soit blasés soit enfermés dans des conflits qui ne sont pas toujours très productifs, cette ferveur professionnelle et ce bouillonnement d'intérêt nous sont apparus, malgré les problèmes parfois aigus qui se posent, comme les

meilleurs gages d'amélioration de services dont personne ne peut nier la très grande importance.

Nous aimerions souligner, parmi les dizaines de personnes qui nous ont appuyés, la collaboration plus immédiate de quelques unes: M. André Viel, directeur des recherches et analyses à la RAAQ, dont la souplesse administrative quant au déroulement du présent projet a été très appréciée; M. Pierre Lapointe, médecin anesthésiste à l'Hôtel-Dieu de Québec, qui nous a fait partager bien au-delà de ce que nous aurions pu nous attendre les contacts, intuitions et connaissances accumulés depuis les nombreuses années où il se passionne pour la problématique de la traumatologie (routière ou autre); Monsieur Pierre Savard, adjoint administratif à l'École des sciences infirmières, dont le support constant et empressé nous a grandement facilité la tâche; Madame Monique Côté, de l'École des sciences infirmières de l'Université Laval, qui avec l'aide de ses collègues secrétaires, a assuré avec patience et compétence, l'ensemble du travail clérical requis par le présent rapport.

Nous espérons par ce travail avoir apporté une plus grande compréhension des enjeux qui entourent l'organisation des secours d'urgence au Québec, en particulier en ce qui concerne la formation des premiers intervenants, afin que ces derniers puissent agir avec encore plus de célérité et de compétence. Nous demeurons aussi fort intéressés à recevoir (à l'attention du Centre de recherche sur les services communautaires de l'Université Laval, Québec, Qc, G1K 7P4; (418)-656-2674) les critiques ou commentaires que les lecteurs du présent document auraient à formuler à son sujet.

**REFERENCES**

Bisson, Antonio (1986); Prise en charge et cheminement des victimes de la route à travers les systèmes médicaux et paramédicaux, Québec, 1987; Québec; Direction des études et analyses; RAAQ; 25 pages.

O'Neill, Michel (1982); "Les accidents de la route: enfin!"; Numéro spécial du Bulletin de l'ASPQ, 6(2-3): 1-16, intitulé Santé communautaire et sécurité routière.

Santé et Société (1986); Dossier spécial de la revue intitulé: "La santé publique malade de la route"; 8(7): 19-45.

## Annexe 1.1

Grille d'entrevue semi-structurée

Après de chaque personne/organisme, on recueillait des informations autour des points suivants:

1. Un portrait de la situation des urgences dans le milieu.
2. L'implication de l'organisme dans son milieu.
3. Les variations régionales ou les spécificités régionales.
4. Le genre de formation reçue par les groupes.
5. La certification.
6. La recertification et la formation continue.
7. L'intervention sur les lieux d'un accident.
8. L'acheminement des appels (policiers, pompiers, etc.).
9. Les communications (Transport, etc.).
10. Les recommandations.
11. Les autres personnes ressources du milieu.

Annexe 1.2Liste des organismes consultés et/ou rencontrésA) Canada - Québec

- Ambulance Saint-Jean (Conseil du Québec)
- Ambulance Saint-Jean - Canada - Prieuré - (Ottawa)
- Association Sauvetage Outaouais
- Association du camionnage du Québec
- Association des chefs de police et pompiers du Québec
- Association des chefs de pompiers du Québec
- Association des médecins d'urgence du Québec
- Association québécoise du transport et des routes
- Automobile et Touring Club du Québec
- Bureau de la protection civile du Québec
- Bureau du coroner en chef
- Centre de recherche sur les transports de l'Université de Montréal
- Commission de police du Québec
- Commission des transports du Québec
- Commission Rochon
- Conseil des collèges (Québec)
- CRSSS-03, Centrale de coordination des urgences
- CRSSS-05
- CRSSS-07
- Collège de l'Outaouais
- Collège Algonkin (Ontario) - Formation ambulanciers
- DSC du CHUL (Québec)
- DSC de Lévis
- DSC Lakeshore
- DSC de Beauceville
- D & G Réanimation Enr. (St-Hyacinthe)
- Fondation du Québec des maladies du coeur
- Hélène Quévillon Inc.
- Hôpital Hôtel-Dieu de Québec
- Institut de Police de Nicolet
- JASMU (revue)

- L'Association des secouristes d'urgence du Québec
- Ligue de sécurité du Québec
- Maison de l'Ontario au Québec
- Ministère de la Santé et des Services sociaux,  
Direction des mesures d'urgence et ambulances et  
Direction générale des équipements et services
- Ministère des Affaires municipales; Direction générale de la  
prévention des incendies
- Ministère de l'Éducation; Direction générale des études collégiales
- Ministère de la Santé (Ontario)
- Patrouilleurs civils Sécurité Survie Inc.
- Police de Sainte-Foy
- Protection civile de l'Outaouais
- Québec Trauma
- Réanimation - Outaouais
- Régie de l'Assurance automobile du Québec (Québec)
- Sauvetage Canada Rescue
- Sauvetage région 02 Inc.
- Secourisme PME Québec Inc.
- Service d'incendie de Pointe-Claire
- Société canadienne de la Croix-Rouge (Ottawa)
- Société canadienne de la Croix-Rouge, Division du Québec
- Sûreté du Québec, direction de sécurité routière 03
- Urgences, CHUL
- Urgences - Santé, CRSSS-06

## **B) Extérieur du Canada**

- American Red Cross
- Bundes Minister Fuer Gugend Familie und Gesundheit (Allemagne)
- Communauté Economique Européenne (Belgique)
- Conseil de l'Europe, Division de la Santé (Strasbourg)
- Croix-Rouge suisse, Commission suisse de premiers secours et de  
sauvetage (CMSS)
- Her Majesty's Stationery Office (Angleterre)
- International Association of Traffic & Safety (Japon)
- Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge (Suisse)

- Loughborough University of Technology (Angleterre)
- National Highway Traffic Safety Administration (Etats-Unis)
- OCDE, Conférence Européenne des Ministres des Transports
- Organisation Mondiale de la Santé (Danemark)
- Ortopedijà Medicinskog Centra U Sisku (Yougoslavie)
- Royal Automobile Club of Victoria (Australie)
- Royal Australasian College of Surgeons Road Trauma Committee (Australie)
- Société suisse de médecine des accidents
- Svensk Trafikmedicinsk Foerening (Suède)

**SECTION I**

**L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE  
A TRAVERS LE MONDE**

**CHAPITRE I**  
**L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE:**  
**ELEMENTS DE PROBLEMATIQUE**

## **O. ACCIDENTS DE LA ROUTE ET AUTRES URGENCES**

Tel que mentionné en introduction, il nous semble absolument nécessaire de replacer la formation/information des premiers intervenants, qu'ils soient du grand public ou membres de divers groupes professionnels, dans le contexte plus large du système de prise en charge des urgences préhospitalières dont se dote une société à un moment donné.

Soulignons d'entrée de jeu qu'il est difficile dans la plupart des pays d'isoler le développement des secours d'urgence visant à assister les victimes d'accidents de la route de ceux cherchant à venir en aide aux victimes de cataclysmes (inondations, tremblements de terre, etc.) ou aux victimes d'événements produisant des blessures graves (accidents de travail, blessures par balle, etc.); et cela même s'il faut reconnaître qu'au Québec comme dans la plupart des pays industrialisés, les accidents de véhicules moteurs composent la majeure partie de l'ensemble des accidents ayant un impact sur la santé. Un va-et-vient constant est donc nécessaire entre ce qui est spécifique aux accidents de la route et ce qui concerne plus généralement la logistique mise sur pied pour répondre aux multiples situations d'urgence, que ce soient les systèmes de communication, les systèmes de transport ou encore les soins médicaux d'urgence dispensés en phase préhospitalière.

Par exemple, dans les pays où un numéro de téléphone simple et unique sert à signaler toutes les urgences (comme le 911 en Amérique du Nord), les urgences routières ne comptent souvent que pour une faible proportion de l'ensemble des appels reçus. On se rend aussi compte, du côté du transport ambulancier, qu'il sert à de multiples fonctions dont en particulier celle des transports non urgents de patients entre divers établissements. Le transport non urgent accaparait ainsi en 1985-86, 36,92% de l'ensemble des sorties ambulancières au Québec (Tremblay, 1987). Finalement, ici comme ailleurs, la traumatologie (une sous-spécialité de la médecine d'urgence) qui se préoccupe de développer les techniques nécessaires pour soigner avec le maximum de chances de réussite les "polytraumatisés" (personnes affectées de blessures graves

et multiples), émerge à peine et se consacre à l'ensemble des blessures graves, et non seulement aux accidents de la route.

Dans cette optique, notre étude de la formation/information des premiers intervenants auprès de victimes d'accidents graves débordera donc forcément le cadre des accidents de véhicules moteurs, mais elle tentera néanmoins de rester le plus près possible de cette réalité. Nous ne pouvons évidemment pas, compte tenu des objectifs de la présente recherche, présenter ici l'ensemble des expériences étrangères intéressantes quant à la prise en charge des urgences se déroulant hors du milieu hospitalier (préhospitalières). Néanmoins, nous commençons la première section de cette étude en analysant les documents internationaux qui portent un regard comparatif sur plusieurs systèmes de soins médicaux d'urgence préhospitaliers. De cette analyse surgiront les constantes qui nous permettront de mieux cerner quelques variables lourdes, à partir desquelles notre choix des systèmes d'urgence à observer a été effectué.

C'est donc en fonction de cette problématique que seront décrits, dans le second chapitre, les systèmes de secours de quatre pays (la France, l'Australie, le Japon et, bien entendu, les Etats-Unis). Enfin, le troisième chapitre de cette section présentera quelques éléments sur l'histoire et l'organisation actuelle des urgences préhospitalières au Québec et dans le reste du Canada.

## **1. L'ORGANISATION DU SECOURSIME ROUTIER DANS LE MONDE: SIMILITUDES ET DIFFERENCES**

Peu d'enquêtes internationales ont été réalisées en vue de comparer différents modèles d'organisation et de fonctionnement des systèmes de secours d'urgence. A notre connaissance, seuls des organismes internationaux tels l'Organisation Mondiale de la Santé (1981), la Conférence Européenne des Ministres des Transports (1983) et plus récemment

Le Conseil de l'Europe<sup>(1)</sup>, ont réalisé certaines études et publié certains rapports qui compilent, pour plusieurs pays, des informations relatives aux systèmes existants. Sans reprendre l'ensemble des données fournies par ces organismes, il nous apparaît toutefois utile de faire ressortir les principaux éléments permettant de cerner les différentes mesures prises dans les pays analysés.

### 1.1 Variations sur des mesures similaires

La plupart des expériences conduites dans les pays décrits par ces rapports ont démontré le rôle décisif des premiers secours (ou secours d'urgence) dans la réduction des conséquences d'accidents de la route. On considère généralement que deux facteurs principaux sont essentiels pour l'efficacité de ces secours. L'un de ces facteurs est la **qualité** de l'assistance immédiate, i.e. des premières mesures de secourisme, de la compétence du personnel paramédical et des soins administrés par les médecins.

L'autre facteur, tout aussi important, est que l'assistance médicale en cas d'urgence doit être rendue dans les meilleurs délais possibles. C'est précisément le facteur temps qui est influencé directement par les modes d'organisation des systèmes d'urgence et de secourisme routier (i.e. par les communications et par les modes de transport) (ECMT, 1982). C'est d'ailleurs sur ce facteur que la fameuse théorie de la "golden hour" est échafoadée, à savoir que les interventions d'urgence devraient être faites en dedans de la première heure de l'occurrence d'un accident pour maximiser les chances de la victime (McMurtry et Nelson, 1983; Trunkey, 1983).

---

(1) En 1986, le Conseil de l'Europe a réalisé une étude comparative de l'organisation et du fonctionnement des services d'aide médicale urgente. Toutefois, les résultats de cette recherche n'ont pas encore été publiés. Le responsable de cette recherche, Monsieur Henri Scicluna, Chef de la Division de la Santé, nous a informé que cette recherche sera soumise pour approbation et adoption à la prochaine session du Comité de Direction du Conseil de l'Europe, en juin 1988.

On reconnaît de plus que les différentes mesures touchant aux secours médicaux d'urgence ne sauraient être considérées séparément, qu'elles doivent être **coordonnées** dans le but, soit d'améliorer la qualité de l'assistance, soit la rapidité d'intervention. En outre, dans la plupart des pays, on considère que les différentes mesures de secourisme ne sont pas seulement valables pour les victimes d'accidents de la route mais aussi pour toutes les autres urgences médicales. Pour ces raisons, en accord avec le constat que nous faisons en introduction au présent chapitre, ces études estiment donc généralement qu'une analyse portant sur les secours d'urgence doit englober tous ces aspects, et non une seule dimension isolée du reste (ECMT, 1982; OMS, 1981).

La plupart des pays qui ont des systèmes de secours ont donc développé un cadre organisationnel valable pour l'ensemble de leur territoire; ce cadre organisationnel se manifeste parfois par un système de financement uniforme et parfois pas. Il comprend habituellement deux ensembles d'éléments: **des modes d'organisation des secours** (premiers répondants, secouristes, sapeurs-pompiers ou policiers) et **des modes d'accès au système** (appels d'urgence gratuits, service vingt-quatre heures sur vingt-quatre, postes de commande, organisation coordonnée du transport ambulancier, hélicoptères civils, radiocommunications, services d'urgence préhospitaliers). Seules les stratégies de mise en place de ces éléments varient d'un pays à l'autre; par conséquent, s'il existe des différences entre les systèmes de secours existants, ce sont davantage des variations sur ces éléments plutôt que des approches faisant appel à des moyens complètement différents.

## 1.2 Deux éléments de différence

La plupart des grandes villes à travers le monde industrialisé ont mis sur pied des systèmes de prise en charge des urgences préhospitalières. Dans la majorité des cas, le système ambulancier est, tout au moins, capable de répondre aux urgences médicales. Divers types de véhicules de secours et de véhicules ambulanciers peuvent être utilisés: véhicule d'intervention médicale (avec personnel médical), ambu-

lance de réanimation, clinomobile et cardiomobile, voiture de secours radio-médicalisée, etc.

Si dans la plupart des cas les centres urbains sont rapidement desservis, on constate, comme pour le Canada ou pour les Etats-Unis par exemple, que les régions rurales ont de leur côté des services généralement moins développés. Dans la plupart des pays, la stratégie de développement utilisée est la même: on s'occupe d'abord des infrastructures urbaines et, par la suite, on tente d'améliorer la situation en régions plus éloignées. Partout, on constate que la mise en place de l'infrastructure organisationnelle ou législative passe avant l'équipement en moyens de secours concrets et en personnel qualifié; ce n'est que par la suite que l'on se préoccupe d'améliorer l'un ou l'autre de ces éléments (ECMT, 1982). Par conséquent, il en résulte des disparités régionales importantes, qui affaiblissent la performance générale des systèmes mis en place dans les différents pays.

Outre le niveau de développement en milieu rural, la principale distinction entre les différents systèmes de secours décrits dans les études précitées concerne la présence d'un médecin sur les lieux d'un accident. Aux Etats-Unis, les services médicaux d'urgence sont fondés essentiellement sur l'intervention des techniciens médicaux d'urgence et sur la concentration des soins médicaux dans des services d'urgence ou dans des centres de traumatologie, situés en milieu hospitalier. Dans d'autres pays comme la France, la Suisse, la Suède, l'Autriche ou le Danemark, la présence d'un médecin est considérée comme souhaitable, sinon nécessaire. Dans ces derniers pays, on assiste donc à une médicalisation extra-hospitalière extrêmement poussée (presque clinique) dans le traitement des urgences préhospitalières. Plusieurs médecins sont secouristes et se rendent sur place avec l'ambulance ou l'hélicoptère de sauvetage, ou encore par leurs propres moyens en faisant jonction sur les lieux de l'accident avec les véhicules de transport spécialisés.

### 1.3 Le niveau de développement des systèmes de secours

Peu développés avant le début des années 1970, les systèmes de secours d'urgence des pays européens ont été grandement améliorés au cours des quinze dernières années. En 1969, un seul pays (la Norvège) exigeait des connaissances en secourisme pour tous les candidats au permis de conduire. En 1981, trois pays (l'Autriche, l'Espagne et la République fédérale allemande) ont rendu obligatoire cette mesure pour tous les automobilistes, et trois autres pays (la Suisse, la France et la Suède) ont adopté des recommandations en ce sens. En 1969, les trousseaux de secours n'étaient obligatoires pour tous les véhicules automobiles qu'en Yougoslavie et en Turquie. Aujourd'hui, elles le sont en République fédérale allemande, en Autriche et en Belgique; on les retrouve de plus dans certaines catégories de véhicules (camions par exemple) au Danemark, en France, en Finlande, en Irlande, au Royaume-Uni, en Suisse et en Suède (ECMT, 1982).

Les postes de secours et les installations d'appel de ces pays ont été partout grandement améliorés. En 1969, ces postes étaient considérés comme une partie essentielle de la stratégie de développement des différents systèmes de secours à partir desquels des volontaires équipés en matériel de secours servaient d'intermédiaires, en cas d'urgence, entre l'assistance immédiate et l'intervention d'un médecin. En 1981, les postes de secours tendent de plus en plus à être remplacés par des systèmes d'appel mieux organisés et par des véhicules de sauvetage et de réanimation qui permettent l'intervention directe d'un médecin (ECMT, 1982).

L'accessibilité générale aux systèmes de secours a ainsi été partout améliorée, que ce soit par un numéro uniforme d'appel d'urgence ou par l'installation de postes d'appel sur les routes et autoroutes. En 1981, la quasi totalité des autoroutes européennes étaient équipées de postes d'appel d'urgence.

Enfin, le sauvetage par hélicoptère a fait de grands progrès. En République fédérale d'Allemagne, il couvre maintenant la tota-

lité du territoire; il est aussi très utilisé dans au moins trois pays (Royaume-Uni, la Suisse et le Danemark), alors que neuf autres s'en servent sur une base moins fréquente (ECMT, 1982).

Parmi les systèmes de secours décrits dans les rapports internationaux consultés, on peut considérer que ceux de l'Autriche, de la Belgique, du Danemark, de la Finlande, de l'Irlande, du Japon, du Luxembourg, du Royaume-Uni, de la Suède, et de la Suisse ont été mis en place depuis relativement longtemps et, selon leur propre évaluation du moins, ne nécessitent que peu d'amélioration. La France, les Etats-Unis, la Norvège et les Pays-Bas ont pour leur part des systèmes bien intégrés dans les centres urbains, mais ils sont encore peu développés dans les régions rurales (ECMT, 1982).

#### 1.4 Quelques problèmes constants

Dans la grande majorité des pays, les problèmes rencontrés sont les mêmes. Par ordre d'importance, il s'agit: 1) de l'assistance immédiate par les usagers ordinaires de la route, 2) de la qualification du personnel para-médical, 3) de l'accessibilité aux services médicaux d'urgence dans les régions éloignées, et 4) des qualifications hautement spécialisées dans les agglomérations urbaines (ECMT, 1982). On peut donc dire que l'hypothèse à partir de laquelle la présente étude est abordée, à savoir la nécessité d'améliorer la prise en charge immédiate après un accident, trouve un écho important ailleurs!

Presque partout, la formation du grand public en secourisme demeure donc un problème important, cet enseignement variant grandement selon les pays. Les principales mesures concernant cette formation touchent principalement les candidats au permis de conduire ou certaines catégories de conducteurs de véhicules automobiles (Gendarmerie/Police, Sapeurs-Pompiers, certains conducteurs d'autobus et de poids lourds). L'enseignement du secourisme au grand public semble ainsi considéré à peu près partout comme un échec.

Compte tenu du développement rapide des techniques et connaissances en secourisme, la qualification de base du personnel ne semble pas avoir évolué au même rythme, particulièrement dans les régions éloignées. Dans les agglomérations urbaines, le problème rencontré se situe davantage au niveau des équipements et des qualifications médicales hautement spécialisés pour lesquels les premiers intervenants ne parviennent pas toujours à se tenir à jour.

### 1.5 En résumé

Presque absents dans la grande majorité des pays industrialisés durant les années 60, les services médicaux d'urgence se sont rapidement développés et ont été nettement améliorés au cours des deux dernières décennies. Simples postes de secours établis dans les principaux centres urbains, où ils servaient auparavant à secourir les victimes d'accidents les plus divers ou même à lutter contre les épidémies, les systèmes d'urgence préhospitaliers permettent aujourd'hui un secours rapide à des blessés qui, il n'y a pas si longtemps, étaient voués à une mort presque certaine.

Dans tous les pays, l'augmentation sans précédent du nombre d'accidents de la route et la croissance des risques d'accidents liés à notre mode de vie (maladies cardio-vasculaires, accidents du travail, accidents de la rue, etc.) ont amené le développement de systèmes de secours en vue d'améliorer la qualité de l'intervention et réduire les conséquences graves qui résultent d'une intervention tardive. Les progrès de la médecine d'urgence, l'avènement de systèmes sophistiqués de télécommunications et l'amélioration des systèmes de transport ont grandement contribué à ce développement.

Historiquement, comme nous le verrons de manière détaillée un peu plus loin, la médecine militaire a été pionnière dans le développement des soins préhospitaliers. Ce n'est toutefois que récemment, avec le développement de la médecine d'urgence depuis les années 60, que la médecine préhospitalière a reçu dans le domaine civil une attention particulière. C'est aussi durant les années de guerres que des

organismes de secours, tels la Croix-Rouge et l'Ambulance Saint-Jean, ont formé des milliers de citoyens et de bénévoles en secourisme de base, soit dans le cadre de la défense passive, soit pour venir en aide aux victimes civiles des bombardements. Ces organismes connurent ainsi une croissance considérable durant les périodes de conflits (1). Le rôle "d'accélérateur technologique" des guerres est donc particulièrement manifeste dans le domaine des secours d'urgence et le problème qui confrontera bien des gouvernements sera de transposer à l'univers civil ces acquis militaires.

En conséquence, dans chaque pays, on peut se rendre compte que le développement des services médicaux d'urgence constitue une réponse particulière déterminée par les conditions historiques, culturelles et géographiques de chaque région concernée, à l'épidémie d'accidents qui l'afflige. Qui plus est, de notre analyse des documents internationaux précités, trois variables lourdes nous semblent conditionner particulièrement la couleur locale que prendra un système d'urgence préhospitalier dans un territoire donné. Ce sont ces variables que nous allons présenter en conclusion à ce premier chapitre, en gardant à l'esprit toutefois que c'est la mise en oeuvre d'un **dispositif d'ensemble bien coordonné**, quelles que soient les stratégies particulières qui sont utilisées, qui demeure la meilleure garantie d'efficacité de tout système visant à secourir les victimes d'accidents routiers ou autres.

## 2. TROIS VARIABLES LOURDES CONDITIONNANT LE DEVELOPPEMENT DES SYSTEMES D'URGENCE EN PAYS INDUSTRIALISES

Notre intention, en présentant ces variables, n'est pas de proposer un cadre définitif de classification ou d'interprétation des systèmes d'urgence préhospitaliers. Plus simplement, il s'agissait de se doter d'une logique particulière qui permettait, à partir de la documen-

---

(1) Les cours de formation de l'Ambulance Saint-Jean au Canada atteignaient un sommet en 1942, alors que plus de 118 000 personnes reçurent un premier certificat ou un certificat de niveau plus avancé (Galloway, 1983).

tation que nous avons recueillie, d'établir quelques balises appropriées.

A cet égard, 1) la volonté d'envoyer un médecin sur les lieux d'un accident, 2) la densité du peuplement d'un territoire et 3) le niveau d'implication des gouvernements centraux nous apparaissent comme des dimensions absolument cruciales à considérer.

## 2.1 La volonté d'envoyer un médecin sur les lieux mêmes d'un accident

Les différentes stratégies utilisées quant à l'intervention ou non d'un médecin sur les lieux d'un accident sont tout d'abord très importantes, puisqu'elles déterminent le niveau de qualification requis pour les autres intervenants. En effet, si l'on priorise la présence d'un médecin sur les lieux de l'accident, les premiers répondants (policiers, sapeurs-pompiers ou volontaires) auront généralement une formation en secourisme de base apparentée aux niveaux élémentaires de la Croix-Rouge ou de l'Ambulance Saint-Jean. Les trousseaux de secours seront peu sophistiqués mais elles renfermeront toutefois l'équipement nécessaire, même sommaire, pour stabiliser l'état de la victime jusqu'à l'arrivée du médecin et du véhicule de sauvetage (ambulance ou hélicoptère). Dans ce contexte, le rôle du technicien-ambulancier consiste principalement à conduire le véhicule et à assister le médecin, rarement à effectuer lui-même des interventions médicales plus spécialisées auprès de la victime (sauf en l'absence d'un médecin). Une seule condition est obligatoire pour faire fonctionner un tel système: des médecins doivent être disponibles pour les secours d'urgence vingt-quatre heures par jour, ce qui n'est pas toujours facile à organiser.

Si, au contraire, les soins médicaux d'urgence sont concentrés presque essentiellement dans les services hospitaliers, comme aux Etats-Unis et au Canada, la formation requise des premiers intervenants tend à être beaucoup plus poussée, afin de pouvoir répondre aux urgences graves qui nécessiteraient une intervention médicale immédiate. Il va sans dire qu'il n'y a pas nécessairement de coupure drastique entre ces deux types de stratégies, puisque bon nombre de pays, selon les cas

particuliers, utilisent l'une ou l'autre. C'est notamment le cas en Angleterre, en Finlande, au Luxembourg, au Portugal et ici même, à Montréal.

Décider d'envoyer le plus souvent possible un médecin sur les lieux d'un accident est donc intimement relié à la disponibilité et/ou à la volonté de ces derniers de faire partie d'un tel système; cette stratégie dépend toutefois aussi des deux autres variables lourdes que nous allons maintenant élaborer.

## 2.2 La densité du peuplement d'un territoire

En effet, envoyer un médecin spécialisé dans les secours d'urgence et équipé de manière satisfaisante sur les lieux d'un accident est beaucoup plus concevable dans des centres urbains ou encore dans des pays de faible superficie et densément peuplés, comme c'est le cas de plusieurs pays européens. Il devient alors économiquement réalisable d'instaurer des systèmes fortement médicalisés où l'hélicoptère devient un moyen de transport courant, alors que le même genre de choix dans des pays peu densément peuplés comme le Canada ou l'Australie par exemple, s'avérerait financièrement extrêmement coûteux. Quand à la faible densité de population s'ajoutent des contraintes climatiques (l'hiver...) ou des accidents géographiques significatifs (terrains montagneux, par exemple), on peut comprendre qu'une complexification exponentielle des problèmes se pose inévitablement pour organiser des systèmes efficaces de prise en charge des urgences, routières ou autres.

## 2.3 Le niveau d'implication des gouvernements centraux

Une dernière variable lourde nous semble enfin importante à mentionner. En effet, dans la plupart des pays, un des seuls organismes capables d'assurer la mise sur pied de systèmes d'urgence bien intégrés est le gouvernement central, en raison de ses pouvoirs de législateur et de son pouvoir de dépenser. Si un gouvernement se fixe comme priorité l'établissement de tels systèmes et y investit, on se retrouve dans une

situation fort différente du laisser aller qui, pour des raisons diverses, caractérise encore bien des pays.

#### **2.4 Quatre pays intéressants à observer**

C'est donc en tenant compte de ces principaux éléments que nous avons décidé dans cette section d'analyser plus en profondeur, en plus de la situation au Canada et au Québec, les systèmes de prise en charge des urgences de quatre pays. Les Etats-Unis, avec un territoire immense, peu de médecins présents sur les lieux des accidents et une intervention gouvernementale faible, retiendront d'abord notre attention car bien des éléments retrouvés au Canada et au Québec s'inspirent directement de nos voisins du sud. Du côté européen, nous avons porté notre choix sur la France; dans un territoire relativement modeste et assez densément peuplé, se retrouve un système où des médecins sont largement envoyés sur place et dans lequel il y a une bonne autonomie régionale face aux pouvoirs politiques centraux. Nous avons également choisi de regarder de près l'Australie, immense pays peu peuplé où les médecins sont peu présents sur les lieux d'un accident; c'est de plus un pays doté d'une culture politique relativement similaire à la nôtre où un service d'urgence particulier a été développé. Finalement, nous avons aussi pris la peine de présenter la situation japonaise; même si elle pose des problèmes quasi insolubles de transposition culturelle, elle n'en demeure pas moins un des exemples les plus poussés d'une volonté gouvernementale extrêmement ferme, prenant très au sérieux le problème des accidents de la route.

Le prochain chapitre présentera donc brièvement la situation de ces quatre pays relativement à la prise en charge des urgences, routières et autres.

REFERENCES

- Conférence Européenne des Ministres des Transports (1983); Le secourisme dans la circulation routière, Document miméographié, p. 266-368.
- European Conference of Ministers of Transport (1982); Emergency Assistance on the Roads, Federal Highway Research Institute, Cologne, 112 pages.
- Galloway, Strome (1983); La Croix Blanche au Canada 1883-1983, Edition du centenaire, Canada, 219 pages.
- McMurtry, R.Y., Nelson, W.R. (1983); "A Trauma Center - What is involved", Canadian Association Radiologist (34): 163-166.
- Organisation Mondiale de la Santé (1981); Planification et organisation des services médicaux d'urgence, Rapports et Etudes EURO (35), Bureau régional de l'Europe, Copenhague, 41 pages.
- Tremblay, Gilles (1987); Rapport sur la tarification du transport par ambulance, Montréal, Commission des transports du Québec, 55 pages.
- Trunkey, Donald (1983); "Trauma", Scientific American, 249 (2): 28-35.

**CHAPITRE II**  
**L'ORGANISATION DES SECOURS D'URGENCE**  
**AILLEURS DANS LE MONDE: QUATRE EXEMPLES**

Dans ce chapitre, nous décrirons d'abord de manière assez détaillée l'histoire et le fonctionnement du système qui a eu le plus d'impact sur le Canada et le Québec: le système américain. Nous évoquerons ensuite plus brièvement la France, l'Australie et le Japon, ce qui nous permettra de mieux cerner, dans le chapitre suivant, les particularités des systèmes d'urgence préhospitaliers qu'on retrouve au Canada et au Québec.

## 1. LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES PREHOSPITALIERES AUX ETATS-UNIS

### 1.1 L'expérience américaine: une application civile de l'expertise militaire

#### 1.1.1 L'importance des conflits armés dans le développement des interventions médicales d'urgence

Malgré quelques démarches significatives au préalable<sup>(1)</sup> l'intérêt contemporain pour les soins médicaux d'urgence préhospitaliers en Amérique du Nord a surtout commencé à se manifester lors de la première guerre mondiale. En effet, dès cette époque, certaines études comme celle de Camiers (parue en 1918) démontraient l'importance du traitement immédiat pour les traumatisés de guerre. Cet auteur établit que les blessés nécessitant une intervention chirurgicale susceptibles d'être opérés dans les premières vingt-quatre heures suivant la blessure avaient 90% de chances de survivre. Cependant, si ces mêmes opérations étaient effectuées au-delà de quarante-huit ou même de vingt-quatre heures, le taux de survie chutait à 10% (Cass, 1987).

Comme l'ont souligné plusieurs auteurs, le développement de la médecine militaire et des services médicaux d'urgence a progressé durant chaque grand conflit militaire (Cass, 1987; Giroux, 1987). Les guerres - outre leur aspect dramatique - ont en effet provoqué une

---

(1) Dès 1861, durant la Guerre civile américaine, des changements importants survenus dans les dossiers de l'administration, du personnel, du transport et des systèmes sanitaires et médicaux ont introduit de nouvelles approches et de nouveaux modèles de développement et d'organisation des soins d'urgence ainsi que des systèmes de transport (Boyd, in Jacobs et Bennett, 1983; McKenny, 1986).

évolution très rapide des soins d'urgence et de diverses technologies médicales. Par exemple, quelques années après la guerre du Vietnam, on retrouve sur le marché non seulement de nouveaux produits (équipements d'urgence, fournitures médicales, etc.), mais surtout - et c'est ce qui est le plus important - on constate la mise en place dans le domaine civil des grands principes d'organisation qui ont caractérisé la prise en charge des grands blessés depuis la deuxième guerre mondiale: experts en premiers soins préhospitaliers, système de transport rapide, triage, catégorisation des services médicaux.

Ces principes ont été largement influencés par le rapport du brigadier anglais W.C. Hartgill qui, en 1942, proposait un "schéma" pour pallier les différents problèmes identifiés dans une analyse des services médicaux militaires britanniques. Ce schéma (évaluation, triage, traitement d'urgence, évacuation vers les services médicaux appropriés) est, en fait, à la base des concepts modernes de "Trauma Center" (Centre de soins spécialisés pour les polytraumatisés) et de régionalisation des services médicaux d'urgence, tels qu'on les retrouve encore aujourd'hui aux Etats-Unis (Cass, 1987).

Contrairement à ce que l'on pourrait croire donc, les grands conflits militaires postérieurs à 1945, comme les guerres de Corée et du Vietnam, n'apporteront pas de principes radicalement différents en ce qui concerne les soins d'urgence et l'organisation des services médicaux militaires. Ces expériences militaires permettront plutôt de raffiner et d'améliorer les systèmes de secours déjà existants.

Par exemple, un problème majeur n'avait pas été résolu durant la deuxième guerre mondiale, alors que les troupes étaient souvent séparés des hôpitaux par des centaines de kilomètres : celui des systèmes de transport. Le temps entre le moment de la blessure et son traitement variait encore durant ce conflit de quelques heures à plus de trente-cinq heures (Cass, 1987). Toutefois, cette situation sera totalement modifiée durant la guerre de Corée, principalement grâce à l'utilisation de l'hélicoptère pour le transport des grands blessés depuis les postes de premiers soins jusqu'aux unités chirurgicales

mobiles (McKenney, 1986). L'installation et l'utilisation d'hôpitaux chirurgicaux mobiles ("MASH") constituent aussi, tel que l'a popularisé la célèbre série télévisée, une des avancées importantes développées durant la guerre de Corée, mais le transport par hélicoptère demeure l'élément principal expliquant la baisse du taux de mortalité observée durant ce conflit.

Pour sa part, la guerre du Vietnam a en quelque sorte intégré toutes les théories précédentes de la médecine militaire. En effet, l'innovation majeure durant ce conflit se trouve dans la reconnaissance de l'interdépendance entre les soins spécialisés d'une part et les systèmes de transport d'autre part, ce qui créait enfin un véritable système de traitement des urgences médicales (Hardaway, 1977 in Cass, 1987). Le résultat: un transport plus rapide permettant d'amener les blessés dans une unité de soins appropriés en un laps de temps jamais vu auparavant. Une baisse importante du taux de mortalité fut donc observée: de 3,4% en Corée il chutait à moins de 1,7% au Vietnam!

Voilà donc les principales contributions du développement de la médecine militaire durant les grands conflits du 20e siècle, qui influenceront de manière extrêmement significative l'organisation de la prise en charge des urgences civiles en particulier aux Etats-Unis.

### 1.1.2 Le développement de services médicaux d'urgence aux Etats-Unis avant les années 70: un retard important à combler.

Si les différents conflits militaires ont contribué, pour une large part, au développement et à l'amélioration des techniques de soins d'urgence et des systèmes de transport, ces innovations ne seront toutefois appliquées dans le domaine civil, pour l'ensemble des états américains, que plusieurs années après le début de la guerre au Vietnam. L'évolution des services médicaux d'urgence durant les guerres n'a donc

pas été suivie automatiquement par une évolution similaire dans le domaine civil. (1)

Selon McKenny, durant les années 60, l'organisation des secours d'urgence était mieux structurée, plus spécialisée, plus rapide et plus performante pour les soldats blessés au Vietnam que pour les citoyens victimes d'accident de la route aux Etats-Unis (McKenny, 1986). Durant cette décade, on estime de plus que 50% des services ambulanciers aux Etats-Unis étaient dispensés par près de 12 000 entrepreneurs de pompes funèbres, principalement parce que leurs véhicules permettaient d'accomoder des civières pour le transport des blessés. Le reste des services ambulanciers était assuré par des pompiers, policiers ou volontaires, non sur la base d'un service permanent mais pour répondre essentiellement aux besoins les plus urgents (McKenny, 1986; Jacobs et Bennett, 1983). En outre, jusqu'en 1978, les hôpitaux de l'armée américaine au Vietnam ont été beaucoup mieux équipés que plusieurs des hôpitaux sur le continent américain (McKenny, 1986).

Qui plus est, la plupart des grandes villes américaines ne possédaient qu'un système de transport seulement, n'offrant que peu ou pas de soins d'urgence ou de premiers soins. Les petites communautés, les municipalités et les régions rurales n'ont commencé de leur côté à développer leur service ambulancier qu'après la deuxième guerre mondiale, alors que très peu d'entre-elles offraient un support financier pour leur service ambulancier (Grant et al. 1982).

En parallèle à l'aménagement encore rudimentaire du transport des accidentés, l'Association américaine pour les maladies cardiaques (American Heart Foundation) commença à produire du matériel et à dispenser des programmes de formation en soins de base et en réanimation cardio-respiratoire (RCR). Ces efforts se sont inscrits directe-

---

(1) La médecine d'urgence n'est, en effet, que depuis peu reconnue comme élément essentiel des systèmes de soins de santé. La traumatologie, comme sous-division de la médecine d'urgence, a été pour sa part particulièrement négligée. Rappelons que la spécialité en urgence médicale n'est pas encore reconnue au Québec et qu'elle ne l'est au Canada que depuis 1982.

ment dans le développement et l'amélioration des soins d'urgence précédant l'hospitalisation des victimes. Il semble en effet que les soins d'urgence en réanimation cardiaque aient constitué les tout premiers programmes d'information et de formation en urgences préhospitalières; dans plusieurs localités américaines, on rapporte que ce sont les cardiologues, qui les premiers, ont formé des équipes de "paramédics" dans des villes comme Miami, Seattle et Los Angeles, afin de dispenser des soins avancés en réanimation préhospitalière ("prehospital advanced life support"); et ce, bien avant que les programmes de formation pour les techniciens médicaux d'urgence (EMT) soient disponibles (O'Page, 1986)!

Telle était donc, sommairement, la situation avant la publication d'un livre blanc notoire sur les services ambulanciers aux Etats-Unis. En effet, en 1966, l'Académie nationale des sciences et le Conseil national de recherche (aidés en cela d'un comité de spécialistes sur les traumatismes de la route) publient un document marquant sur les accidents de la route et les services ambulanciers aux Etats-Unis intitulé: "Accidental Death and Disability: The Neglected Disease of Modern Society". Ce rapport, considéré comme le véritable début des services d'urgence modernes aux Etats-Unis, relevait entre autres l'existence de plusieurs déficiences concernant les services ambulanciers: absence de standards définis dans les programmes de formation et pour les soins d'urgence préhospitaliers; utilisation de véhicules non-appropriés; pauvreté des équipements; manque de formation du personnel ambulancier en premiers soins; etc. Le document proposa donc un ensemble de mesures correctives afin d'améliorer la qualité des soins offerts en cas d'urgence, qui sont encore aujourd'hui à la base du système qu'on connaît aux Etats-Unis (Jacobs et Bennett, 1983; Collectif, 1986). Parmi ces recommandations, l'utilisation de l'hélicoptère, comme partie intégrante du système, qui avait déjà fait ses preuves durant les

expériences militaires de Corée et du Vietnam, est un des éléments marquants (1).

En somme, l'histoire de la mise sur pied des systèmes d'urgence aux Etats-Unis est donc, en bonne partie, le résultat d'une réaction gouvernementale face au décalage qui existait entre une approche efficace développée à la faveur de conflits militaires et sa disponibilité dans le domaine civil.

## 1.2 L'organisation des secours d'urgence aux Etats-Unis: la situation actuelle

Des mesures législatives, passées surtout durant la première moitié des années 1970 en réaction au fameux livre blanc évoqué précédemment, structurèrent donc le développement du système américain. L'"Emergency Medical Services Systems Act" (EMSS), adopté en 1973 par le Congrès, créa en particulier le cadre financier et organisationnel incitant monétairement les états à se doter d'"Emergency Medical Systems" (EMS), dont nous allons voir maintenant certaines caractéristiques.

### 1.2.1 Les quinze composantes d'un EMS

La loi de 1973 identifiait quinze composantes qu'elle jugeait essentielles à l'organisation d'un système d'urgence préhospitalier. Les programmes fédéraux d'aide financière eurent donc essentiellement pour but d'assister et d'encourager la mise sur pied de certaines ou de l'ensemble de ces composantes, afin de favoriser le développement régional de services médicaux d'urgence sur tout le territoire américain. On visait évidemment, par ce biais, l'amélioration de la qualité des soins donnés aux patients et la réduction des taux de mortalité et de morbidité dus aux accidents routiers.

---

(1) Les recommandations du livre blanc touchaient l'ensemble des systèmes ambulanciers et préhospitaliers: prévention des accidents, soins médicaux et secourisme d'urgence, services ambulanciers, communications, départements d'urgence, développement de registres sur les traumatismes, formation de comités dans les hôpitaux, convalescence, réadaptation, problèmes médico-légaux, recherche, etc. (Anonyme, 1986).

Tel que définies par l'administration américaine, ces quinze composantes sont (DHEW, 1974; Noël, 1987):

- 1- Les ressources humaines.
- 2- Les programmes de formation.
- 3- Les communications.
- 4- Les transports.
- 5- Les équipements hospitaliers en salle d'urgence.
- 6- Les unités hospitalières de soins intensifs.
- 7- La participation des agences publiques.
- 8- La participation du consommateur.
- 9- L'accessibilité aux soins.
- 10- Le transport des patients.
- 11- La standardisation des dossiers médicaux.
- 12- La mise en place de programmes d'information et d'éducation du public.
- 13- Les programmes d'évaluation.
- 14- Les plans de désastre.
- 15- L'aide mutuelle en cas de désastre.

C'est dans ce vent de changement, largement stimulé par les deniers fédéraux, que divers éléments marquants furent mis sur pied. Par exemple en 1971, à Chicago, s'ouvrit le premier "Trauma Center" civil américain. Au cours de la même année était mis sur pied le premier service médical d'urgence régional dans l'Illinois (McKenny, 1986). Entre 1970 et 1980, plusieurs programmes de formation en soins d'urgence ou en soins préhospitaliers furent développés. Des services de traumatologie ("Trauma Center") et l'utilisation d'hélicoptères pour le transport des victimes furent instaurés dans plusieurs états américains. Finalement, la qualité des soins d'urgence offerts à la population fut grandement améliorée par l'utilisation de systèmes de transport rapide et par la régionalisation et la catégorisation des services médicaux.

### 1.2.2 Le concept clé d'un EMS: la "chaîne préhospitalière"

L'organisation des services médicaux d'urgence (EMS) aux Etats-Unis se caractérise principalement par la systématisation de la "chaîne préhospitalière", c'est-à-dire par l'ensemble des opérations depuis la prise en charge de la victime sur les lieux d'un accident jusqu'à son arrivée à l'urgence d'un hôpital ou à un centre de traumatologie. C'est en effet une véritable "approche de système" qui caractérise les services médicaux d'urgence américains; cependant ces services demeurent inégalement développés sur l'ensemble du territoire. Comment fonctionne cette chaîne préhospitalière? Pour la bonne compréhension des principaux enjeux liés à la formation des premiers intervenants, nous allons nous attarder à cet aspect.

Aux Etats-Unis, les urgences préhospitalières ne sont pas prises en charge par un médecin ou par du personnel hospitalier (infirmier) mais bien essentiellement par des techniciens médicaux d'urgence. On y distingue quatre catégories de personnel, intervenant directement dans l'organisation des secours aux blessés.

La première catégorie est composée des "premiers répondants" ("First Responders") (1). Le premier répondant n'est pas un technicien-ambulancier. Il s'agit plutôt de la première personne qui arrive sur les lieux d'un accident, une fois cet accident signalé (généralement par quelqu'un du grand public). Cela peut être un professionnel des services publics (pompiers ou policiers), un volontaire faisant partie d'un organisme de secours, un chauffeur d'autobus, un employé municipal, un agent local, etc. En règle générale, le rôle du premier répondant ne se limite pas à prodiguer les premiers gestes de secours, mais il consiste

---

(1) Il importe ici de souligner une distinction importante entre premiers répondants et premiers intervenants. Tout au long du présent rapport, nous entendons par premiers intervenants l'ensemble des personnes, professionnelles ou non, et intégrées ou non à un système sophistiqué, qui assistent une victime d'accident jusqu'à son admission à l'hôpital. Dans cette optique, les premiers répondants sont une catégorie de premiers intervenants ayant un rôle bien défini d'intermédiaire, entre le signalement de l'accident et l'arrivée du personnel technique de prise en charge de la personne blessée.

aussi à prendre toutes les mesures nécessaires pour assister la victime jusqu'à l'arrivée des techniciens médicaux d'urgence et du véhicule de secours. Il possède donc des connaissances médicales de base afin de répondre aux situations d'urgence qui nécessitent des soins immédiats (sans assistance technique toutefois). Il stabilise l'état de la victime et assure la sécurité sur la scène de l'accident.

Les techniciens médicaux d'urgence (EMT) composent les trois autres catégories de personnel au sein de la chaîne préhospitalière. Les premiers sont habilités à dispenser les soins d'urgence de base: ce sont les T.M.U. (Techniciens médicaux d'urgence) de niveau 1 ou Emergency Medical Technician - Ambulance (EMT-A). Les seconds sont, pour leur part, aptes à dispenser des soins d'urgence plus avancés: ce sont les T.M.U. de niveau 2 ou Emergency Medical Technician - Intermediate (EMT-I). Enfin, le troisième groupe est, quant à lui, habilité à dispenser un certain nombre de gestes paramédicaux (intraveineuses, médicaments, intubation, défibrillation, etc.) qui lui sont délégués soit par le biais de protocoles d'intervention, soit par le biais d'un système de communication reliant directement le T.M.U. à un médecin responsable par biotélégraphie; ce sont les T.M.U. de niveau 3 ou Emergency Medical Technician - Paramedic (EMT-P).

Cette approche aux soins d'urgence implique la stabilisation de l'état de la victime sur place et durant le transport jusqu'à l'arrivée à l'hôpital (donc, si nécessaire, l'injection de médicaments, l'utilisation d'équipement ou la performance de tout autre geste ou acte médical). En ce sens, la chaîne préhospitalière, bien qu'ayant un statut particulier concrétisé par le EMSS Act, **est considérée comme une extension naturelle de l'hôpital**. Ainsi, des soins médicaux qui généralement sont dispensés dans un hôpital et par le personnel hospitalier, se trouvent de cette façon dispensés par des non médecins, "hors des murs de l'hôpital", afin de faciliter le traitement d'urgence sur place et réduire les taux de mortalité et de morbidité.

On comprendra dès lors que tout le processus de formation des techniciens-ambulanciers est orienté, selon le niveau qui les

caractérise, vers une certaine prise en charge médicale des urgences préhospitalières sur les lieux d'un accident, à l'aide d'équipements médicaux sophistiqués: pantalon anti-choc, moniteur défibrillateur portatif, médication, intraveineuses, intubation, etc.

En fait, l'efficacité de la chaîne préhospitalière repose sur les efforts dispensés par l'ensemble des individus concernés par le système: premiers répondants, techniciens médicaux d'urgence, département d'urgence, personnel soignant hospitalier (infirmières, médecins, etc.), autorités de l'hôpital et municipalité. Chacun de ces acteurs a un rôle bien défini et chacun constitue un maillon essentiel du service d'aide médicale urgente. C'est là une des principales caractéristiques du "système américain": apparemment, rien ne semble laissé au hasard.

Cette reconnaissance institutionnelle de chaque niveau d'intervenants oeuvrant au sein de la chaîne préhospitalière se traduit, de plus, par un statut de professionnel pour les techniciens médicaux d'urgence, par la mise en place de programmes de formation en milieu hospitalier, par de la formation continue, par des programmes d'information et d'éducation du public, etc.

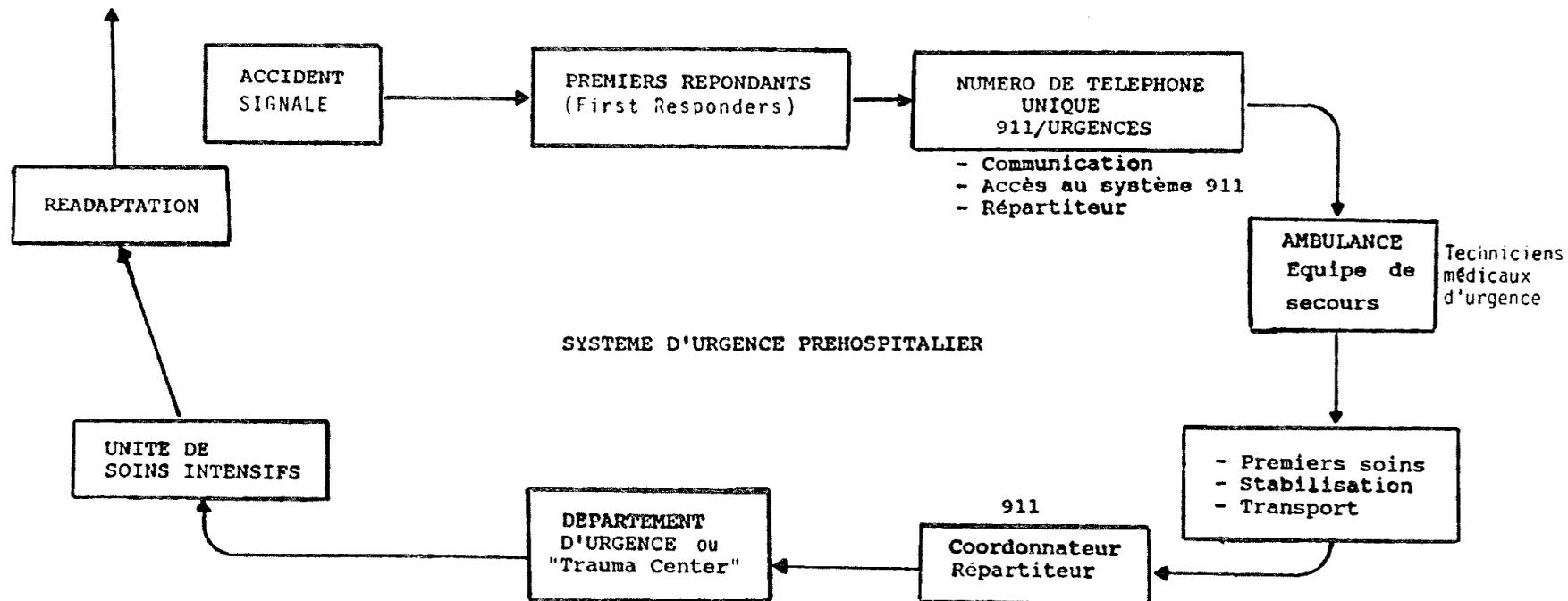
Voilà donc, sommairement, les principales caractéristiques des systèmes d'organisation et de prise en charge des urgences préhospitalières qu'on retrouve chez nos voisins du sud. Il existe bien sûr des caractéristiques spécifiques propres à chaque milieu ou à chaque état. La figure II.1 permet toutefois de faire ressortir l'essentiel de la chaîne préhospitalière américaine.

### 1.2.3 L'application de la "chaîne préhospitalière": une philosophie nationale... avec variations régionales

Depuis plus de vingt ans, les efforts des organismes responsables de promouvoir le développement des services médicaux d'urgence aux Etats-Unis ont donc cherché à améliorer la qualité des soins et des services offerts à la population. Malgré ces efforts, et les importants programmes qui caractérisent l'administration américaine, on retrouve de

FIGURE II.1

COMPOSANTES DU SYSTEME PREHOSPITALIER DE SOINS D'URGENCE AUX ETATS-UNIS - EMS (Emergency medical services)



48

SOURCE: Adapté de Grant, Murray, Bergeron, Emergency Care (Third edition), 1982.

grandes variations régionales sur l'ensemble du territoire. Et, parfois, on retrouve des variations importantes à l'intérieur d'un même état, d'une même région ou entre des municipalités voisines!

On constate ainsi que ce sont surtout les centres à forte densité de population qui se sont dotés véritablement d'un système d'urgence préhospitalier. Certaines régions, malgré les programmes de développement et l'injection des fonds fédéraux, n'ont pas réussi à se hausser à un niveau comparable aux centres urbains, où l'on retrouve généralement "Trauma Center", services de transport aérien, services de paramédics, unités mobiles de réanimation, etc.

Il faut souligner toutefois que l'administration fédérale américaine n'impose ni aux états, ni aux régions, ni aux municipalités l'obligation de développer des services préhospitaliers d'urgence. Chaque état étant constitutionnellement indépendant, on mise donc surtout sur les initiatives locales et régionales, ainsi que sur la volonté des municipalités, pour mettre sur pied de tels services. Par conséquent, leur mise en place dépend surtout d'un processus politique local, propre à chaque état et à chacune des régions qui le composent.

Les dernières statistiques américaines publiées à ce sujet<sup>(1)</sup> montrent ainsi d'importantes variations régionales. Nous allons en rendre compte brièvement afin de présenter, à partir de quelques exemples, l'état de la situation américaine de manière plus nuancée que ne le laissent souvent entrevoir des visions idéalisées de ce système.

#### i) Les budgets

Les agences responsables de l'organisation régionale des services médicaux d'urgence sont généralement rattachées au département

---

(1) Cette section de l'analyse repose sur les données recueillies par l'Association nationale des directeurs des services médicaux d'urgence des états américains (The National Association of State Emergency Medical Services Directors, 1985). Soulignons qu'à l'heure actuelle on retrouve très peu d'études présentant des données comparables pour l'ensemble des états américains. Les données de ce rapport se rapportaient à l'année 1985.

d'état responsable de la santé publique ou à une autre agence publique de services de santé. En 1985, le budget annuel total de ces bureaux variait entre 234 000 \$ pour le Dakota du Nord et 4 329 000 \$ pour la Virginie. Il y a donc sur ce plan un écart considérable. On doit toutefois noter que cet écart est difficile à interpréter vu que les données sont présentées en chiffres absolus, sans être rapportées sous forme de taux à des volumes de population ou à des superficies de territoires.

De plus, il n'y a pas de relation directe entre le budget total et le nombre d'employés concernés par ces budgets. Par exemple, on retrouve en Pennsylvanie un budget total de trois millions de dollars pour neuf employés, alors qu'en Arkansas, avec un budget de moins de 300 000 \$, on emploie douze personnes à temps plein!

## ii) Les transports

Il existe une grande variation entre le nombre de services ambulanciers et de véhicules d'urgence disponibles pour les résidents aux Etats-Unis. Au Montana, au Dakota du Nord et au Vermont, il n'y a aucun transport ambulancier aérien alors qu'en Floride, on compte quarante-six services et quatre-vingt-deux véhicules de transport ambulancier aérien ("air ambulance véhicules").

Le transport terrestre comporte, quant à lui, de toutes aussi grandes variations. Par exemple, en Ohio, on compte près de 2 500 ambulances alors que la Virginie ne possède qu'une dizaine de véhicules. De même, plusieurs états exigent qu'un seul technicien-ambulancier (EMT) soit disponible pour chaque appel d'urgence, alors que quelques-uns en imposent deux.

De plus, pendant que certains états offrent des services de transport pour les situations urgentes et non-urgentes, d'autres ne priorisent que les appels d'urgence nécessitant un transport vers l'hôpital.

### iii) Les communications

Les dix dernières années ont vu des changements importants survenir au niveau des services et des systèmes de communication offerts en cas d'urgence ou de désastre: accès à un numéro unique en cas d'urgence, disponibilité de fréquences UHF et VHF, développement de la biotéléométrie.

A titre d'exemple, soulignons que depuis les dernières années un volume de plus en plus important de la population a accès à un numéro unique pour tous les appels d'urgence (police, incendie, ambulance), le 911. Peu d'états ont toutefois développé des législations visant à établir l'accès au numéro 911 pour l'ensemble de leur territoire. Le Connecticut, l'Illinois, le Maryland, le Minnesota et l'Orégon possèdent néanmoins une telle législation.

Dans d'autres états, un certain pourcentage de la population seulement, particulièrement dans les centres urbains, a accès au 911 ou à un autre numéro de téléphone unique pour les urgences. Par exemple, au Colorado, 80% de la population a accès au 911, 5% à un autre numéro de téléphone, et 15% de la population doit choisir entre plusieurs numéros pour les urgences; dans le Washington, 48% de la population a accès au 911, 20% à un autre numéro de téléphone, alors que 32% doit choisir entre de multiples numéros.

### iv) Les programmes d'information et d'éducation du grand public

Les programmes d'information et d'éducation du public concernant l'accessibilité, la qualité et les types de services médicaux d'urgence disponibles constituent un élément essentiel pour l'efficacité optimale de ces services. En effet, si le public utilise mal ou n'utilise pas les services préhospitaliers disponibles, il n'y a que peu ou pas de résultat quant à la réduction des taux de mortalité et de morbidité.

Certains observateurs ont en effet constaté que plusieurs budgets régionaux avaient été davantage utilisés pour la constitution d'un parc de véhicules ambulanciers que pour informer la population des services offerts en cas d'urgence (O'Page, 1986). D'autres régions préfèrent utiliser les fonds fédéraux pour développer leur équipement, recruter du personnel et le former. Il en résulte que plusieurs services régionaux ont atteint un haut niveau de sophistication, mais le public manque d'information sur l'accès et l'utilisation de ces services.

Selon la Commission américaine sur l'utilisation des services de santé (U.S. Consumer Product Safety Commission), 31,6% seulement des victimes d'accidents de la route traitées dans les salles d'urgence des hôpitaux arrivent à l'hôpital par ambulance. En 1981, le Centre médical de l'Université de l'Illinois estimait, pour sa part, que 39% des patients du service de traumatologie et 31% des patients traités dans les salles d'urgences arrivaient en ambulance (Anonyme, 1984).

#### 1.2.4 En guise de conclusion sur le système américain

Les services médicaux d'urgence (EMS) se sont donc développés inégalement aux Etats-Unis. Il existe des variations importantes entre les budgets, les systèmes de transport et le nombre de véhicules disponibles, les programmes d'information et d'éducation du public, la formation du personnel, etc., selon les priorités que les bureaux régionaux ont choisi de développer, selon les ressources humaines et financières disponibles, ou encore selon la situation géographique des résidents.

Alors que les centres urbains ou à forte densité de population semblent disposer de services complets et bénéficient, de ce fait, de soins préhospitaliers sophistiqués (transport ambulancier aérien, services de paramédics, services de traumatologie, etc.), les localités périphériques ou à moindre densité se sont développées beaucoup plus modérément. Il ne faut donc pas surestimer l'existence de ce qu'on appelle le "système américain", puisqu'il existe de fortes disparités régionales entre les différents milieux.

Néanmoins, la volonté du gouvernement de régulariser les services médicaux d'urgence a produit plusieurs effets. En 1976, on estimait que quarante-sept états sur cinquante avaient des programmes dédiés à répondre aux urgences préhospitalières. Des améliorations importantes ont été réalisées en ce qui concerne la formation du personnel et la régionalisation des services médicaux d'urgence, alors que quelques années auparavant, il n'y avait ni programme standardisé, ni contrôle sur l'ensemble de ces services. En 1981, on comptait 303 services régionaux médicaux d'urgence (EMS) désignés à travers les Etats-Unis (Cass, 1987)!

Sans être nécessairement "le" modèle à suivre, l'approche américaine, particulièrement celle de quelques centres urbains de pointe, n'en demeure pas moins fort importante; elle a eu des retombées significatives, en particulier sur les pays anglo-saxons (dont le Canada et par conséquent le Québec) comme nous le verrons plus loin.

## 2. LA SITUATION FRANÇAISE

### 2.1 La naissance des SAMU

L'organisation actuelle des secours d'urgence aux blessés en France est sous la coordination de 96 SAMU (Services d'Aide Médicale Urgente), responsables de mettre en oeuvre le transport médicalisé par le biais du Service Mobile d'Urgence et de Réanimation (SMUR). Pour l'essentiel, le SAMU français est un système d'urgence préhospitalier directement intégré aux services hospitaliers, dont la mission principale est d'assurer une écoute et une "régulation médicale" en cas d'urgence. Le fonctionnement du SAMU français repose sur ce concept de "régulation médicale", et il se caractérise par une médicalisation très poussée des moyens de secours et des interventions préhospitalières.

Comme pour plusieurs autres pays, la deuxième guerre mondiale a mis en évidence les problèmes de protection de la population civile en temps de guerre, mais aussi en temps de paix, contre des acci-

dents et sinistres graves qui entraînent une multitude de victimes. C'est de ce constat qu'origine le plan ORSEC, mis en place en 1952, et que se développe en 1953 la médicalisation des secours d'urgence dispensés dorénavant par les sapeurs-pompiers <sup>(1)</sup> (Anonyme, in Robillard et Léger, 1984).

En 1965, le Ministre de la Santé fixe par décret l'obligation pour certains hôpitaux "d'organiser les moyens de secours et des soins d'urgence". Ce sera le début de la création des SAMU, destinés à gérer les appels d'urgence et l'utilisation des unités mobiles d'urgence de réanimation (SMUR). Peu à peu, les centres hospitaliers établissent des unités de soins intensifs et des services de réanimation soit polyvalents, soit spécialisés pour les cas d'accidentés qui leur sont amenés.

Des SAMU existent maintenant dans tous les départements français, épaulés dans leurs tâches par des SMUR rattachés aux centres hospitaliers. Néanmoins, leur financement, leur organisation et leur activité variant selon les contextes locaux, on ne peut que difficilement comparer les différents SAMU entre eux (Robillard et Léger, 1984).

## **2.2 Le SAMU: un centre de coordination des appels médicaux urgents**

Traditionnellement, ce sont les régiments de sapeurs-pompiers qui, érigés en brigades, sont chargés de la protection des biens et des personnes contre les incendies d'abord, mais aussi d'assurer les secours aux personnes en difficultés.

---

(1) A Paris, dès le 19<sup>e</sup> siècle, des "bureaux de secours" ou "postes médicaux" fonctionnaient en permanence pour lutter contre les épidémies. En 1876 est organisé un service médical de nuit, premier maillon vers la permanence de soins distincts des services hospitaliers. Dans les années 20, ce service médical de nuit - et, dit-on, pharmaceutique - est réorganisé en un véritable organisme de secours public (Liaisons, 1976). A l'étranger, c'est en URSS qu'on retrouve la base du modèle développé subséquentement par les SAMU (Revue des SAMU, 1984).

Dès 1930, la sélection des appels d'urgence sera confiée aux policiers (no d'appel 17), et en 1948 (le 18) aux sapeurs-pompiers. En 1979, le Ministre de la Santé libère le 15 au profit de l'urgence médicale. A l'heure actuelle cependant, le 15 ne fonctionne que dans quelques départements au titre de "numéro d'appel-santé" (Robillard et Léger, 1984). Ce sont maintenant les SAMU qui sont en charge de coordonner les appels médicaux urgents.

En règle générale, le SAMU reçoit les appels de médecins, de services de police et de secours, d'établissements de santé ou, plus rarement, de particuliers; il donne suite à ces appels. Il est d'abord au service des médecins, des villes et des établissements de santé; il n'a pas pour rôle de se substituer aux organismes médicaux et de secours existant (Liaisons, 1976). Les missions du SAMU en France sont les suivantes:

- Il centralise les demandes de soins médicaux d'urgence et les renseignements d'aide médicale.
- Il analyse les données précédentes.
- Il décide du moyen le plus adapté à la situation et, notamment, s'il y a lieu de faire intervenir le SMUR.
- Il coordonne les moyens existant pour les premiers soins et le transport.
- Il suit le déroulement des missions données.
- Il répartit les victimes sur les lits disponibles adaptés à leur état.
- Il prépare leur accueil.

Il doit aussi participer à l'éducation sanitaire du grand public; à l'enseignement du secourisme (secouristes professionnels et dans les entreprises); à l'enseignement des personnels de santé: infirmières, aides-soignantes, ambulanciers, sages-femmes; à l'enseignement de la médecine d'urgence (oxylogie); et à l'éducation médicale continue (Circulaire du 5 février 1976, citée dans Robillard et Léger, 1984).

Le fonctionnement du SAMU départemental est généralement confié à un médecin anesthésiste-réanimateur. Ces derniers ont été les premiers à dispenser des soins d'urgence aux blessés, et ils ont contribué grandement à bâtir l'image actuelle des SAMU.

### 2.3 Le rôle central des sapeurs-pompiers

En France, les premières interventions préhospitalières (accidents de la route, détresses spécifiques: secours aux asphyxiés, noyades, électrocutions, etc.) sont généralement effectuées par les unités de secours des sapeurs-pompiers, où sont centralisés les principaux équipements de secours. Le rôle du SAMU consiste donc, à l'appel de ce service, à intervenir pour le choix de l'hôpital et pour faciliter l'admission. A l'inverse, le service médical de la brigade des sapeurs-pompiers peut répondre aux demandes du SAMU selon sa compétence (Liaisons, 1976).

En effet, en règle générale, les différentes brigades de pompiers ont leur propre groupe d'intervention médicale (médecin régulateur, généralement spécialiste en réanimation). Depuis les dernières années, en raison de la baisse des incendies, le secours médical tend d'ailleurs à devenir la principale activité des pompiers français. En 1982, par exemple, leurs brigades auraient effectué plus de deux millions d'interventions, dont 10% seulement étaient motivées par des incendies (Robillard et Léger, 1984). En fait, la médicalisation des moyens de secours chez les sapeurs-pompiers varie entre les villes et les départements. Dans certaines villes, les véhicules de secours se rendent sur les lieux mêmes d'un accident, accompagnés du médecin de garde à la caserne. Dans d'autres villes, il n'y a pas de régulation particulière, et si l'appel le justifie, on fait appel à un médecin privé pour participer à cette intervention (Robillard et Léger, 1984).

Dans certains départements, les brigades de sapeurs-pompiers ont la responsabilité du SMUR, mais ils fonctionnent cependant comme entité autonome par rapport au SAMU. D'autres encore ont des ententes particulières avec le SAMU pour ne répondre que sur la voie publique ou à

la demande de ce dernier (Robillard, Léger, 1984). Deux exceptions enfin: les corps de sapeurs-pompiers à Paris et à Marseille sont militaires et ont leur propre équipe médicale de secours. Chaque équipe médicale se déplace à bord d'une ambulance de réanimation équipée du matériel nécessaire aux interventions médicales de réanimation (intubation trachéale, ventilation artificielle, mise sous perfusion, surveillance et "monitoring" cardiaques). Tous les appels des secours (sur le 18) y sont coordonnés par un régulateur médical propre à la brigade des sapeurs-pompiers (Liaisons, 1976).

La plupart des pompiers professionnels sont regroupés dans les grandes villes alors que les pompiers volontaires (secouristes) sont généralement localisés dans les autres villes et en région rurale. La majorité des pompiers professionnels ou volontaires ont au moins une formation de secourisme de base, qui est parfois combinée à une formation en réanimation et en secourisme routier (trilogie). Il existe en France 3 170 centres de secours, employant 200 000 pompiers volontaires, près de 5 000 médecins, et 18 000 pompiers professionnels (Robillard et Léger, 1984).

#### **2.4 Le rôle des autres intervenants**

Contrairement aux Etats-Unis, les ambulanciers en France n'effectuent que rarement les interventions urgentes de réanimation. Les interventions médicales préhospitalières y sont toujours effectuées par du personnel sanitaire (médecins, étudiants en médecine, infirmières). Les interventions effectuées sans assistance médicale immédiate se limitent donc aux procédures de secourisme élémentaire et de réanimation cardio-respiratoire (RCR) ou parfois, à des mesures de secourisme plus avancé. En France, la médicalisation des moyens de secours implique qu'un médecin se rende sur les lieux d'un accident chaque fois que cela est nécessaire. On comprendra ici bien sûr que les programmes de formation offerts aux premiers intervenants non médicaux (secouristes, policiers, sapeurs-pompiers, ambulanciers) sont, par ces principes mêmes, limités par l'absence de gestes paramédicaux.

En France, l'Aide Médicale Urgente coexiste en parallèle avec de multiples intervenants: le secteur privé et le secteur public, les structures civiles et militaires, les médecins des SAMU et SMUR et les médecins des villes, les infirmières, les ambulanciers hospitaliers, les ambulanciers agréés et non agréés, les permanenciers, les policiers, les sapeurs-pompiers, les secouristes et la Sécurité civile. En fait, le véritable défi du SAMU est d'établir une réelle coordination entre ces différents types d'intervenants de façon à ne pas dupliquer ces efforts et à favoriser au maximum la prise en charge médicale pour les patients en détresse vitale. Ce qui bien sûr n'est pas toujours le cas, car la coopération entre les différents intervenants n'est pas toujours facile.

Dans plusieurs départements, il existe des situations conflictuelles entre certains groupes d'intervenants: SAMU et médecins libéraux, ambulanciers privés et ambulanciers hospitaliers, ambulanciers et sapeurs-pompiers, etc. Diverses législations et réglementations se côtoient; un manque de définition des rôles et des modalités de coordination et de financement perdure; la situation varie de plus entre les différents SAMU (Revue des SAMU, 1984; Robillard et Léger, 1984). Ainsi, selon certains observateurs, l'ambulancier hospitalier du SMUR a un statut mal défini. Il y a parfois certains conflits d'intérêts entre les infirmières et les ambulanciers. Ces derniers sont généralement mal rémunérés, non syndiqués, coupés des décisions administratives, peu consultés et dispersés en petits nombres dans les divers SAMU; ils appartiennent à divers employeurs, jamais à un SAMU directement (Robillard et Léger, 1984). Les ambulanciers hospitaliers en France souhaitent donc, comme on le verra pour le Québec, une revalorisation de leur profession (L'Ambulancier, 1984).

En 1984, 325 SMUR ont réalisé près de 500 000 interventions préhospitalières (La Revue des SAMU, 1984). Leur action est cependant intimement liée à celles, internes, des services hospitaliers d'accueil et d'anesthésie-réanimation, et à celles, externes, des brigades de sapeurs-pompiers au sein desquels est parfois implanté un SMUR.

Il y a encore d'autres groupes d'intervenants dont Police-secours, la Gendarmerie, l'Armée, la Sécurité civile et certains organismes privés (la Croix-Rouge, l'Ordre de Malte et le Secours routier français). Ces derniers organismes interviennent généralement lors de rassemblements de natures diverses. Ils ont aussi pour but la diffusion de l'enseignement en secourisme et la formation d'équipes de secours qui, en cas de nécessité, pourront s'intégrer aux autres groupes d'urgence. Dans certains cas, il peut même exister une certaine concurrence entre sapeurs-pompiers, secouristes et ambulanciers pour prendre en charge les urgences préhospitalières (L'Ambulancier, 1984)...

## **2.5 La situation française en bref**

Présentant un système fortement médicalisé, plus ou moins développé au niveau national, le cas français se caractérise surtout par le rôle majeur des sapeurs-pompiers et par la présence de centrales de coordination et de régulation des urgences médicales; il se démarque donc clairement de la situation américaine à plusieurs égards, tout en présentant lui aussi des variations régionales significatives.

## **3. L'ORGANISATION DES SECOURS MEDICAUX D'URGENCE EN AUSTRALIE**

A l'instar des autres pays à travers le monde, la philosophie des secours d'urgence en Australie, particulièrement dans le cas des accidents routiers, implique la l'administration des premiers soins sur les lieux mêmes de l'accident, des soins ambulanciers durant le transport, des soins (d'urgence et spécialisés) en milieu hospitalier et, enfin, des processus de réhabilitation et de réadaptation (Life Insurance Federation of Australia, Royal Australasian College of Surgeons, 1985).

Dans cet immense pays toutefois il n'y a pas de système médical d'urgence organisé, planifié et coordonné pour l'ensemble du territoire. En Australie, ce sont des ambulanciers qui prennent en charge les urgences préhospitalières. L'intervention sur la route des médecins, étudiants en médecine, infirmières ou autres reste en effet

très peu fréquente (Huckstep, 1980). De plus, l'organisation politique du territoire est constituée de sept états semi-autonomes; il y a donc des variations considérables dans la façon dont les services ambulanciers sont dispensés entre ces différents états (Willis et McCarthy, 1986).

### 3.1 Un acteur historique majeur: l'Ambulance St-Jean

Historiquement, l'origine du service ambulancier australien est liée à la Brigade de l'Ambulance Saint-Jean, elle-même née de la philosophie de "l'Ordre très vénérable de l'Hôpital de Saint-Jean de Jérusalem". La première association australienne de l'Ambulance Saint-Jean a été formée à Melbourne en 1883. Elle avait principalement pour objectifs l'enseignement du secourisme et des soins à domicile, et se vouait à l'allègement de la souffrance humaine (Willis et McCarthy, 1986)<sup>(1)</sup>.

Jusqu'en 1938-1939, le service ambulancier en Australie fut sous la juridiction de l'Ambulance Saint-Jean. De plus, jusqu'en 1963, tous les préposés aux ambulances devaient posséder le certificat de secourisme et la "Médaille de bronze" de cet organisme (Willis et McCarthy, 1986).

Dans les années 40, le gouvernement de Victoria décide de prendre une grande partie du contrôle des services d'urgence préhospitaliers. Toutefois en 1942, lors d'une épidémie de thyphoïde, les volontaires de la Brigade de l'Ambulance Saint-Jean ont dû pallier au manque de personnel et ont dû répondre temporairement aux besoins les plus immédiats. En ce sens, l'Ambulance Saint-Jean a toujours constitué une véritable "armée de réserve" de volontaires formés en secourisme, qui a

---

(1) En 1899, la première ambulance, conduite à cheval, était localisée près de Melbourne à la brigade des incendies. Elle fut utilisée, en grande partie sur une base volontaire, par les pompiers en service. Très tôt, ce service volontaire fut incapable de répondre à toutes les demandes et l'Ambulance Saint-Jean fit appel à divers organismes de charité ou de secours pour le service de transport; tous (la Brigade des incendies, la Police et l'Armée du Salut) déclinèrent l'invitation (Willis et McCarthy, 1986).

souvent joué un rôle extrêmement important dans le développement des services ambulanciers.

Aujourd'hui encore l'Ambulance Saint-Jean joue un rôle de premier plan dans la formation en secourisme. Elle est extrêmement active en ce domaine et sa présence se fait sentir dans tous les comités responsables tant de l'organisation des secours d'urgence que de la formation en premiers soins.

### 3.2 Deux fonctions ambulancières

Leur origine volontaire et charitable explique que les services ambulanciers sont généralement confiés à des organismes à but non lucratif. En Australie, le support gouvernemental des services ambulanciers est à mi-chemin entre le financement à 100% (tel qu'on le retrouve en Grande-Bretagne et en Nouvelle-Zélande par exemple) et le financement minimum qu'on retrouve aux Etats-Unis. En 1984, à Victoria, 48% des revenus du service ambulancier provenait de sources gouvernementales, 46% sous forme de souscriptions (héritage particulier de l'organisation de l'Ambulance Saint-Jean), et près de 6% de sources internes (vente de véhicule, etc.) (Willis et McCarthy, 1986).

A partir des années 60, la désignation des préposés d'ambulances comme "personnel paramédical" a commencé à prendre forme. En 1969, le Royal Australasian College of Surgeons définit l'officier ambulancier comme "un membre de la profession paramédicale et un adjoint important des services médicaux et hospitaliers" (Willis et McCarthy, 1986: 61, traduction libre).

Aujourd'hui, deux niveaux d'organisation caractérisent la profession des officiers ambulanciers: les préposés aux ambulances et les "paramédics". La plus grande partie du travail des préposés aux ambulances, comme en bien d'autres endroits du monde, est relativement routinier. Il consiste surtout à transporter les patients d'un hôpital à l'autre, ou de l'hôpital au domicile. Certains transports sont d'ailleurs effectués par mini-bus ("Car Division"), ce qui permet de

transporter à moindre coût plusieurs patients qui sont capables de marcher ou qui doivent être transportés sur un siège. Le transport urgent représente pour sa part environ 15% de leur travail.

A l'opposé, en terme de technologies sophistiquées et de traitements médicaux d'urgence, on retrouve des unités mobiles de réanimation prises en charge par des paramédics: les Mobile Intensive Care Ambulance (MICA). Les ambulanciers affectés à ces unités ont reçu une formation spéciale en soins préhospitaliers d'urgence, particulièrement en soins intensifs et coronariens. Ce type d'ambulancier représente approximativement 10% de tous les préposés d'ambulances (Willis et McCarthy, 1986) (1). En Australie, le système ambulancier repose donc sur la distinction entre les transports urgents et non urgents, entraînant ainsi deux niveaux distincts d'organisation et de formation. A plusieurs égards, les ambulanciers des MICA se rapprochent donc des "Emergency Medical Technicians-Paramedics" qu'on retrouve aux Etats-Unis.

### 3.3 Quelques autres protagonistes importants

Parmi les groupes importants qui jouent aussi un rôle de premier plan en matière de prévention, sécurité routière et traumatologie, il faut souligner le rôle du Royal Australasian College of Surgeons, dont dépend un comité sur les traumatismes de la route (Road Trauma Committee). Ce comité joue un rôle actif auprès du gouvernement, de même que dans l'organisation de colloques, débats et séminaires en ce domaine (Road Trauma Committee, 1980). A l'heure actuelle, plusieurs études en traumatologie relèvent du comité, et la publication récente du document "Road Trauma-The National Epidemic" démontre la coopération active des chirurgiens et des anesthésistes à la recherche de solution à ce problème. Parmi les recommandations du comité: introduire un

(1) Evolution du service ambulancier en Autralie:

- Entre 1899-1925: ambulances avec cheval;
- En 1910: la première ambulance motorisée entre en service;
- En 1962: le service d'avion-ambulance commence;
- En 1968: l'hélicoptère est utilisé sur une base régionale;
- En 1971: les unités mobiles de réanimation (MICA) entrent en service (Willis et McCarthy, 1986).

certificat en secourisme à tous les candidats au permis de conduire; standardiser les équipements et le niveau de formation des préposés d'ambulance sur une base nationale; mettre une emphase sur la formation en traumatologie et premiers soins pour tous les étudiants en médecine; mettre sur pied un système de coordination des appels entre les services ambulanciers et les hôpitaux et entre les hôpitaux eux-mêmes (Life Insurance Federation of Australia, Royal Australasian College of Surgeons, 1985).

En ce moment, un débat important est engagé en vue de doter tous les automobilistes de trousse de secours et de rendre obligatoire la formation en secourisme de tous les candidats aux permis de conduire (Revitt, 1980). Par ailleurs, plusieurs campagnes de sécurité routière ont été mises sur pied (radio, télévision, média, programmes d'éducation dans les écoles, etc.). Le Royal Automobile Club Driving School joue également un rôle important dans la conduite automobile préventive et dans la formation des automobilistes (Road Trauma Committee, 1981).

### **3.4 La situation australienne en bref**

Si l'on veut résumer en quelques mots les caractéristiques principales du système australien, on doit donc souligner: 1) la forte présence des organismes à but non lucratif, 2) l'immense territoire où les instances provinciales sont fortes, et 3) l'assistance peu médicalisée sur les lieux des accidents.

## **4. LES SECOURS D'URGENCE AU JAPON**

### **4.1 Une réaction gouvernementale musclée à une épidémie démesurée**

Au Japon, l'ensemble des politiques relatives à la sécurité routière et aux moyens de transport (accidents de la route, désastres maritimes, ferroviaires et aériens) relève directement du Bureau du Premier ministre. Par conséquent, tous les programmes sont, en principe, valables pour l'ensemble du pays.

L'ensemble de ces mesures, particulièrement dans le cas des accidents routiers, est exhaustif. Il concerne le financement des programmes, la promotion et la rationalisation du contrôle des flots de circulation, le contrôle des parcs automobiles, l'entretien des routes et de leur environnement, l'inspection des véhicules, les programmes d'information et d'éducation du public, la formation des automobilistes, le réseau des secours d'urgence ("Emergency Rescue") et les services médicaux d'urgence (IATSS, 1982; 1984). A ce titre, le Japon est sans doute un des pays qui a le plus grand nombre de programmes gouvernementaux en rapport avec les accidents reliés aux moyens de transport!

En raison de la densité de la population dans ce pays, les problèmes liés aux accidents routiers sont devenus rapidement durant les années cinquante et soixante une épidémie majeure qui a nécessité la recherche de solutions à un niveau national. Jusqu'en 1970, les accidents de la route causaient chaque année près d'un million de victimes (16 800 personnes tuées - dont près de 6 000 piétons - et 980 000 personnes blessées en 1970). Devant l'ampleur du phénomène, le gouvernement du Japon s'engagea fermement au début de la dernière décade à prendre l'ensemble des mesures nécessaires afin de réduire à court et à long terme non seulement le nombre d'accidents routiers mais également le nombre d'accidents maritimes, ferroviaires et aériens (IATSS, 1982).

Depuis ce temps, trois grands programmes quinquennaux ont été réalisés. En 1970, la première loi touchant l'ensemble de ces mesures est adoptée ("The Fundamental Law Related to Traffic Safety Measures"). Le premier plan ("First Fundamental Traffic Safety Program"), couvrant les années 1970 à 1975, avait pour objectif principal la mise en place, pour chaque région, de stratégies et politiques incluant l'installation d'infrastructures relatives à la sécurité routière.

Le second plan ("Second Fundamental Traffic Safety Program"), qui se déroula de 1976 à 1980, s'orienta davantage vers la mise en place de programmes de promotion et de prévention en sécurité

routière et encouragea les initiatives dans ce domaine dans les secteurs non gouvernementaux.

Le troisième plan, qui s'est récemment terminé ("Third Fundamental Traffic Safety Program"), visait l'amélioration et le renforcement des infrastructures et des équipements actuels (trottoirs, pistes cyclables, ponts piétonniers, sentiers souterrains, identification des zones dangereuses, etc.), l'amélioration des programmes d'éducation et d'information du public, et le renforcement du système de secours d'urgence ("emergency first-aid system") (IATSS, 1984).

Lorsqu'on regarde l'ensemble des réalisations gouvernementales japonaises, on ne peut qu'être frappé de l'ampleur des mesures dites passives prises en vue d'améliorer et la sécurité routière et la réduction des accidents routiers, particulièrement en ce qui concerne l'environnement routier: infrastructures, signalisation, aménagement de parcs d'amusement en zone résidentielle et urbaine pour les enfants, zones piétonnières, réorganisation du réseau de transport en commun, etc. En 1983, le taux japonais de mortalité due aux accidents de la route pour 100 000 habitants était de 10,4, soit le plus bas taux parmi les pays suivants: Allemagne de l'Ouest (18,8), France (22,9), Italie (13,6), Hollande (11,9), Royaume-Uni (11,0), Etats-Unis (18,8) (IATSS, 1984).

#### 4.2 L'organisation du secourisme routier japonais

Toutes les grandes agglomérations urbaines, les villes et les villages sont tenus de mettre sur pied un système de secours d'urgence ("emergency rescue service"), dans le cadre des programmes que le gouvernement a établi. Lorsque certaines villes ou villages ne peuvent, en raison du manque de ressources existantes, développer l'ensemble des infrastructures nécessaires au système de secours, elles sont adjointes à un système régional, sur une base coopérative. En 1983, 2 965 agglomérations urbaines, villes et villages avaient des installations de secours d'urgence (2 906 municipalités dans le cadre du programme obligatoire et 59 autres sur une base volontaire). Selon les

données fournies par le gouvernement, 91,1% de toutes les régions avaient un programme de secourisme en 1983, et 98,3% de la population totale en bénéficiait (IATSS, 1984).

Au Japon, l'organisation des secours d'urgence est confiée aux unités de sapeurs-pompiers. Sur les autoroutes, on retrouve de plus des postes de secours, indépendants des systèmes d'urgence des villes et des villages, qui fonctionnent cependant sur une base coopérative avec les communautés locales; ces postes de secours ont essentiellement pour but de répondre aux accidents routiers. De plus, ce sont généralement ces équipes de secours qui transportent les victimes jusqu'à l'hôpital.

Au cours des dernières années, la plus grande partie des efforts a été effectuée en vue d'améliorer la formation en secourisme, de perfectionner le contrôle des véhicules et des équipements de secours (incluant les fournitures médicales) et de rendre plus efficace les systèmes de communication entre les municipalités.

Par ailleurs, chaque préfecture et ville désignée par le gouvernement doit offrir des programmes de formation pour le personnel de secours, programmes qui sont dispensés dans les écoles et les collèges de sapeurs-pompiers ("Fire Defense Schools"). En 1978, les traitements en premiers soins dispensés par les membres des brigades de secours ont été standardisés; ils ont été révisés en 1982. A l'heure actuelle, toutes les opérations de secours sont réalisées par des équipes qui ont les qualifications minimum établies par les standards gouvernementaux.

De plus, diverses mesures ont été réalisées en vue de renforcer le système médical d'urgence au sein de chaque préfecture gouvernementale: désignation d'hôpitaux et de cliniques d'urgence capables de recevoir les victimes d'accidents de la route (en 1983, le Japon comptait 5 353 hôpitaux et cliniques d'urgence désignés à travers tous les pays); catégorisation des installations et des services médicaux en niveaux primaires, secondaires et tertiaires; programmes de formation médicale continue pour les médecins en charge des traitements médicaux

d'urgence (neuro-chirurgie, anesthésie et pédiatrie); programmes de réhabilitation pour les victimes d'accidents, etc. (IATSS, 1984).

Comme pour les autres pays à travers le monde, on estime au Japon que l'assistance immédiate auprès des victimes d'accidents de la route constitue un facteur important dans la réduction des taux de mortalité et de morbidité. Par conséquent, plusieurs mesures ont été développées en vue de généraliser les programmes de formation en secourisme auprès du grand public et particulièrement des automobilistes. Entre 1979 et 1981, 154 programmes de formation en secourisme pour les automobilistes ont été dispensés dans quelques 31 préfectures du Japon. Selon les chiffres émis par le gouvernement, 2 348 900 citoyens ont suivi une formation en secourisme en 1982, dans les 850 départements d'incendie, ce qui représente approximativement 2,15% de la population totale. D'autre part, la Société de la Croix-Rouge japonaise coopère également à la formation en secourisme en réponse aux demandes des collectivités locales. En outre, tous les étudiants au sein des facultés de médecine et de sciences de la santé reçoivent un enseignement en premiers soins.

#### 4.3 Un autre miracle nippon

La rapidité et l'efficacité avec lesquelles le gouvernement japonais s'est attaqué en profondeur et à long terme aux accidents reliés aux transports sont uniques. Il faut cependant reconnaître que les japonais, comme peuple, ont un sens du devoir collectif qui, en symbiose avec la volonté du gouvernement et sa capacité à adopter d'ailleurs des solutions techniquement efficaces, créent des conditions de succès difficilement possibles dans les démocraties occidentales!

REFERENCES

- Anonyme (1984); Statement of Work; U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, DTNH 22-84-R-05402, 14 pages.
- Anonyme (1986); "Specific Recommendations of NAS-NRC Committees Relative to EMS"; Journal of Emergency Medical Services, 11 (5): 37).
- Boyd, R. "Foreword" in Jacobs, Lenworth M. and Bennett, Barbara R. (1983); Emergency Patient Care: Prehospital Ground and Air Procedures, New York, MacMillan Publishing Company, 345 pages.
- Cass, Daniel E. (1987); "A History of Concepts in Emergency and Trauma Medicine from World War II to the Present", Canadian Journal of Prehospital Medicine, 1 (5): 5-17.
- Collectif (1986); Numéro spécial de la revue Journal of Emergency Medical Services intitulé "Twenty Years Later", 11 (5): 30-43.
- DHEW (U.S. Department of Health, Education, and Welfare) (1974); Emergency Medical Services Systems: Program Guidelines; Public Health Service, Health Services Administration, Maryland, USA.
- Giroux, Marc; La Traumatologie (1987); RAAQ, Direction des services médicaux et de la réadaptation, 21 p.
- Grant, Harvey D. et al. (1982); Emergency Care, third edition; Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 486 p.
- Huckstep, R.L. (1980); "Education in First Aid and Resuscitation for Medical Students and Doctors" in Proceeding of Seminar "Learn to Live on the Road"; Royal Australian College of Surgeons, Road Trauma Committee; Sydney, 5 p.
- IATSS (International Association of Traffic and Safety Sciences) (1982); Japanese Government-White Paper on Transportation Safety '82, Prime Minister's Office, Tokyo, Japan, 236 p.
- IATSS (International Association of Traffic and Safety Sciences) (1984); White Paper on Transportation Safety in Japan '84, Traffic Safety Policy Office, Prime Minister's Office, Tokyo, Japan, 241 p.
- Jacobs, L. and Bennet, B. (1983); Emergency Patient Care: Prehospital Ground and Air Procedures, New York; MacMillan, 345 p.
- L'Ambulancier (1984); No 10 de la Revue Nationale des Ambulanciers Hospitaliers, 16 p.

- Liaisons (1976); "L'organisation des secours d'urgence aux blessés, accidentés et malades dans la ville de Paris"; août-sept., 227: 2-23.
- Life Insurance Federation of Australia; Royal Australasian College of Surgeons (1985); Road Trauma-The National Epidemic, 52 p.
- McKenny, Sharmin (1986); "Aeromedical Evolution: A brief synopsis of the evolution of aeromedical transport in the world", Aero Medical Journal, May/June: 22-26.
- National Association of State Emergency Medical Services Directors (1985); State Emergency Medical Services: A National Survey Part I; U.S. Public Health Service, Maryland, 45 p.
- Noël, André-Denis (1987); "Les systèmes d'urgence préhospitaliers en Amérique du Nord"; JASMU, 2 (5): 22-26.
- O'Page, James (1986); "Form Over Function", Journal of Emergency Medical Services, 11 (5): 30-31.
- Revitt, Jack (1980); in "The First International Conference on First Aid at the Scene of an Accident: Survey of papers presented", Journal of Traffic Medicine, 8 (1).
- Revue des S.A.M.U. (1984); "Le point sur l'aide médicale urgente: Ce qu'elle apporte, ce qui doit évoluer", 7 (5): 183-190.
- Road Trauma Committee (1980); Proceedings of Seminar "Learn to Live on the Road", Royal Australasian College of Surgeons, Sydney.
- Road Trauma Committee (1981); Proceedings of Seminar "The Fate of Disabled road Crash Survivor", Royal Australasian College of Surgeons, Melbourne.
- Robillard, Gilles; Léger, Lloyd (1984); Bilan du stage effectué en France auprès des SAMU; document miméographie, 87 p.
- Willis, Evan; McCarthy, Liam (1986); "From First Aid to Paramedical: Ambulance Officers in the Health Division of Labour", Community Health Studies, 10 (1): 57-67.

**CHAPITRE III**  
**LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES AU QUEBEC**  
**ET**  
**DANS LE RESTE DU CANADA**

## 0. INTRODUCTION

Dans le présent chapitre, nous nous attarderons d'abord sur la situation québécoise, à partir de la même démarche que nous avons utilisée pour les autres pays. Nous verrons donc quelques éléments historiques avant de passer à une description du système actuel et de faire ressortir les principaux enjeux qu'il nous semble soulever. Cela permettra de préciser davantage la toile de fond sur laquelle les aspects de formation/information des premiers intervenants seront analysés dans la seconde section du présent rapport. Le chapitre se termine par quelques considérations sur le reste du Canada, avec une emphase particulière sur le système ontarien.

Au Québec, il n'y a pas de système médical d'urgences préhospitalières qui soit comparable avec ce qui existe en Ontario ou aux Etats-Unis. Il existe d'importantes disparités régionales non seulement sur le plan de la formation des premiers intervenants mais également au niveau de l'organisation des secours d'urgence, des conditions de travail, des salaires, des heures de travail, des équipements, des systèmes de communication, du temps de transport, des ressources médicales, etc.

Depuis quelques années toutefois on constate un intérêt certain chez les principaux intervenants professionnels (secouristes, policiers, pompiers, ambulanciers, infirmières, médecins ou administrateurs) en vue d'améliorer la qualité des soins d'urgence et les systèmes de prise en charge des urgences préhospitalières. Plusieurs hôpitaux offrent maintenant au personnel médical et paramédical des programmes de formation continue en soins de base et en soins avancés en traumatologie (Basic Trauma Life Support - BTLS - ou Advanced Trauma Life Support - ATLS). De nouveaux groupes sont apparus comme l'Association des médecins d'urgence du Québec (1982), l'Association des infirmières et infirmiers en urgence du Québec (1985), ou encore l'Association des instructeurs en réanimation du Québec (1986). Des organismes au long passé, tels la Croix-Rouge et l'Ambulance Saint-Jean, multiplient leurs efforts afin de sensibiliser le grand public aux

principales mesures de secourisme et de soins de santé. Dans de nombreuses régions du Québec, des groupes bénévoles et des associations de sauvetage se sont constitués. Enfin, la création en 1986 d'une revue spécialisée (le Journal pour l'avancement de soins médicaux d'urgence, JASMU), ainsi que l'organisation de nombreux débats, colloques et communications, témoignent de l'intérêt marqué des intervenants pour ce domaine d'intervention.

## 1. LE QUEBEC

### 1.1 L'organisation des soins préhospitaliers d'urgence au Québec: Montréal, Québec... et le reste de la province

Comme le soulignent la plupart des observateurs, l'organisation des soins d'urgence préhospitaliers au Québec est encore, à la fin des années 1980, dans un état embryonnaire (Noël, 1987). Seules les régions de Québec et de Montréal ont, par exemple, une centrale de coordination des urgences qui informent les ambulanciers en route vers un centre hospitalier du niveau d'engorgement des salles d'urgence et les répartissent en conséquence. Montréal est cependant la seule région dont on peut dire qu'elle possède un véritable service public d'urgences préhospitalières, le Service Urgences-Santé, qui s'est développé dans un contexte très particulier.

Urgences-Santé a été jusqu'en mars 1988 sous la coordination du Conseil régional de la santé et des services sociaux du Montréal métropolitain (CRSSSM). Cet organisme se caractérise par son service de communication unique pour tous les appels d'urgence (police, incendie, ambulance): le 911. Il offre un service de médecin à domicile ou sur la route et/ou un transport ambulancier selon le cas. Il constitue toutefois principalement un système de coordination du transport ambulancier et de réponse aux cas d'urgences préhospitalières, accessible vingt-quatre heures par jour sept jours par semaine (CRSSSM, 1985).

Le Service Urgences-Santé se distingue cependant des autres systèmes d'urgence qu'on retrouve en Amérique du Nord par des contrats d'exclusivité et des ententes relatives aux services ambulanciers ainsi qu'aux entreprises privées, par le niveau de formation des techniciens-ambulanciers, par la présence de médecins sur la route et par l'absence d'un service hospitalier régional en traumatologie intégré au système.

La grande région de Québec ne bénéficie pas, comme à Montréal, de services centralisés offerts à la population tels le 911, les modules de réception des appels ou le système informatisé de gestion des données qu'on retrouve à Urgences-Santé. Il existe cependant une centrale de coordination des urgences où trois personnes en permanence (contrairement à Urgences-Santé qui emploie directement quelque 250 personnes) informent les ambulanciers en route vers les hôpitaux de l'état d'engorgement des salles d'urgence. On y retrouve également le service "Info-Santé" qui offre au public information et ressources sur les services de santé de Québec. Créée à l'occasion d'événements particuliers en 1984 (Québec 84 et la visite du pape), la centrale de coordination des urgences de Québec permet donc surtout de répartir les cas urgents entre les différents centres hospitaliers du Québec métro, afin entre autres, d'aider à éviter l'engorgement des salles d'urgences.

Dans les autres régions du Québec, il n'y a pas de centrale de coordination des urgences, ni service de communication directe pour les appels d'urgence. Chaque ambulancier décide du choix du centre hospitalier, généralement selon les habitudes de sa compagnie ambulancière ou selon les préférences de l'utilisateur. Depuis quelques années, même en l'absence de centrales de coordination, les diverses régions du Québec ont été subdivisées en zones de services ambulanciers. Depuis 1981, ces zones permettent à tout le moins d'assurer à la population l'accès aux services ambulanciers dans un délai moyen d'au maximum trente minutes après l'appel.

Ainsi, en 1988, il existe 191 zones de services ambulanciers formées d'une ou de plusieurs municipalités. De ces 191 zones, 70% (135) ont dû être subventionnées afin de permettre un seuil minimal de

rentabilité aux entreprises ambulancières qui les desservent. En 1985-1986, le ministère de la Santé et des Services sociaux a accordé des subventions de l'ordre de 2 549 810 \$ à ces fins (Gouvernement du Québec, 1986). Dans la plupart des zones subventionnées, il a peu ou pas de travailleurs ambulanciers à temps plein.

## 1.2 D'un service de pompes funèbres à un service presque public

Au Québec, les services ambulanciers appartiennent à 100% à l'entreprise privée, bien que le gouvernement subventionne actuellement plus de 90% du transport ambulancier (MSSS, 1987). Depuis 1981, l'administration du transport ambulancier est sous la responsabilité des Conseils régionaux de la santé et des services sociaux (CRSSS). Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) n'est que l'un des multiples agents payeurs des frais encourus par les transports ambulanciers; il est toutefois responsable de la planification et de la coordination générale des mesures de protection de la santé publique relatives aux services ambulanciers et aux services de santé en général.

La première loi concernant le transport ambulancier date de 1972 (la loi sur la protection de la santé publique). Ce n'est cependant qu'en 1976 qu'on retrouvera la première réglementation régissant véritablement les services ambulanciers au Québec (nombre d'ambulances, normes d'équipement, qualification du personnel, permis d'exploitation). Avant 1972, il n'existait donc ni loi ni règlement touchant les services ambulanciers. Chacun pouvait devenir ambulancier ou obtenir un permis d'exploitation d'ambulance, à condition d'avoir un véhicule suffisamment grand pour le transport des blessés.

Traditionnellement, ce sont les services funéraires qui ont commencé à offrir ce service à la population, tout simplement parce qu'ils possédaient des véhicules où l'on pouvait entrer une civière pour le transport des patients ou des blessés. De nombreuses compagnies ambulancières appartiennent donc encore aujourd'hui aux entreprises de pompes funèbres qui, étant à but lucratif, n'ont pas cessé de soulever des inquiétudes en raison des conflits d'intérêts potentiels liés au

double mandat de leur entreprise. Il est en fait beaucoup plus rentable de transporter des victimes décédées qui vont passer par toute l'industrie funéraire que de transporter des blessés jusqu'à l'hôpital. On estime qu'une mortalité rapporte près de 2 000 \$ à l'entreprise, lorsque celle-ci est prise en charge par le service de pompes funèbres, alors que chaque transport ambulancier rapporte aux environs de 75 \$ (C.S.N., 1986; Bédard, 1983). Cela a parfois laissé planer le doute sur le fait que les ambulanciers n'étaient pas encouragés à secourir avec toute la diligence requise des victimes d'accidents, qui en décédaient éventuellement et étaient alors plus "payants" (CSN, 1986).

### 1.3 Le début des services intégrés à Montréal: une poudrière politique

Au Québec, c'est par le biais de l'engorgement des urgences hospitalières qu'on commença à concevoir la nécessité d'intervenir au niveau du transport ambulancier. A Montréal, par exemple, c'est suite à la publication au début des années 1970 de plusieurs rapports et analyses, dénonçant l'engorgement de ces services de même que la mauvaise qualité des interventions préhospitalières effectuées par les policiers ou par les ambulanciers (qui souvent ne possédaient ni formation, ni équipements médicaux, ni trousse de premiers soins), qu'on commença à réfléchir à la nécessité de coordonner la situation des urgences pour la région montréalaise et, par conséquent, de réorganiser les services ambulanciers (Deschênes, 1974; Marois, 1985).

Parallèlement, les débuts de syndicalisation des techniciens-ambulanciers ainsi que les problèmes financiers et les scandales reliés à l'entreprise de service Télé-Médic (Bédard, 1983) ont forcé le gouvernement du Québec à établir une véritable politique des urgences pour la région montréalaise. On créa donc en 1981 le Service Urgences-Santé, par le biais d'un mandat donné au CRSSSM, afin de solutionner le problème de l'accessibilité aux services d'urgence pour la région de Montréal. Ce sont donc un ensemble de conditions socio-politiques délicates, ainsi qu'une opinion publique fortement émoussée, qui forcèrent la création du Service Urgences-Santé pour la région

montréalaise. Ce n'était pas la situation du reste de la province, qui demeure toujours sans services intégrés.

Quoiqu'il en soit, la mise en place du service montréalais a constitué la bougie d'allumage, pour tout le reste de la province, d'un ensemble de revendications touchant autant les conditions de travail des ambulanciers que les salaires, le manque de ressources financières, les exigences de formation ou encore la qualité et le contrôle des équipements des services d'ambulances. Cette prise de conscience donna aussi naissance au service du transport urgent aérien (Service EVAC) qui, depuis 1981, permet de rapatrier vers un grand centre hospitalier urbain les cas survenant dans les régions périphériques qu'on ne peut traiter localement.

#### 1.4 L'état actuel du système: études, rapports et conflits, mais peu de gestes gouvernementaux concrets

A partir des années 1970, le gouvernement entreprend donc une refonte des lois et règlements touchant les services ambulanciers au Québec (1). A la suite du rapport Deschênes (1974) sur la situation des urgences à Montréal, le gouvernement en viendra à créer Urgences-Santé. Suite à ce rapport, on assiste également, pour la première fois, à l'élaboration d'exigences en matière de formation académique du personnel ambulancier et à la création d'un cours en techniques ambulancières, dispensé jusqu'en 1978 par le CEGEP Dawson (Marois, 1985).

En 1984, la détérioration du climat entre les techniciens-ambulanciers et les propriétaires de même qu'un décret imposé par le gouvernement pour régir leurs relations de travail, poussent les ambulanciers à une première grève dans la région montréalaise. Devant l'impossibilité de mener à bien les négociations entre les parties et pour mettre fin aux moyens de pression qui s'intensifient de jour en

---

(1) Le tableau III.1, en annexe au présent chapitre, résume les principaux événements législatifs concernant le transport ambulancier au Québec

jour, le gouvernement met sur pied un tribunal d'arbitrage (Tribunal Marois) qui jettera les bases de la première convention collective d'ensemble des techniciens-ambulanciers de la région 06-A. Ce tribunal, formé pour regarder les conditions de travail et certains problèmes dans le transport ambulancier, aborde directement pour la première fois le statut des techniciens-ambulanciers et les exigences de leur formation. Le rapport de ce tribunal (Marois, 1985) reconnaît ainsi un statut particulier aux techniciens-ambulanciers; il fixe leurs conditions de salaire et définit la spécificité du travail effectué par les ambulanciers pour la région du Montréal métropolitain.

En 1986, un autre rapport important (Drouin, 1986) vient proposer des modifications aux services ambulanciers dans un contexte de relations de travail explosives, au sein des régions 06-B et 06-C (Montérégie et Laurentides-Lanaudière).

En 1987, le gouvernement donne mandat au Service de l'analyse financière de la Commission des transports du Québec d'effectuer une mise à jour de la tarification du transport par ambulance pour l'ensemble des régions du Québec, comme il l'avait déjà fait au début des années 1980. Le rapport de cette commission (Tremblay, 1987) souligne, entre autres, plusieurs anomalies rencontrées lors de l'étude des formulaires de transports ambulanciers, et ce, dans tous les domaines de l'entreprise ambulancière (gestion, équipements médicaux, achats, salaires, etc.). Nous nous permettons de reproduire ici quelques cas soulevés par l'étude Tremblay, qui illustrent fort bien le malaise retrouvé au niveau du secteur ambulancier québécois en cette fin des années 1980. Selon ce rapport, ces cas ne seraient pas la règle mais ils se présenteraient en nombre suffisant pour soulever l'attention, sinon l'inquiétude.

1<sup>0</sup> "Ainsi, certains ambulanciers font attendre délibérément le patient pour ne pas perdre le transport". (...) "Pour le même accident, une entreprise a même préféré effectuer plusieurs voyages d'environ une heure chacun" (p. 8).

2<sup>0</sup> Vu l'achalandage que provoquent entre huit heures et dix-sept heures les transports inter-établissements non urgents, il en résulte des temps plus longs pour les transports urgents. Selon

l'étude, certaines personnes accidentées ont dû attendre plus d'une heure dans des zones où il y avait plusieurs ambulances occupées à d'autres fins.

- 3<sup>o</sup> "Autre problème, les ambulanciers ne vont pas nécessairement à l'hôpital le plus proche, même lorsque l'agent payeur est le gouvernement". "Dans d'autres cas, le transporteur va reconduire son patient dans des grands centres urbains - Montréal ou Québec - sans passer par son hôpital régional, laissant à l'agent payeur une note plus élevée que la normale" (p. 9).
- 4<sup>o</sup> Certains transports ont plus de deux patients à bord (de trois à sept).
- 5<sup>o</sup> La facturation du transport présente parfois plusieurs anomalies - kilométrage anormal (plus élevé), omissions des décimales ou du séparateur, facturation du plein montant du transport à chaque patient quand il y avait plus d'un patient à bord.
- 6<sup>o</sup> Dans certains secteurs, l'Etat paie jusqu'à deux fois le même transport.

Suite à la publication du rapport Tremblay et à la parution de certains articles dans les journaux, notamment **La Presse**, le gouvernement s'est empressé de rétablir les faits et de souligner qu'il s'agissait de cas isolés et non généralisés. Un nouveau groupe de travail fut formé par le ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de formuler des commentaires et recommandations sur le rapport Tremblay et sur l'organisation du transport ambulancier (MSSS, 1987).

Depuis 1987, divers autres comités internes ont été formés, réunissant les principaux représentants du Ministère et des Conseils régionaux (Comités inter-CRSSS). Parmi ceux-ci un comité a élaboré un plan de formation de niveau collégial en Techniques ambulancières pour tous les techniciens-ambulanciers (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986), proposant une formation uniforme de 825 heures partout au Québec. Au cours de cette même année 1987, le gouvernement commande encore une nouvelle étude, réalisée par la firme Secor, sur **Le transport ambulancier au Québec: état de la situation et options** (Forget, 1987).

Et, sans doute pour ne pas être en reste, les syndicats ambulanciers déposaient en février 1988 auprès de la Ministre de la

Santé et des services sociaux un volumineux rapport dénonçant les problèmes et avançant quelques solutions (Le Soleil, 6 février 1988).

Malgré tous ces rapports et études, peu d'efforts ont été jusqu'à maintenant réalisés afin de mettre sur pied au niveau local, régional et provincial, des systèmes efficaces et bien intégrés de prise en charge des urgences préhospitalières pour l'ensemble des régions du Québec. Nous en sommes donc à une période charnière dans l'évolution de ces services au Québec, et la turbulence sociale autour de ce dossier ne diminuera vraisemblablement pas tant que des solutions concrètes et à long terme ne seront pas acceptées par l'ensemble des nombreux partenaires en cause. On analysera un peu plus loin la signification des réformes proposées à cet effet en mars 1988 par le MSSS.

#### 1.5 Profil des entreprises ambulancières au Québec: quelques chiffres révélateurs

Au 31 décembre 1985, à partir des données sur les permis émis, on comptait 188 détenteurs de permis d'ambulance pour l'ensemble des régions du Québec, et 489 véhicules autorisés. De ce nombre, 40% des entreprises ambulancières (74 compagnies) ne possédaient qu'une seule ambulance, alors que 79% des détenteurs faisaient fonctionner une flotte de trois ambulances ou moins (Gouvernement du Québec, 1986).

On estime qu'il s'effectue annuellement environ 220 000 transports ambulanciers, sans compter la région de Montréal où il s'en effectue près de 180 000, soit une moyenne de 574 transports par véhicule.

En 1985-1986, 63,08% du volume des transports a été considéré comme du transport primaire ou urgent, alors que 36,92% du volume est constitué par du transport entre les divers établissements du réseau (Tremblay, 1987).

55% des propriétaires d'ambulance se consacrent uniquement à cette activité alors que 45% pratiquent une autre activité, dont 33% la

thanatologie. Enfin, 12% occupent un autre emploi dans des secteurs si variés qu'ils n'ont pas pu être regroupés en catégories.

Au moment où le rapport Tremblay a été réalisé, 12% des véhicules n'avaient aucun moyen de communication à bord.

Le tableau III.2 offre finalement au lecteur une vue d'ensemble de la situation des services ambulanciers au Québec. On y retrouve des données, pour chaque région du Québec, sur le nombre de transports effectués, le temps transport, le financement et la nature du transport.

TABLEAU III.2  
TRANSPORT AMBULANCIER: PORTRAIT DE LA DEMANDE POUR L'ANNEE 1986-87 (1)

Résultats pondérés par région

REGION	NOMBRE DE TRANSPORTS:		VEHICULE		MINUTAGE DU TRANSPORT			PAYE PAR		TRANSPORTS:			
	Annuel	Echan- tillon	%	DISTANCE moy. (km)	Délais de réponse*	Durée	Temps total	Particu- liers	Gouver- nement	Primaires <sup>2</sup> %	Inter. <sup>3</sup> %	Par véhi- cule	
1	12760	3896	30.53%	35	50.29	10.97	44.92	55.89	14.94%	85.06%	66.31%	33.69%	365
2	10796	2634	24.40%	23	27.55	10.62	30.41	41.03	26.54%	73.46%	71.77%	28.23%	469
3	51177	6332	12.37%	90	31.04	10.21	33.43	43.65	17.00%	83.00%	62.10%	37.90%	569
4	24468	3937	16.09%	36	19.87	8.98	25.74	34.72	16.87%	83.13%	64.79%	35.21%	680
5	12703	2534	19.95%	22	19.68	9.13	27.60	36.74	10.73%	89.27%	62.59%	37.41%	577
6-B	31704	5149	16.24%	51	28.39	10.03	32.15	42.20	19.29%	80.71%	56.26%	43.74%	622
6-C	51936	5662	10.90%	68	19.19	9.56	27.91	37.47	20.19%	79.81%	67.95%	32.05%	764
7	15536	3273	21.07%	28	26.48	8.97	35.21	44.19	23.76%	76.24%	57.62%	42.38%	555
8	6330	2266	35.80%	17	44.78	19.30	48.22	66.52	15.74%	84.26%	57.35%	42.65%	372
9	3557	1561	43.89%	15	39.51	16.98	41.13	58.12	11.86%	88.14%	53.22%	46.78%	237
TOTAL	220967	37244	16.86%	385	27.14	10.15	31.95	42.11	18.41%	81.59%	63.08%	36.92%	574
Région													
6-A	172958					9.30					59.2%	40.8%	

(1) Source: Rapport Tremblay, 1987.

1. Les données de ce tableau, à partir de la colonne véhicule, ont été établies par le rapport Tremblay sur la base d'un échantillon des transports effectués, et non pas à partir de l'ensemble de ces transports.

2. Résidence, lieu public, lieu d'un accident vers un centre hospitalier.

3. Entre établissements du réseau.

\* Minimum.

## 1.6 La situation québécoise en bref

Peu développés au début des années 60, les services ambulanciers sont maintenant disponibles dans l'ensemble des régions du Québec. Non réglementés avant 1976, on ne connaît que peu de choses de leur situation avant le début des années 1970. On sait toutefois qu'avant la loi de 1972, plusieurs services de police et l'entreprise privée dispensaient, de manière fort inégale, ce service à la population. Au cours des dernières années, les différents corps de police ont été amenés par les nouvelles réglementations à démanteler leur service ambulancier, (à l'exception du Service de police de la ville de Sainte-Foy qui, pour des raisons particulières, a été maintenu jusqu'à présent). Enfin, les entreprises privées de leur côté, souvent associées aux pompes funèbres, ont maintenu ou développé les leurs (1).

Dans ce portrait, la qualité actuelle des soins préhospitaliers n'a été, pour sa part, que très peu étudiée. Aucune étude n'a en effet été réalisée sur les bienfaits éventuels de centres de traumatologie ou encore sur l'impact des services actuels ou potentiels sur la mortalité ou la morbidité. De telles études sont pourtant courantes aux Etats-Unis et ailleurs au Canada, et elles permettraient sans doute de mieux cerner la situation québécoise.

Faut-il médicaliser les urgences préhospitalières ou faut-il développer les mesures élémentaires de secourisme assorties de moyens de transport rapides et de communications efficaces? La présence d'un médecin sur les lieux d'un accident est-elle souhaitable partout au Québec ou ce travail peut-il être effectué par des ambulanciers formés, compétents et encadrés par les services médicaux? Sans que l'on trouve nécessairement toutes les réponses à ces questions dans les divers rapports que nous avons consultés, ces documents en arrivent, à peu de

---

(1) Quant aux autres groupes d'intervenants susceptibles d'intervenir sur les lieux d'un accident (citoyen, secouriste, organisme de secours, etc.), pour la période avant 1970, nous n'avons retrouvé nulle part quoique ce soit à leur sujet à l'exception du fait que les policiers étaient souvent les premiers à arriver sur les lieux d'un accident.

choses près, à une même conclusion: le développement d'un système d'urgence préhospitalier au Québec dépend de la nature même des soins préhospitaliers que le gouvernement entend offrir à ses citoyens...

Dans cette optique, en mars 1988, le Ministre délégué à la famille, à la santé et aux services sociaux annonçait, sous la pression une fois de plus des ambulanciers de Montréal qui menaçaient de se mettre en grève, un ensemble de mesures gouvernementales significatives visant à modifier le système ambulancier au Québec. Ces mesures, dont l'essentiel est résumé au tableau III.1, ont été analysées par la plupart des commentateurs et éditorialistes comme un premier pas important vers une étatisation complète du système québécois, un peu sur le modèle ontarien.

Ce premier pas est aussi perçu par les analystes (voir par exemple: Corriveau, 1988) comme une concession majeure aux syndicats et une reprise de contrôle par l'Etat du processus d'allocation des ressources aux entreprises privées, qui risque de minimiser les abus potentiels dénoncés entre autres par le rapport Tremblay.

Tout en reconnaissant l'importance et le bien-fondé des mesures prises par le ministre Dutil, un certain nombre de questions de fond nous semblent cependant avoir été négligées dans cette réforme, réalisée encore une fois en réaction à des relations de travail explosives à Montréal comme lors de la création d'Urgences-Santé en 1981.

En premier lieu, on propose des solutions aux problèmes du transport ambulancier, et non à ceux du système de prise en charge des urgences préhospitalières. En effet, rien dans cette réforme ne touche l'articulation précise des services préhospitaliers aux services hospitaliers, à part l'éventuelle utilisation de protocoles standardisés d'intervention par les ambulanciers. Rien ne ressort non plus sur la désignation et l'équipement de certains centres hospitaliers comme centres-cibles pour le traitement des polytraumatisés.

En second lieu, le problème de la définition des rôles professionnels des divers intervenants préhospitaliers, qui demeure à notre sens le point majeur, n'est pas abordé. En effet, tant et aussi longtemps que cette définition des rôles ne sera pas effectuée dans notre système préhospitalier, doter le personnel ambulancier de 150, 825 ou 2 000 heures de formation ne fait en quelque sorte que peu de différence.

Finalement, la question du financement à long terme de la réforme, même si l'engagement de certains fonds est prévu, reste importante. Cette réforme générera en effet des dépenses annuelles de plusieurs millions de dollars. A cette époque de coupures dans les dépenses de l'Etat, on peut se demander si le gouvernement s'orientera vers une politique globale et à long terme de prise en charge des urgences préhospitalières au Québec, ou si la réforme Dutil ne reproduit pas le scénario si souvent joué d'une réponse politique ponctuelle, à la turbulence syndicale montréalaise.

Une chose est certaine toutefois: la quasi totalité des intervenants a salué avec enthousiasme les premiers éléments significatifs de réforme à survenir depuis plusieurs années.

## 2. LE CANADA

### 2.1 L'état de la situation: l'ouest américanisé et l'est sous-développé

Comme pour la plupart des autres grands pays du monde peu densément peuplés (Etats-Unis, Australie, U.R.S.S., etc.), il faut s'attendre au départ à ce que l'organisation de systèmes de prise en charge des urgences préhospitalières soit d'inégale valeur d'un endroit à l'autre à travers notre pays.

Au Canada, il n'y a pas de législation nationale d'ensemble ou de réglementation uniforme en ce qui concerne les soins préhospitaliers. En effet, la plus grande partie des pouvoirs concernant

Les services de santé est déléguée aux différentes provinces. Par conséquent, chaque province a ses propres législations en ce qui concerne le domaine de la santé (1). Le tableau III.3 offre une intéressante comparaison des provinces à cet égard, de même que sur quelques autres éléments.

Un bref survol de l'ensemble du pays permet aussi de constater que la plupart des grandes villes canadiennes (Vancouver, Victoria, Calgary, Edmonton, Saskatoon, Toronto ou même Montréal) se sont dotées depuis quelques années de services d'urgence préhospitaliers ("Emergency Health Services"); ces derniers demeurent toutefois peu développés en régions périphériques. Une seule exception: la province de l'Ontario a mis sur pied un programme de développement et de financement des urgences préhospitalières, supporté par le gouvernement, qui est valable pour l'ensemble de la province.

Au Canada, il n'y a donc pas de "système" qui, à l'heure actuelle, soit d'un niveau comparable avec les systèmes d'urgence et les services de traumatologie qui existent aux Etats-Unis (Cass, 1987). L'hôpital Sunnybrook à Toronto, avec son unité de traumatologie, constitue l'unique service régional de traumatologie de tout le Canada! Il faut cependant reconnaître que même l'Ontario, avec la répartition géographique de sa population et l'immensité de son territoire, constitue un formidable défi pour l'administration intégrée d'un système d'urgence et d'un service de traumatologie, bien plus que l'Illinois ou même le Maryland où de tels services sont implantés depuis longtemps.

---

(1) Au niveau fédéral, on retrouve cependant certaines directives pour l'établissement de normes régissant les services spéciaux, dont en particulier les services d'urgence préhospitaliers (guides relatifs aux programmes institutionnels). Ces directives émanent d'un Comité fédéral-provincial composé des directeurs d'ambulances de la plupart des provinces, représentés au ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social. Le comité diffuse ces directives auprès des établissements et organismes sanitaires des provinces, mais il n'a qu'un pouvoir de recommandation et ne peut donc exiger ou s'assurer que ces directives sont appliquées pour l'ensemble du pays. Néanmoins, elles démontrent l'intérêt du Canada de se doter d'exigences et de standards uniformes pour les systèmes d'urgence préhospitaliers dans l'ensemble du pays (Rapport du sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels, 1985).

Depuis quelques années, l'influence des Services Médicaux d'Urgence (EMS) tels qu'ils se sont développés aux Etats-Unis s'est donc manifestée dans plusieurs grandes villes canadiennes. Dans la plupart des cas on retrouve, par conséquent, les principaux éléments qui caractérisent les services médicaux d'urgence américains: systèmes de communication, système de transport, services de paramédics, etc.

Des motifs géographiques, culturels ou économiques expliquent sans doute que ce soient les provinces de l'Ouest qui, au Canada, ont été plus sensibles à l'influence et aux expériences préhospitalières américaines. En effet, ces provinces ont développé depuis les années 80 des services de paramédics et des systèmes d'urgence relativement intégrés, du moins au niveau des villes, alors que les provinces de l'est du pays, y compris les provinces maritimes, ne sont pas encore rendues à ce niveau de développement.

A Victoria, Vancouver, Calgary, Edmonton, Toronto et Hamilton, on retrouve des services de paramédics qui sont similaires à ceux décrits précédemment pour les Etats-Unis; quelques autres villes tentent également de développer de tels programmes (par exemple, Saint-Jean au Nouveau-Brunswick) (Schaab, 1986). En banlieue de Montréal, dans la municipalité anglophone de Pointe-Claire, une dizaine d'individus ont suivi récemment un cours de formation avancée de niveau paramédic d'une durée de 1940 heures, sous la supervision d'un directeur de formation de l'Université Northeastern de Boston et avec l'approbation du National Registry américain (1). C'est un projet-pilote issu de l'entreprise OSMOCO, du service ambulancier Baldwin-Cartier et du Service d'incendie de Pointe-Claire, avec l'approbation du ministère canadien de l'Emploi, de la Main d'oeuvre et de la Sécurité du revenu ainsi que la Commission québécoise de formation professionnelle (Anonyme, 1986a). Selon les lois québécoises toutefois, seuls les médecins peuvent dispenser les soins

---

(1) Il est intéressant de mentionner que selon le rapport annuel du National Registry aux Etats-Unis, au 31 octobre 1986, on comptait près de 700 Canadiens enregistrés comme techniciens médicaux d'urgence de base, cinq de niveau intermédiaire et une trentaine de niveau paramédic.

d'urgence avancés avec médicaments, solutés et chocs électriques (1), alors que les techniciens paramédicaux peuvent poser ces gestes dans d'autres provinces canadiennes (en Colombie-Britannique et en Alberta, et à titre de projets-pilotes dans les villes de Toronto et Hamilton en Ontario). L'expérience de Pointe-Claire ne peut donc mettre en place des services de paramédics très développés; elle n'en demeure pas moins un exemple typique de la stratégie canadienne de développement des soins préhospitaliers d'urgence, basée davantage sur des initiatives communautaires locales que sur une planification provinciale articulée (sauf en Ontario).

En 1984-85, le Québec se situait, par rapport au reste du Canada, au septième rang relativement aux sommes investies "per capita" dans les services ambulanciers, tandis que les provinces de l'Ouest et l'Ontario se situaient dans les quatre premiers rangs (voir le tableau III.4). On estime généralement que le Canada, dans l'ensemble, a près de dix années de retard sur les Etats-Unis concernant les soins d'urgence avancés (ACT Foundation, 1986). Selon la Fondation canadienne des soins avancés en urgences coronariennes (l'ACT), une personne sur cinq aux Etats-Unis a reçu une formation en réanimation cardio-respiratoire (RCR), alors que la moyenne au Canada atteint un citoyen adulte sur soixante. Les soins paramédicaux, qui sont disponibles dans la plupart des villes aux Etats-Unis, n'existent seulement que dans les quelques grandes villes canadiennes mentionnées précédemment (Anonyme, 1986b). Par ailleurs dans une grande partie du Canada, certains observateurs constatent que même si les T.M.U. se spécialisent en soins avancés, ils doivent souvent, faute de moyens, se limiter à l'application des soins de base dans leur travail (Le Droit, 30 juin 1986).

---

(1) Vers le milieu des années 1970, au Cegep Dawson à Montréal, il s'est déjà donné une formation en ce sens, suspendue en 1982 par ordre du gouvernement.

TABLEAU III.3

## COMPARAISONS INTERPROVINCIALES ENTRE CERTAINS ELEMENTS DU SYSTEME AMBULANCIER CANADIEN

TYPES D'ENTREPRISES			NIVEAU JURIDIQUE		NIVEAU MATERIEL (VEHICULE)				TARIFICATION	
Provinces	Privées	Publiques	Loi	Règlement	Sylbole exigé	Couleur	Lumière d'urgence	Modèle	Prise en charge	kilomètre
Colombie-Britannique		Relève du Ministère (186)	Health Emergency Act (Certifié après 3 ans)	Oui	Le mot ambulance avec croix et l'emblème de la Colombie-Britannique.	Blanc avec lignes oranges	Rouge et blanc	Dodge & Ford Van	28 \$ (inclus 40 km)	1,29 \$/km (- de 40 km)
Alberta	(58)	Hôpitaux (50) Municipalités (50)	Public Health Act Revision: Ambulance Act	Règlement sur les ambulances et l'assistance médicale d'urgence	Le mot ambulance, la croix de vie et le numéro de l'unité.	Blanc avec lignes oranges	Rouge et blanc	Dodge & Ford Maxi Van Modulaire	35 \$ à 80 \$	0,35 à 0,75 \$/km
Manitoba	4	Municipalités (77) Pompiers (2)	Ambulance Services Act (non proclamé)	-	E.M.S. plus l'insigne médical.	Blanc et orange avec lettrage bleu	Rouge et Rouge et bleu (non approuvé)	Maxi Van Modulaire	60 \$ à 140 \$	1 \$ à 2 \$/km
Nouveau Brunswick	(12)	Industrielles (12) Municipalités (54) Hôpitaux (10)	Soumise partiellement proclamée	En rédaction.	"Ambulance". Nom de l'entreprise sur les portes.	Blanc avec lignes	Rouge	Maxi Van Modulaire	0,00 à 70 \$	0,10 à 1,00 \$/km
Nouvelle-Écosse	58	Hôpitaux (12)	Aucune	-	"Ambulance" Emblème de l'Association des ambulanciers.	Bleu avec lignes blanches	Rouge et blanc Bleu et rouge	Van Maxi Van	51,20 \$ Entreprises 48,70 \$ Hôpitaux	0,595 \$/km
Île-du-Prince-Édouard	(15)	-	Oui	Oui	"Ambulance" et nom du propriétaire.	Blanc avec lignes oranges	Rouge	Ecolonine	60,25 \$	0,72 \$/km
Terre-Neuve	24	Hôpitaux (12) Municipalités & Bénévoles (29)	Public Utilities Act et Public Health Act	Règlement découlant de la Loi (en revision)	"Ambulance" et la croix de vie. Publicité acceptée.	Blanc avec lignes rouges	Rouge Jaune	Van Modulaire	35 \$ à 50 \$	0,50 à 0,605 \$/km
Québec	176	Municipalités (12)	Loi sur la protection de la santé publique d'attestation de conformité émise par le Ministère			Jaune	Rouge	Ecolonine (Van, Maxi Van modulaire) (en revision)	70 \$	1,75 \$/km parcouru
Ontario	75	Hôpitaux (68) Municipalités (17) Gouvernement (9) Bénévoles (36)	Ambulance Act	Oui Inclus dans la Loi	"Ambulance" avec sylbole de l'Ontario.	Blanc-beige avec bandes oranges	Rouge et blanc	Maxi Van	22 \$ Résident 44 \$ Non-résident (moins de 40 km)	1,10 \$/km (- de 40 Km)
Alberta	35	Pompiers & Hôpitaux (35) Bénévoles (35)	Health Disciplines Act	Oui	A venir par règlement.	Pas spécifique	Rouge	Maxi Van Modulaire Van Jeep	Varié	1,56 \$/km avec option

Source: Tiré d'un tableau du document: Analyse conjonctuelle du transport ambulancier au Québec à l'extérieur de la région 06-A, MSSS, 1987.

TABLEAU III.4

TOTAL AND PER CAPITA COSTS OF ALL AMBULANCE SERVICES

(INCLUDING USER'S FEES)

BY PROVINCE

<u>PROVINCE</u>	<u>POPULATION</u>	<u>TOTAL COST 1984-85</u>	<u>TOTAL COST PER CAPITA 1984-85</u>	<u>PROJECTED COST PER CAPITA 1985-86</u>
British Columbia	2,800,000	\$ 51,800,000.	\$ 18.50	
Alberta	2,237,725	\$ 36,900,000.	\$ 16.49	
Ontario	8,683,600	\$128,200,000.	\$ 14.76	\$ 17.03
Saskatchewan	968,310	\$ 10,400,000.	\$ 10.70	
Nova Scotia	847,445	\$ 8,505,000.	\$ 10.03	
Manitoba	1,026,245	\$ 9,600,000.	\$ 9.35	\$ 10.30
Quebec	6,438,400	\$ 56,500,000.	\$ 8.79	\$ 12.29
P.E.I.	123,000	\$ 976,600.	\$ 7.94	
New-Brunswick	695,405	\$ 4,151,600.	\$ 5.97	
TOTAL:	23,820,130	\$307,033,200.	\$ 12.89 (average)	

SOURCE: COMPILED AT AMBULANCE DIRECTOR'S MEETING  
APRIL 17-19, 1985  
ANRPRIOR, ONTARIO

## 2.2 Quelques expériences dignes de mention

Dans la plupart des provinces, les unités de sapeurs-pompiers semblent être les premiers intervenants auprès des victimes d'accidents graves de la route parce qu'ils manoeuvrent l'équipement de désincarcération. Dans une grande partie du Canada, notamment en régions sub-urbaines et éloignées, la plupart des services de secours sont organisés sur une base volontaire, les premiers intervenants étant en conséquence de nature et de formation très variées.

En Alberta, des hélicoptères spécialement équipés assurent le transport des patients des régions éloignées vers les services spécialisés des hôpitaux de Calgary via le programme STARS (Shock Trauma Air Rescue Society) (Banks, 1987). A Edmonton, le système ambulancier urbain offre de plus un service régional unique au Canada.

Depuis 1983, on y poursuit en effet une expérience par autobus-ambulance de 10,7 mètres, pouvant recevoir une dizaine de patients en civière et sept patients capables de marcher. Cet autobus a tout d'abord été conçu pour répondre aux situations d'urgences multiples causées par des désastres ou des sinistres graves comme les accidents ferroviaires ou les explosions accidentelles de gazoducs. Ce véhicule n'est toutefois pas seulement réservé aux situations d'urgences, mais il est aussi utilisé pour le transport inter-établissement sur grande distance, parfois même jusqu'en Colombie-Britannique ou en Saskatchewan. Dans l'agglomération d'Edmonton, on utilise de plus un mini-bus pouvant recevoir quatre patients en civière et deux patients ambulatoires, pour le transport inter-établissement. Les autres véhicules ambulanciers dans ces régions sont ainsi plus disponibles pour répondre aux appels urgents (Anonyme, 1987a).

En Alberta, près de la moitié des services ambulanciers font appel à des infirmières certifiées pour dispenser les soins préhospitaliers. L'Alberta est également la seule province au Canada qui n'a pas encore de loi sur les services ambulanciers ("Ambulance Act"),

ceux-ci étant sous la responsabilité exclusive des municipalités (Berting, 1986a).

En Colombie-Britannique, il y a environ 700 paramédics et près de 2 000 techniciens-ambulanciers ayant une formation minimale de base de premier niveau (EMA-first level).

Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'Ambulance Saint-Jean administre des postes de secourisme et assure le seul service ambulancier (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986).

Dans les provinces maritimes, les services ambulanciers et les services d'urgence en général ne sont pas encore très bien développés. Par exemple, à Terre-Neuve, les ambulances ne transportent que des équipements minimum de secourisme, tels des masques à oxygène, des couvertures et des oreillers. La plus grande partie des services ambulanciers terreneuviens n'utilise en fait qu'un seul conducteur de véhicule sans assistance. Sur vingt-deux entreprises privées à Terre-Neuve (excluant la dizaine de services ambulanciers rattachés à des hôpitaux), deux seulement utilisent un second assistant en plus du conducteur. En 1983, le Département de Santé a conduit une étude visant à établir l'orientation future des services ambulanciers pour Terre-Neuve et le Labrador. Déposé en 1985, le gouvernement a refusé de rendre public ce rapport, tant la situation est désastreuse (Anonyme, 1987b)... Au Nouveau-Brunswick, en milieu rural, c'est encore l'Ambulance Saint-Jean qui assure le service ambulancier (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986).

En résumé, ailleurs au Canada, les systèmes d'urgence semblent bien intégrés au niveau de certaines grandes villes, mais ils demeurent dans un état embryonnaire en régions plus éloignées. Malgré la présence de services de paramédics et de systèmes d'urgence relativement centralisés, la plupart des grandes villes canadiennes (outre Toronto) n'ont pas encore développé de service de traumatologie ("Trauma Center"), et bien peu d'entre elles ont mis sur pied des systèmes de transport par hélicoptère pour répondre aux urgences préhospitalières.

Nous allons donc en conclusion à ce chapitre présenter de manière un peu plus détaillée en quoi consiste l'expérience ontarienne, car elle nous semble un exemple éclairant d'effort concerté de développement d'un système provincial d'ensemble bien intégré.

## **2.3 Le système ontarien d'urgences préhospitalières**

### **2.3.1 Le contexte légal et organisationnel du système**

En 1966, l'Ontario se dote d'une loi concernant les services ambulanciers (the "Ambulance Act"), qui donne au gouvernement provincial l'obligation et l'autorité nécessaires pour fixer les conditions minimales d'émission et d'exploitation des permis, pour établir la standardisation et la coordination des services ambulanciers, et pour décréter des normes et des modalités de contrôle des systèmes de communication. En effet, avant 1966, la situation des services ambulanciers n'était guère reluisante. Elle était, en fait, relativement similaire à celle qu'on retrouvait aux Etats-Unis avant l'établissement des Services Médicaux d'Urgence (Cass, 1987) ou au Québec avant les législations des années 1970.

C'est à partir de 1975 toutefois que des amendements majeurs apportés à la loi ontarienne fourniront les principaux éléments qui caractériseront dans les années 80 le système d'urgence préhospitalier de cette province: régulation des zones d'exploitation et du licenciement des services ambulanciers, qualification du personnel, standardisation des véhicules et des équipements, élaboration des normes d'interventions préhospitalières, organisation du transport terrestre et aérien, mise en place d'un système central de répartition des services ambulanciers, etc. (Ministry of Health, 1986a). C'est donc seulement durant la présente décennie que l'on implantera progressivement un système moderne de prise en charge des urgences pour l'ensemble de la province, l'Emergency Health Services (EHS), coordonné par le ministère de la Santé. L'EHS est défini comme un système composé des mêmes quinze composantes que les EMS américains décrits au chapitre précédent. Le but de l'EHS: fournir aux victimes d'accidents les services préhospitaliers

et hospitaliers (réponse rapide, traitement d'urgence, système de transport et accès aux soins médicaux hospitaliers appropriés à travers toute la province) leur permettant d'avoir les meilleures chances possibles de survie et de réhabilitation, afin de réduire les taux de mortalité et de morbidité accidentelles (Ministry of Health, 1986a).

L'administration du programme se caractérise par deux palliers d'organisation: une unité de développement et de planification ainsi qu'une unité de services ambulanciers. La première est responsable du développement des politiques et des nouveaux programmes, de la formation du personnel ambulancier et du contrôle de la qualité de services dispensés par le système de transport ambulancier. La seconde unité est responsable de la gestion et de la planification du système de transport aérien, de l'opération directe de neuf services ambulanciers terrestres et de cinq services ambulanciers aériens ainsi que de la planification et de la réalisation des héliports pour l'ensemble de l'Ontario (Ministry of Health, 1986a). Le ministère accorde des subventions de l'ordre de 100% pour tous les services ambulanciers, et il fournit tous les véhicules et équipements de télécommunications (à l'exception du Toronto métropolitain où les subventions gouvernementales pour les véhicules et équipements sont de 75%).

En 1985-1986, le budget total relié aux coûts de fonctionnement du programme EHS était de 131 874 700 \$ et il employait directement 484 personnes à plein temps. Sur le terrain, il existe cinq modes d'organisation des services ambulanciers. Ils peuvent être administrés par des hôpitaux (65), des agences privées (71), des organismes volontaires (32), des municipalités (5) ou par le ministère lui-même (9) (Ministry of Health, 1986a).

L'originalité d'une telle procédure de fonctionnement est que même si les services ambulanciers sont dispensés par des organismes privés, il n'est pas possible de faire des profits d'opérations puisque chaque budget est soumis au ministère et contrôlé par le gouvernement. Les entreprises privées reçoivent en fait une compensation financière du ministère pour faire fonctionner le service ambulancier, mais à partir

de coûts de base contrôlés par le gouvernement. On calcule tout simplement le nombre d'heures d'administration requises pour gérer un service ambulancier à partir de la taille de la population à desservir; ces budgets de fonctionnement comprennent de plus les salaires et le temps de gestion d'un assistant et d'une secrétaire et les services d'un comptable. Les propriétaires privés se retrouvent donc de cette façon plus ou moins "gérants" de services ambulanciers qui, même s'ils sont à but lucratif, ne peuvent toutefois générer des profits de fonctionnement. De plus, les services ambulanciers ne peuvent en aucun cas appartenir à des entreprises de pompes-funèbres et il est aussi interdit de transporter des morts dans une ambulance, ce qui résout en Ontario des ambiguïtés qui perdurent encore au Québec malgré les réformes annoncées récemment.

### 2.3.2 Projets pilotes d'utilisation des paramédics

En 1983, le ministère de la Santé entreprend l'implantation d'un programme pilote de formation de niveau paramédic à Toronto et Hamilton. Les objectifs de ce projet pilote visent, entre autres: à valider la forme et le contenu du programme de formation de niveau paramédic; à préciser les implications légales et le support opérationnel nécessaires pour l'établissement de services de paramédics; à préciser les coûts d'opération pour établir des services avancés en réanimation (Advanced Life Support - ALS) pour l'Ontario.

Au total, trente-neuf paramédics ont été formés (douze à Hamilton et vingt-sept à Toronto) (1). En 1984 et 1985, ces paramédics ont traité près de 6 000 patients et ils ont réalisé 5 719 procédures médicales déléguées. Selon les données recueillies, le plus fréquent des traitements d'urgence dispensés par les paramédics était relatif aux soins cardiaques (1 652 cas cardiaques, 836 cas de traumatologie, 604 patients en difficulté respiratoire et 2 815 patients traités pour

---

(1) En Ontario, un paramédic est défini comme une personne qui a au départ la certification du préposé en soins médicaux d'urgence et qui, sous la supervision d'un médecin, peut poser un ou plusieurs gestes médicaux.

diverses autres situations: épilepsie, diabète, etc.) (Ministry of Health, 1986b; Anonyme, 1986c).

Selon les conclusions du rapport de ce projet pilote, l'implantation des services de paramédics en Ontario peut techniquement se réaliser. Néanmoins, on estime que les procédures médicales dispensées par les paramédics devraient être adaptées à partir des besoins locaux et supportés par la communauté médicale locale. Le ministère de la Santé cherche de plus à étendre les services de paramédics à cinq nouvelles régions au cours des prochaines années: London, Niagara, Ottawa, Sarnia et Sudbury (Anonyme, 1986c).

Il est apparu enfin que les services de niveau paramédic au sein des communautés n'étaient véritablement efficaces que lorsqu'on rencontrait les conditions préalables suivantes:

- Des services ambulanciers de base efficaces;
- Une coopération entre les secteurs hospitalier et préhospitalier;
- Un grand public formé en RCR;
- Un support médical pour les soins avancés préhospitaliers;
- Une centrale de répartition des ambulances;
- Un numéro de téléphone unique comme le 911;
- Une coopération avec les hôpitaux locaux pour fournir un service d'urgence 24 heures sur 24 avec la présence d'un médecin sur place (Ministry of Health, 1986b).

### **2.3.3 L'expérience ontarienne: un modèle?**

Récemment, le ministère de la Santé a entrepris un guide pour la catégorisation des centres de traumatologie, ce qui est un pas important pour le développement d'un système d'urgence capable de répondre aux besoins de traitements des polytraumatisés. Ce système de classification établit quatre niveaux, selon les capacités de soins en traumatologie dispensés par les hôpitaux (Ministry of Health, 1986c). De plus, plusieurs autres projets liés à l'EHS sont en voie de réalisation.

Tout en étant bien développé et bien articulé sur le plan administratif et législatif, l'Ontario établit progressivement, à partir de critères régionaux, son système d'urgence préhospitalier pour l'ensemble de la province. A l'heure actuelle, les services sont en fait loin d'être tous similaires et il existe des variations importantes entre les différentes régions (le nord et le sud notamment). Par exemple, deux villes seulement peuvent bénéficier des services de paramédics et environ 50% de la population a accès au 911 (Berting, 1986b). La standardisation des programmes de formation du personnel est chose maintenant réglée, mais on est loin encore d'avoir développé toutes les infrastructures nécessaires pour l'établissement d'un véritable système d'urgence préhospitalier à la grandeur de la province: régionalisation des services hospitaliers et préhospitaliers, désignation des centres de traumatologie, programmes d'information et d'éducation du public, établissement du 911, ou encore services de paramédics.

En dépit de ces variations, la province de l'Ontario complète avec succès la première phase du développement intégré de son programme EHS, et elle cherche maintenant à développer la deuxième, qui vise à implanter des soins avancés préhospitaliers à la grandeur de la province. En somme, le système ontarien est basé sur le modèle développé aux Etats-Unis et il s'inspire grandement de la législation américaine du Emergency Medical Services System Act de 1973, tout en étant appliqué spécifiquement à la situation ontarienne. Par ses réglementations et son mode de financement, il nous apparaît comme étant probablement, à l'échelle d'un état ou d'une province, un des systèmes d'urgence préhospitaliers les mieux développés en Amérique du Nord!

### **3.0 CONCLUSION**

Ce bref survol du système ontarien, face auquel le système québécois peut apparaître comme un parent bien pauvre, termine donc cette première section de notre rapport où nous avons présenté diverses situations relatives à la prise en charge des urgences préhospitalières

dans quelques pays. Nous allons maintenant aborder de manière beaucoup mieux informée les trois chapitres de la seconde section de ce rapport, où les mécanismes de formation/information des premiers intervenants sont présentés.

## TABLEAU III.1

## Transport ambulancier québécois

La législation et ses réglementations

<u>Années</u>	<u>Législation et réglementations</u> <sup>(1)</sup>
Avant 1972	- Aucune réglementation.
1972	- Loi sur la protection de la santé publique. (Législation visant entre autres les services d'ambulance au Québec). Premier encadrement des services ambulanciers: demande, émission et encadrement des permis.
1974	- Mise en vigueur du volet ambulancier de cette Loi.
1976	- La première réglementation touchant les services ambulanciers est mise en application. <ul style="list-style-type: none"> <li>. Elle fixe les conditions minimales pour l'obtention d'un permis.</li> <li>. Elle fixe les normes minimales des véhicules et des équipements.</li> <li>. Elle fixe les qualifications requises d'un exploitant, d'un préposé et d'un conducteur d'ambulance.</li> <li>. Elle fixe l'obligation de remplir une "déclaration de transport".</li> </ul>
1981	- Divers amendements ont été apportés à la loi modifiant diverses dispositions législatives dans le domaine de la santé et des services sociaux. Cette loi vient préciser les pouvoirs du Ministre, et confie au CRSSS Montréal-Métro des pouvoirs accrus en vue de solutionner le problème de l'accessibilité aux services d'urgence dans la région métropolitaine de Montréal. <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cette loi permet notamment au Ministre de contourner le nombre de permis et le nombre d'ambulances, ainsi que d'imposer la tarification obligatoire dans le domaine du transport ambulancier.</li> </ul>
1984	- Adoption d'une nouvelle loi (c. 47) par l'Assemblée nationale. Cette loi confère au Ministre certains pouvoirs relatifs au transport ambulancier (par exemple: elle permet au Ministre de confier des

(1) Source: Gouvernement du Québec (1986).

pouvoirs et des responsabilités accrus aux CRSSS sans avoir à procéder à une modification de la loi).

1985

- Le Ministre délègue aux CRSSS des pouvoirs additionnels au chapitre du transport ambulancier. En vertu de ces pouvoirs et avec l'approbation du Ministre, les CRSSS peuvent:
  - . délivrer les permis d'exploitation conformément à la loi,
  - . déterminer les zones de services,
  - . fixer le nombre maximal de véhicules,
  - . fixer les normes de transport entre les établissements,
  - . fixer les normes d'inspection, d'équipement, de fonctionnement et de qualification du personnel,
  - . déterminer les conditions pour l'obtention d'un permis,
  - . fixer les exigences administratives entourant le renouvellement des permis, et,
  - . déterminer les mesures en vue d'assurer la protection et la sécurité des passagers transportés.

1988(1)

- Le Ministre propose des modifications importantes au système.
  - . Confier à une corporation autonome sans but lucratif plutôt qu'au CRSSS la gestion d'Urgences-santé à Montréal.
  - . Uniformiser à 825 heures une formation des ambulanciers de niveau collégial.
  - . Financer sous forme de budget global les entreprises ambulancières.
  - . Définir provincialement les conditions de travail et la rémunération des ambulanciers, de manière à assurer une uniformité de ces conditions et à garantir une stabilité d'emploi en régions.
  - . Établir des centrales de coordination des appels urgents, dans deux régions pilotes d'abord puis dans l'ensemble du Québec par la suite.

---

(1) Sources: Pochette de presse du MSSS; couverture par les quotidiens de la réforme du début mars 1988; communications personnelles avec le cabinet du ministre Dutil.

## REFERENCES

- ACT Foundation (1986); La fondation canadienne pour les soins avancés en réanimation coronarienne, The Advanced Coronary Treatment Foundation of Canada, document miméographie, 8 pages.
- Ambulance Saint-Jean du Canada (1986); Rapport annuel 1986, Ottawa, 33 pages.
- Anonyme (1986a); in JASMU, Journal pour l'avancement des soins médicaux d'urgence, 1 (1): 16.
- Anonyme (1986b); Canadian Emergency Services News, "Canada Trails U.S. in citizen CPR training", July: 95.
- Anonyme (1986c); "Paramedics to be phased-in across Ontario within five years", Canadian Emergency Services News, Oct./Nov./Dec.: 47.
- Anonyme (1987a); "Urban Ambulance Service Offers Regional Support", Emergency Prehospital Medicine, 2 (1): 11.
- Anonyme (1987b); "Newfoundland Ambulance Operators Demand Changes", Emergency Prehospital Medicine, 2 (1): 5.
- Banks, Sally (1987); "Alberta Air Ambulance may be Permanently Grounded", Canadian Journal of Prehospital Medicine, 1 (5): 5.
- Bédard, Simon (1983); Qui a tué Télé-Médic?, Libre Expression, Montréal, 191 pages.
- Berting, Randi (1986a); "Alberta ambulance operators criticize standards", Canadian Emergency Services News, July: 76-78.
- Berting, Randi (1986b); "Air ambulance success depends on back-up system", Canadian Emergency Services News, July: 88-99.
- Cass, Daniel E. (1987); "A History of Concepts in Emergency and Trauma Medicine from World War II to the Present", Canadian Journal of Prehospital Medicine, 1 (5): 5-17.
- Comité conjoint MSSS-MESS (1986); Demande d'implantation d'une attestation d'études collégiales en Techniques ambulancières, Sainte-Foy, 40 pages.
- Corriveau, M. (1988); "L'ambulance au service des malades"; Le Soleil, 7 mars.
- CRSSSM (1985); Le CRSSSM présente Urgences santé; Conseil de la santé et des services sociaux de la région de Montréal métropolitain, Direction de l'information et relations avec la population, 7 pages.

- C.S.N. (1986); Les services de soins préhospitaliers (Services ambulanciers), Montréal, document miméographie, 33 pages.
- Deschênes, Jean-Claude (1974); Système d'urgence médicale. Région 06A: Rapport synthèse, Comité des services d'urgence du Montréal métropolitain, 20 pages.
- Drouin, Richard (1986); Rapport de médiation concernant le différend entre certains propriétaires ambulanciers de la région 06B et de la région 06C et le Rassemblement des employés techniciens-ambulanciers de la Rive-Nord et de la Rive-Sud, 33 pages.
- Forget, Claude (1987); Le transport ambulancier au Québec: Etat de la situation et options, Secor, 144 pages.
- Gouvernement du Québec (1986); Transport ambulancier, Bilan annuel en regard de la loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., C.P.-35) et de sa réglementation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction générale de la santé, 46 pages.
- Marois, Pierre (1985); Rapport du Tribunal d'arbitrage concernant certaines conditions de travail dans le domaine du transport ambulancier du Montréal-Métropolitain, Montréal, 70 pages.
- Ministry of Health (1986a); Ontario Ministry of Health-Emergency Health Services, August: 18 pages.
- Ministry of Health (1986b); Advanced Life Support: Pilot Program Report, 1986, Emergency Care Programs, Emergency Health Services, Ontario, September, 33 pages.
- Ministry of Health (1986c); Directions for the Development of Emergency Health Services in Ontario, Part III: Hospital Emergency Health Services, Chapter 9: Critical Care - (A) Trauma Facilities, Emergency Health Services, Emergency Care Programs, April: 25 pages.
- MSSS (1987); Analyse conjonctuelle du transport ambulancier au Québec à l'extérieur de la région 06-A, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.
- Noël, André-Denis (1987); "Les systèmes d'urgence préhospitaliers en Amérique du Nord", JASMU, 2 (5): 22-26.
- Rapport du sous-comité sur les guides relatifs aux programmes institutionnels (1985); Services d'urgence préhospitaliers, Direction des services de santé, Direction générale des services et de la promotion de la santé, Ministère de la Santé et du Bien-être social, Ottawa, 30 pages.
- Schaab, Dorothea (1986); "Ambulance attendants upgrading skills in Greater Saint John, N.B. region", Canadian Emergency Services News, July: 84-86.

Tremblay, Gilles (1987); Rapport sur la tarification du transport par ambulance, Commission des transports du Québec, Montréal, 55 pages.

**SECTION II**

**LES PROCESSUS DE FORMATION/INFORMATION  
DES PREMIERS INTERVENANTS**

## **CHAPITRE IV**

### **LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS AILLEURS DANS LE MONDE**

## **0. INTRODUCTION**

L'une des composantes essentielles de l'organisation des services médicaux d'urgence est, sans conteste, la formation des premiers intervenants puisqu'elle détermine en bonne partie la qualité des soins immédiats donnés aux victimes et, par conséquent, une partie des taux de mortalité et de morbidité. En fait, les différents niveaux de formation offerts aux premiers intervenants dépendent partout dans le monde du niveau général de développement et d'organisation des secours d'urgence offerts à la population. Par exemple, aux Etats-Unis, ce ne sont pas tous les états américains qui offrent des services de paramédics. En effet, la plus grande partie des interventions préhospitalières est dispensée par des techniciens médicaux d'urgence ayant simplement la formation de base requise par les programmes nationaux développés par l'administration américaine (NHTSA, 1986). De ce fait, les niveaux de formation des premiers intervenants varient d'un bout à l'autre du pays.

Ce chapitre présente donc certaines expériences internationales de formation des premiers intervenants auprès des victimes d'accidents de la route. Nous verrons quels sont, pour les Etats-Unis, la France, la Suisse, l'Australie, l'Angleterre et quelques autres pays, les programmes de formation offerts aux premiers intervenants (premiers répondants, policiers, sapeurs-pompiers et ambulanciers) formellement intégrés aux organisations de services médicaux d'urgence. Le chapitre V pour sa part s'attarde aux intervenants "formels" du Québec, en les comparant avec ce qui se passe ailleurs. Le grand public ne sera donc pas considéré dans les chapitres IV et V comme un acteur "formel" de l'organisation des secours d'urgence; le chapitre VI de notre rapport se penchera toutefois de manière plus détaillée sur les programmes de formation/information qui lui sont destinés.

## **1. LES NORMES DE FORMATION AUX ETATS-UNIS**

Une des réalisations importantes de la mise en place des services médicaux d'urgence aux Etats-Unis, dans les années 1970, fut la

standardisation des programmes de formation offerts au personnel ambulancier. Ces programmes eurent d'abord comme objectifs: 1) d'améliorer la qualité des interventions préhospitalières et 2) de hausser le niveau de compétence du personnel ambulancier. Il faut en effet se rappeler que quelques années auparavant, les candidats avaient à peine une formation élémentaire en secourisme et que les processus de certification et de supervision du personnel ambulancier étaient inexistantes. Selon certains relevés, il existait alors plus de quarante-huit programmes de formation, offrant à nos voisins du sud un assemblage de connaissances, brochures et livres les plus divers (Boyd, 1983).

Depuis, des processus de standardisation des programmes de formation existent pour chaque catégorie d'intervenants oeuvrant au sein de la chaîne préhospitalière. Comme nous l'avons déjà souligné, il existe quatre principaux niveaux de personnel susceptible d'intervenir directement dans l'assistance aux blessés: les premiers répondants, les techniciens médicaux d'urgence de base (EMT-A), les techniciens médicaux d'urgence de niveau intermédiaire (EMT-I) et les techniciens médicaux d'urgence de niveau paramédic (EMT-P).

Aux Etats-Unis, c'est le National Highway Traffic Safety Administration (NHTSA) qui assume la responsabilité entière de développer, superviser et promouvoir les standards de formation établis par le Highway Safety Act de 1966. Des programmes-cadres sont ainsi proposés comme guides nationaux à travers tous les Etats-Unis.

Chaque programme de formation fait l'objet d'un processus rigoureux d'enseignement, revu et corrigé par des autorités consultantes reconnues en la matière (par exemple, l'American Academy of Orthopedic Surgeons, l'American College of Emergency Physicians ou encore l'American College of Surgeons). De plus, chaque guide de formation comprend des considérations relatives à la qualification des instructeurs, à l'enseignement, aux équipements didactiques nécessaires ainsi qu'à l'évaluation des candidats; il renferme également des recommandations concernant la formation continue et les processus de certifica-

tion/recertification, obligatoires pour tous les techniciens médicaux d'urgence dans l'ensemble du pays.

Ces standards nationaux de formation ont été conçus de manière à établir la formation minimale acceptable pour dispenser les soins nécessaires en cas d'urgence. Toutefois, chaque état peut s'il le désire hausser les dits standards de formation et formuler ses propres exigences concernant les qualifications du personnel. Depuis 1971, c'est cependant le National Registry of Emergency Medical Technicians (NREMT) qui sert d'organisme national pour l'évaluation et la certification/recertification de l'ensemble des techniciens d'urgence aux Etats-Unis.

### 1.1 La formation du premier répondant ("First Responder")

Rappelons tout d'abord que le premier répondant est la première personne apte à dispenser les premiers soins qui arrive sur les lieux d'un accident; à ce titre, il constitue le premier maillon formel de la chaîne préhospitalière. De façon générale, la formation de premier répondant s'adresse aux professionnels des services publics (policiers ou pompiers), aux volontaires d'un organisme de secours ou encore à des employés municipaux ou autres agents locaux. Il est en quelque sorte un "volontaire permanent" des services publics locaux. Il ne fait pas partie toutefois d'un service ambulancier ou d'une équipe de secours professionnelle, dont les personnes sont généralement mieux formées et mieux équipées (par exemple, certaines patrouilles de secours sur les autoroutes). Sa formation correspond, selon les états, à une formation en secourisme (de base ou avancée) et en réanimation cardio-respiratoire (RCR) qui, idéalement, selon les standards de l'American Academy of Orthopedic Surgeons, doit être mise à jour tous les six mois.

Les objectifs d'ensemble du programme visent, comme pour toutes les autres catégories d'intervenants, à améliorer la qualité des soins médicaux d'urgence dispensés auprès des blessés et des victimes d'accidents. Le programme de formation offert ("Emergency Medical

Services First Responder Training Course") prévoit vingt-huit leçons requérant un minimum de 40 heures de formation en classe et de formation pratique. En fait, la durée de formation réelle dépendra des responsabilités du premier répondant dans chaque région, ainsi que de l'équipement qui lui sera disponible (NHTSA, 1979). Normalement, le premier répondant n'est pas responsable du transport des patients; il arrive toutefois dans certaines situations qu'il puisse transporter des victimes, si les blessures ne menacent pas la vie du blessé.

Il n'y a pas d'expérience ou de formation a priori requises pour suivre cette formation. Certifié au terme du programme, l'étudiant sera donc non seulement capable de dispenser les soins d'urgence de base mais il devra également être capable de prendre toutes les mesures nécessaires pour réduire les souffrances du patient et prévenir les complications.

Le programme de formation a été conçu de façon à ce que le premier répondant puisse assurer les premiers soins dans les conditions médicales suivantes: obstructions respiratoires, attaques cardiaques et arrêts du coeur, hémorragies internes et externes, fractures, entorses, comas diabétiques, chocs insulinaires, urgences pédiatriques, crises, abus d'alcool ou de drogues, poisons, brûlures dues à la chaleur ou au froid. Le programme prévoit également une formation pratique pour l'utilisation d'équipement simple: bandages, pansements, attelles. Une leçon prévoit l'utilisation du masque à oxygène ou de l'équipement en réanimation, lorsque ceux-ci sont disponibles (NHTSA, 1979).

On reconnaît que les responsabilités du premier répondant peuvent être multiples et variées selon les situations. Dans cette perspective on encourage donc une formation complémentaire à des techniques d'extraction de véhicules accidentés ou à d'autres procédures de secourisme, particulièrement pour les victimes d'accidents de la route.

En règle générale, la formation est dispensée par les bureaux régionaux responsables de l'organisation des services médicaux d'urgence (EMS) ou par le département de santé, ces derniers étant

également responsables de l'administration du programme et de l'évaluation des candidats. Les mesures d'évaluation comportent généralement un examen écrit et un examen pratique.

Au terme de sa formation, l'étudiant reçoit un certificat de premier répondant et il porte, lors de l'exercice de ses fonctions, un écusson qui identifie clairement son niveau de compétence. Selon les données recueillies par la National Association of State Emergency Medical Services Directors (NASEMSD) en 1985, la validité du certificat de premier répondant varie de deux à quatre années, selon les états (NASEMSD, 1985).

## **1.2 La formation du technicien médical d'urgence de base (EMT-A)**

Le programme de formation offert au technicien médical d'urgence de base (ou de niveau 1) constitue le premier d'une série de programmes spécialisés en soins préhospitaliers développés par le "National EMS Training Program". Revu et corrigé depuis sa première version originale en 1969, il constitue la base de connaissances sur laquelle s'appuie la majorité des soins préhospitaliers dispensés d'un bout à l'autre du pays.

Au départ, le technicien médical d'urgence est considéré comme un professionnel de la santé (qu'il soit un volontaire ou un employé rémunéré). Il possède ainsi un statut particulier et un niveau de compétence distinctif. Selon le National Registry of Emergency Medical Technicians, il y avait au 31 octobre 1986, 321 612 techniciens médicaux d'urgence de base certifiés à travers tous les Etats-Unis. Ils représentent approximativement 85% de tous les techniciens-ambulanciers qui exercent leurs fonctions dans l'ensemble du pays (NHTSA, 1984).

Considérée comme le lien vital entre les soins hospitaliers et les soins préhospitaliers, la formation de l'EMT-A s'adresse spécifiquement au personnel ambulancier ainsi qu'au personnel d'un service de secours spécialisé. A ce titre, elle inclut toutes les procédures et toutes les techniques spécialisées en soins d'urgence de

base qui relèvent de la responsabilité d'un TMU au sein d'un service ambulancier. Elle lui permet ainsi de prodiguer les soins d'urgence de base en réanimation préhospitalière ("basic life support level").

La responsabilité première du technicien médical d'urgence est d'être expert en soins d'urgence préhospitaliers. Il dispense les soins médicaux d'urgence aux victimes d'accidents ou aux blessés sur les lieux mêmes de l'accident et durant le transport, et il assure les conditions sécuritaires de ce transport jusqu'à leur arrivée à l'hôpital. Le technicien médical d'urgence de base accomplit toutes ces fonctions sans supervision médicale particulière, dans une grande variété de circonstances et dans des conditions physiques et émotionnelles particulièrement stressantes. Le propre du programme de formation est donc de faire en sorte que tous les techniciens médicaux d'urgence possèdent les mêmes qualifications minimales et appliquent les mêmes procédures standardisées en soins d'urgence préhospitaliers.

Le programme de formation suggéré prévoit trente-trois leçons, incluant 100 heures de formation en classe et de formation pratique ainsi qu'un minimum de dix heures d'observation et de formation à l'intérieur d'un hôpital. Comme pour les autres programmes, ces normes définissent un minimum de formation, entre 110 et 140 heures (ou plus) selon les états (NHTSA, 1984).

Au terme de sa formation, l'étudiant doit donc être capable:

- . De reconnaître la nature et la gravité des blessures du patient;
- . de lui administrer les soins d'urgence appropriés pour stabiliser son état;
- . de transporter, bouger ou déplacer le blessé en tenant compte de la gravité des blessures, de façon à lui donner le maximum de confort possible.

En outre, chaque EMT-A en service doit posséder un minimum de connaissances et habilités au niveau des systèmes de communications ainsi que des modalités de transport et de liaison avec les autres services

d'urgence. Le programme prévoit donc une introduction aux concepts de système et de service médical d'urgence. L'expérience ou la formation en soins d'urgence ne sont pas prérequis pour suivre cette formation.

Comme pour le premier répondant, le programme de formation couvre les connaissances médicales de base suivantes: problèmes respiratoires, crises et arrêts cardiaques, hémorragies internes et externes, fractures multiples, empoisonnements, urgences pédiatriques, etc. L'EMT-A sera toutefois entraîné plus spécifiquement pour utiliser l'équipement propre à une ambulance de réanimation: appareils respiratoires et de réanimation, appareils de succion, équipements à oxygène, attelles de toutes sortes (incluant les planches dorsales et l'équipement spécialisé), outils d'extractions de base, pansements, bandages, etc. On prévoit également une formation sur des appareils pour les pneumothorax ("pneumatic counterpressure device") qui tendent à devenir une responsabilité de plus en plus généralisée du technicien médical d'urgence de base (NHTSA, 1984).

Le programme prévoit finalement un stage d'observation et de formation à l'intérieur du milieu hospitalier, afin de familiariser l'étudiant aux procédures locales et à l'équipement utilisé dans chaque hôpital. On recommande d'inclure ces heures de formation au sein des départements d'urgence, de chirurgie, de soins intensifs, d'obstétrique ou de psychiatrie.

Les processus de certification et d'évaluation des candidats sont laissés à la discrétion de chaque état. En règle générale, les mesures d'évaluation se composent d'un examen écrit et d'un examen pratique pour obtenir le certificat officiel d'Emergency Medical Technician-Ambulance. On encourage bien sûr une formation continue pour maintenir un haut degré de compétence. Elle n'est cependant pas obligatoire dans la plupart des cas. Néanmoins, l'EMT-A doit se recertifier, en moyenne à tous les deux ou trois ans, dans la grande majorité des états.

### 1.3 La formation du technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire (EMT-I)

Comme son nom l'indique, le technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire se situe entre le technicien médical d'urgence de base et le technicien médical d'urgence de niveau paramédic. D'institution récente, la formation de niveau intermédiaire s'explique en grande partie par le besoin qu'ont ressenti diverses communautés locales d'établir une formation plus avancée qui répondrait non pas à toutes les situations d'urgence possibles (ce qui est la principale caractéristique du technicien médical d'urgence de niveau paramédic), mais à celles qui avaient la plus grande prévalence au sein d'une population. Cette formation plus spécialisée est donc le résultat de l'expérience des systèmes et des programmes plus avancés à travers tous les Etats-Unis. Le technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire est, ainsi, en quelque sorte spécialisé pour répondre aux situations médicales d'urgence les plus courantes (urgences cardio-vasculaires, choc respiratoire, trauma, etc.).

Si la formation de base du technicien médical d'urgence (EMT-A) a été conçue de manière à lui permettre d'exercer son rôle en toute indépendance sur la scène de l'accident, le technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire s'en distingue principalement par son rôle d'associé direct avec l'institution médicale. En ce sens, le TMU de niveau intermédiaire exerce toujours son rôle sous la supervision écrite ou verbale d'un médecin et des institutions médicales. Il utilise d'ailleurs une ambulance de réanimation beaucoup plus sophistiquée.

Cette formation s'adresse d'abord à ceux ou à celles qui ont déjà la formation initiale de base de Technicien Médical d'Urgence (EMT-A). Il y a donc des pré-requis pour devenir EMT-I: graduation du High School ou l'équivalent, certification de EMT-A, processus de sélection, etc.

Le technicien médical d'urgence de niveau intermédiaire est formé en soins d'urgence avancés grâce à un programme basé sur

l'enseignement didactique, pratique et clinique et grâce à une session de formation intensive en milieu de travail sur un véhicule de réanimation. La durée de formation dépend pour une large part des expériences acquises et du nombre de situation d'urgence auxquelles les étudiants auront été exposés durant leurs expériences de formation clinique et lors de leur service sur l'ambulance de réanimation. Cependant, on estime qu'entre 40 et 55 heures constituent une formation minimale acceptable pour obtenir les compétences nécessaires, en sus bien entendu de la formation de base d'entre 100 et 150 heures qui est prérequis (NHTSA, 1986).

Il y a quatre techniques spécifiques qui particularisent le curriculum du TMU de niveau intermédiaire: 1<sup>o</sup> une meilleure connaissance des techniques d'évaluation de la condition générale du patient; 2<sup>o</sup> l'administration de fluides intraveineux; 3<sup>o</sup> l'utilisation de techniques spécifiques concernant les cas d'obstructions respiratoires; 4<sup>o</sup> les communications médicales (NHTSA, 1986).

Au terme de sa formation, l'étudiant doit démontrer les compétences suivantes:

1. Reconnaître l'urgence médicale; estimer la situation; diriger les soins d'urgence, et, si nécessaire, les procédures d'extraction; coordonner ces efforts avec les autres agences impliquées; établir un rapport d'évaluation et de traitement du patient.
2. Evaluer les priorités dans le traitement d'urgence et communiquer toutes les données au poste médical de contrôle.
3. Commencer et continuer les soins médicaux d'urgence sous contrôle médical (incluant la reconnaissance de l'état général du patient) et initier les thérapies appropriées, agressives ou non ("invasive or non-invasive therapies").

4. Exercer un jugement personnel en cas d'interruption accidentelle du contrôle médical et, dans ces circonstances, dispenser les soins d'urgence selon les protocoles établis à l'avance (NHTSA, 1986).

La certification du candidat n'est atteinte que lorsque chaque étudiant peut démontrer un niveau de compétence acceptable dans les trois composantes principales: clinique, didactique et pratique. L'étudiant doit être évalué sur chaque niveau de compétence. Au terme de sa formation, l'étudiant reçoit un certificat qui atteste son niveau de compétence. Pour être certifié comme TMU de niveau intermédiaire un examen écrit et la démonstration des techniques pratiques sont de plus nécessaires.

Les institutions d'enseignement post-secondaires, les centres médicaux universitaires, les collèges privés ou publics et d'autres organismes similaires peuvent dispenser le cours de formation de niveau intermédiaire à partir des standards établis pour ce programme. Toutes les institutions doivent cependant être accréditées par un hôpital ou un centre médical du Service Medical d'Urgence (EMS) régional et tous les programmes doivent nécessairement inclure une supervision médicale.

En raison de la grande variété des urgences médicales, le TMU de niveau intermédiaire doit de plus poursuivre une formation continue et des cours de perfectionnement lui sont nécessaires pour maintenir un haut niveau de compétence. Le processus de formation continue dépend généralement d'un certain nombre de situations et de facteurs: nombre d'appels d'urgence, type de cas rencontrés, etc. Pour la formation continue, au même titre que pour la formation de base de l'EMT-I, des suggestions sont faites par l'agence nationale en vue d'assurer une certaine uniformisation des processus (NHTSA, 1986).

Selon le National Registry of Emergency Medical Technicians, il y avait au 31 octobre 1986, 7 607 TMU de niveau intermédiaire, soit environ 2% de tous les Techniciens Médicaux d'Urgence à travers les Etats-Unis. Dans la grande majorité des états, ils sont recertifiés en moyenne à tous les deux ou trois ans.

#### 1.4 La formation du technicien médical d'urgence de niveau paramédic (EMT-P)

Le technicien médical d'urgence de niveau paramédic reçoit la formation la plus avancée en soins d'urgence préhospitaliers. Il est le spécialiste des soins médicaux d'urgence et son niveau de formation en fait un véritable adjoint du personnel médical. Sa formation le prépare à répondre à toutes les situations d'urgences possibles, et les techniques qu'il utilise ont un degré de sophistication plus élevé, le distinguant des soins dispensés par les autres TMU. Son niveau de qualification l'autorise, sous la supervision écrite ou verbale d'un médecin (à partir de protocoles établis ou par biotélégraphie), à poser certains actes médicaux tels: l'administration de médicaments, l'application de techniques de réanimation avancées (ventilation, aspiration, intubation, défibrillation, etc.), la réalisation de certaines interventions (hémorragie, pneumothorax, traumatismes craniocérébraux), ou l'exécution de toute autre technique relative au traitement des cas d'urgence spécialisés (cardiologie, pédiatrie, néonatalogie, gynécologie - obstétrique, etc.).

En 1986, il y avait plus de 35 000 techniciens médicaux d'urgence de niveau paramédic certifiés par le National Registry aux Etats-Unis. De ce nombre, à peu près 85% sont employés et rémunérés comme professionnels. Environ 70% de tous les paramédics sont concentrés dans six états (Floride, Illinois, Michigan, Missouri, Ohio et Pennsylvanie), le reste étant dispersé dans les quarante-quatre autres (NHTSA, 1985). On estime qu'environ 52% de la population aux Etats-Unis a, à l'heure actuelle, accès aux services de paramédics (Borak, 1985). Toutefois, la grande majorité des programmes de formation et des services de paramédics ne sont disponibles que dans les grands centres urbains.

Le paramédic américain typique oeuvre généralement comme employé rémunéré d'un service municipal ou d'un hôpital, auquel il est relié directement par un système de communication mobile. Comme pour les autres programmes, la formation offerte au paramédic constitue la norme

de formation minimale acceptable pour l'ensemble du pays. Il est formé à travers un programme basé sur l'enseignement clinique, didactique et pratique ainsi que par une période de stage en milieu de travail ("Field internship").

Le rôle du TMU paramédic est de dispenser les soins médicaux d'urgence avancés au sein d'un service ambulancier, en travaillant sur une unité mobile de réanimation avancée ("mobile advanced life support unit"). Il y évolue toujours sous le contrôle à distance d'un poste de commande médical ou, quand il oeuvre dans un autre cadre (clinique privée, département d'urgence, etc.), sous la supervision directe d'un médecin.

Comme pour le TMU de niveau intermédiaire, la durée de formation dépend pour une large part de l'expérience des candidats et du nombre de situations d'urgences auxquelles les étudiants auront été exposés durant leur formation clinique et leur période de formation sur l'ambulance de réanimation. Néanmoins, on estime qu'entre 700 et 1 000 heures constituent un minimum de formation acceptable pour acquérir les compétences de niveau paramédic (NHTSA, 1985).

Cette formation avancée s'adresse au départ à ceux qui ont déjà la formation de base de Technicien Médical d'Urgence (EMT-A). Il y a donc comme pour le TMU de niveau intermédiaire des exigences minimales requises pour suivre cette formation.

Le programme de formation vise à développer chez l'étudiant les connaissances médicales qui permettent de reconnaître rapidement les changements critiques de symptômes cliniques et physiologiques chez les patients en bas âge, les enfants, les adolescents, les adultes et les patients gériatriques. Au cours de sa formation clinique et de son stage en milieu de travail, l'étudiant doit de plus démontrer ses capacités à utiliser toutes les techniques suivantes:

- . évaluation du patient,
- . intubation,
- . administration d'intraveineuses (adultes et enfants),
- . administration de médicaments divers,

- . injection sous-cutanée,
- . injection intramusculaire,
- . techniques de succions,
- . défibrillation,
- . application du vêtement pneumothorax anti-choc (PASG),
- . traitement d'urgences obstétricales, pédiatriques et psychiatriques.

Tous les TMU qui dispensent des soins d'urgence avancés doivent obligatoirement poursuivre un programme de formation continue. Ce programme de formation est, en règle générale, développé et organisé par le bureau du Service Médical d'Urgence (EMS). Le but de cette formation continue est évidemment de permettre un perfectionnement des techniques utilisées et un rafraichissement des techniques de base pour maintenir de hauts niveaux de compétence.

Le programme de formation continue de niveau paramédic comporte généralement:

1. Une certification annuelle en réanimation cardio-respiratoire (RCR).
2. Une recertification en ACLS (Advanced Cardiac Life Support) à tous les deux ans.
3. Un quarante-huit heures de mise à jour générale à tous les deux ans.
4. Un soixante heures de formation continue durant la période de certification valide (EMS Boston, 1983).

De plus, dans plusieurs états, le TMU de niveau paramédic doit avoir eu l'occasion d'appliquer, durant la période de certification valide, un certain nombre de techniques particulières, comme par exemple: avoir pratiqué au moins une dizaine de fois l'application du vêtement pneumothorax anti-choc ou avoir effectué au moins une quarantaine d'intraveineuses au cours de cette période (EMS Boston, 1983).

### 1.5 La formation aux U.S.A.: une spécialisation qui se continue et des variations régionales importantes

Depuis quelques années aux Etats-Unis, on a donc assisté à une certaine spécialisation des soins préhospitaliers dispensés par les techniciens médicaux d'urgence, ainsi qu'à des remises en question importantes à propos des effets des soins dispensés par les paramédics, dont la fréquence des interventions a beaucoup augmenté.<sup>(1)</sup> Néanmoins, les techniciens médicaux d'urgence ont gagné une reconnaissance professionnelle au même titre que les techniciens radiologistes ou d'autres professionnels de la santé.

De plus, dans de nombreuses régions du pays de nouveaux groupes de TMU sont apparus, comme le technicien médical d'urgence spécialisé en défibrillation (EMT-Défibrillation ou EMT-D) (Collectif, 1986) ou le technicien médical d'urgence spécialiste des situations en régions sauvages (EMT-Wilderness ou EMT-W) (Goth, 1987). Dans certains états, on distingue maintenant jusqu'à cinq niveaux de personnel: premiers répondants, EMT-A, EMT-I, EMT-CC et EMT-P.

Le plus fréquent et le mieux connu de ces "nouveaux spécialistes" des soins d'urgence est le technicien médical d'urgence spécialisé en soins critiques (EMT-Critical Care ou EMT-CC). Il se situe entre le TMU intermédiaire et le TMU paramédic. Sa formation le prépare à dispenser des soins préhospitaliers avancés ("advanced level support"), et

---

(1) En effet, certains chirurgiens voudraient que l'on revienne à l'ancien système de base du service ambulancier, notamment auprès des polytraumatisés, à savoir recueillir et transporter le blessé le plus rapidement possible jusqu'au centre de traitement spécialisé ("scoop and run"). Selon eux, c'est le traitement médical et chirurgical définitif qui constitue le facteur déterminant la réduction des taux de mortalité et de morbidité; les interventions préhospitalières plus avancées, par le temps nécessairement plus long qu'ils prennent, se révéleraient ainsi inefficaces. A l'opposé, d'autres soutiennent que le traitement médical d'urgence est, au contraire, crucial pour la survie du patient; ils maintiennent qu'un certain nombre d'interventions sur les lieux mêmes de l'accident sont nécessaires pour stabiliser l'état de la victime avant de la transporter jusqu'à l'hôpital. Il s'agit là de deux écoles de pensée dont les points de vue provoquent une vive controverse (Gold, 1987; McKnew et al., 1987).

il peut, contrairement au TMU de niveau intermédiaire dont les interventions médicales sont limitées, administrer certains médicaments et utiliser des équipements et des techniques avancées (défibrillation, intubation, injection, moniteur cardiaque, etc.), sous supervision médicale par biotélémetrie. Il est en quelque sorte le paramédic des situations d'urgence relatives aux soins cardiaques.

Cette spécialisation des soins préhospitaliers et ce fractionnement du personnel paramédical tendent à se généraliser pour l'ensemble du pays. En fait, cette tendance s'explique en grande partie par la volonté des autorités locales d'éviter le coût de formation du technicien médical d'urgence de niveau paramédic. En effet, la formation du paramédic est généralement longue, coûteuse et exige de l'équipement sophistiqué et hautement spécialisé. De plus, plusieurs communautés locales n'ont pas les moyens d'offrir à la population des services professionnels et spécialisés de ce niveau. En outre, en dehors des grands centres urbains, la grande majorité des services ambulanciers et des équipes de secours sont organisés sur une base volontaire.

En fait, dans de nombreuses régions du pays, seuls les services de TMU de base sont disponibles. Selon certaines études, les coûts d'opération et le degré de sophistication des services paramédics sont en contraste frappant avec les services des TMU de base, ces derniers ne pouvant ni utiliser les techniques de défibrillation, ni intuber, ni administrer de médicaments (NCHSR, 1978). Par conséquent, plusieurs communautés locales ont développé et implanté des programmes de formation plus avancée, mais limitée, afin que les techniciens médicaux d'urgence de base puissent répondre aux situations d'urgence les plus courantes, notamment les accidents cardiovasculaires. Par exemple, la formation du EMT-D, développée par la Fondation pour l'avancement des soins coronariens ("ACT Foundation"), s'adresse au TMU de base et consiste en un entraînement spécialisé à l'utilisation d'un défibrillateur automatique qui permet de lire le rythme cardiaque <sup>(1)</sup> et, par conséquent, de dis-

---

(1) La durée de ce programme de formation spécialement conçu pour les régions suburbaines ou éloignées varie selon les communautés locales entre dix et quarante heures de formation au minimum (Collectif, 1986).

penser des soins spécialisés spécifiques aux arrêts cardiaques (Collectif, 1986). Néanmoins, il n'est pas autorisé à intuber, ni à administrer des médicaments ou des fluides intraveineux.

Malgré les standards nationaux, il y a donc des variations considérables dans la nature des soins préhospitaliers dispensés d'un bout à l'autre du pays. En conséquence, comme l'administration des programmes de formation est laissée à la discrétion de chaque état et de chaque bureau régional responsable du Service Médical d'Urgence, il en résulte des variations considérables, tant sur le plan des heures de formation disponibles pour chaque catégorie d'intervenant qu'au niveau des processus de certification et d'évaluation des candidats, qui varient d'un état à l'autre.

Les tableaux suivants présentent, en conclusion, des données sur la formation et sur l'importance des variations qu'on retrouve dans l'ensemble des états américains. Par exemple, au tableau IV.2, on constate que la formation didactique de base pour les techniciens médicaux d'urgence (EMT-A) varie pour l'ensemble des états américains entre vingt-deux et plus de cent vingt heures, alors la formation pratique varie, pour cette même catégorie de personnel, entre huit et cent cinq heures!

En conclusion, si l'on tente de préciser ce qui caractérise la situation américaine quant à la formation du personnel de soins préhospitaliers, on peut la résumer ainsi:

- Des standards nationaux, précis et construits à partir de consensus, définissant des normes minimales.
- Des niveaux de formation hiérarchisés et clairement articulés les uns aux autres.
- Des processus obligatoires de formation, certification et recertification définis par des normes nationales.
- Une large flexibilité régionale et locale dans l'interprétation des standards nationaux, se pliant aux problèmes et aux ressources des divers milieux.

**Tableau IV.1**  
**Formation des premiers intervenants aux Etats-Unis:**  
**Standards nationaux**

<u>Niveau national de formation</u>	<u>Programme d'étude national</u>	<u>Niveau de qualification</u>	<u>Certification nationale</u>
First Responder (Premier répondant)	Minimum de 40 heures	First Responder	---
Emergency Medical Technician-Ambulance (EMT-A)	Minimum de 110 heures (incluant 10 heures de formation clinique)	EMT-A (Basic life support)	National Registry
Emergency Medical Technician-Intermediate (EMT-I)	Entre 40 et 55 heures (prérequis: EMT-A)	EMT-I (Advanced life support)	National Registry
Emergency Medical Technician-Paramedic (EMT-P)	Entre 700 et 1 000 heures (prérequis: EMT-A)	EMT-P (Advanced life support)	National Registry

## Sources:

- U.S. Department of Transportation, National Highway Traffic Safety Administration, Washington DC, 1986).
- Emergency Medical Services: First Responder Training Course, mars 1979.
- Emergency Medical Technician-Ambulance: National Standard Curriculum, mars 1984.
- Emergency Medical Technician-Intermediaire: National Standard Curriculum, août 1986.
- Emergency National Technician-Paramedic: National Standard Curriculum, août 1985.

TABLEAU IV.2

**VARIATIONS ENTRE LES NORMES MINIMALES DE FORMATION AUX ETATS-UNIS\***

PREMIERS REONDANTS (First Responder)		FORMATION DE BASE (EMT-A)	FORMATION INTERMEDIAIRE (EMT-I)	FORMATION PARAMEDIC (EMT-P)
<b>FORMATION DIDACTIQUE</b>				
Nombre d'heures minimales requises	Variation 10-60	Variation 22-145	Variation 20-200	Variation 150-500
Minimum moyen requis	31	96	67	305
<b>FORMATION PRATIQUE</b>				
Nombre d'heures minimales requises	Variation 8-40	Variation 6-105	Variation 4-80	Variation 8-480
Minimum moyen requis	48	43	29	150
<b>FORMATION CLINIQUE</b>				
Nombre d'heures minimales requises	Variation 0-20	Variation 5-80	Variation 10-150	Variation 40-500
Minimum moyen requis	-	14	34	228

\* Ensemble des états ayant fourni des informations.

SOURCE: Compilé à partir de: National Association of State Emergency Medical Services Directors, State Emergency Medical Services: A National Survey, (Part 1), 1985.

## 2. LES PROGRAMMES DE FORMATION EN FRANCE DANS LE CADRE DES SAMU

Tout d'abord, rappelons qu'en France c'est le Service d'Aide Médicale Urgente (SAMU) qui coordonne, pour chaque département, l'organisation des secours médicaux d'urgence et assure la mise en oeuvre des moyens d'intervention: un simple conseil médical, la visite d'un médecin à domicile, un secouriste pour une reconnaissance, l'envoi d'un transport simple, l'envoi d'une ambulance ou l'envoi d'un hélicoptère de secours. Selon la gravité des blessures et le type d'intervention à effectuer, le rôle du SAMU consiste, avec l'aide du médecin régulateur, à mettre en oeuvre cette intervention et à la coordonner jusqu'à l'hospitalisation de la victime, d'où le concept de "régulation médicale" sur lequel reposent l'organisation et la planification des services médicaux d'urgence pour l'ensemble du pays. Le SMUR (Service Mobile d'Urgence et de Réanimation) est l'élément mobile de l'intervention médicalisée. Ce sont généralement les unités mobiles des SMUR (des ambulances de réanimation), utilisées par des équipes de médecins, infirmières et conducteurs ambulanciers, qui, à la demande du SAMU, assurent les secours médicaux aux blessés à domicile, sur les lieux de travail, sur la route, sur la voie ou les lieux publics, etc.

### 2.1 L'enseignement et la formation des divers personnels

Chaque SAMU a pour rôle de participer à l'enseignement et à la formation permanente des médecins et des secouristes dans la pratique des secours d'urgence. Il est aussi responsable d'organiser la formation des conducteurs ambulanciers pour l'obtention de leur qualification. Les SAMU organisent par l'entremise des CESU (Centre d'Enseignement des Soins d'Urgence) l'enseignement et la formation des médecins, ambulanciers et secouristes. A l'heure actuelle, vingt-sept CESU répartis dans les départements français dispensent une formation tantôt spécifique, tantôt plus généralisée.

En 1973, le ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale institue par un arrêté en conseil le "Certificat de capacité d'Ambulancier (CCA)". Ces études comportent un enseignement théorique et

pratique d'une durée de 140 heures, un stage de vingt-deux demi-journées effectué dans un service hospitalier et un stage de trente-trois demi-journées effectué dans un service ou une entreprise d'ambulances. Ce cours de formation constitue le programme national officiel et il se donne généralement à l'intérieur d'un bloc de formation intensive d'une période de trois mois. Il n'existe toutefois pas, comme aux Etats-Unis, de programmes de formation continue pour les ambulanciers français, bien que quelques CESU offrent certains programmes de perfectionnement (Robillard et Léger, 1984).

Les mesures d'évaluation se composent d'un examen écrit et d'un examen pratique, ainsi que d'une évaluation globale du stage de formation. De plus, les candidats doivent démontrer certaines capacités relatives à la fonction de conducteur ambulancier (fournir un certificat médical, satisfaire les conditions d'admissions devant les membres d'un jury, etc.). En France l'ambulancier a, en fait, surtout une fonction de conducteur. Par exemple, tel que prévu par l'arrêté en conseil relatif au certificat de capacité d'ambulancier, les candidats doivent faire preuve des habilités dans les épreuves pratiques et orales suivantes: RCR; relevage et transport des blessés; mécanique et dépannage élémentaire; épreuve de conduite; préparation d'un itinéraire et lecture d'une carte; échange de messages radio; déontologie et organisation des secours (MSPSS, 1973).

Outre les CESU liés aux différents SAMU, la Croix-Rouge française a une activité d'enseignement professionnelle importante. Elle dispense entre autres le CCA d'Etat aux ambulanciers, qui est aussi dispensé par l'Ordre de Malte et d'autres écoles d'ambulanciers. Pour son propre personnel, la Croix-Rouge prolonge de plus cette formation par un stage de trois mois (actifs et en réserve). Elle joue par ailleurs un rôle d'enseignement influent tant au niveau de l'éducation sanitaire du grand public qu'au niveau professionnel (diplôme d'Etat d'infirmière, d'assistante sociale ou de kinésithérapeute, certificat de spécialisation comme infirmière de l'air, baccalauréat de technicien en sciences médico-sociales, etc.) (Vieux et al., 1982). De fait, dans plusieurs organismes de transport sanitaire (incluant les SMUR), le personnel est

en grande partie constitué par des ambulanciers de la Croix-Rouge (Robillard et Léger, 1984).

Quelques CESU rattachés aux centres hospitaliers universitaires dispensent également des cours de formation universitaires de "Médecine SMUR" et de "Médecine de catastrophe", ou encore participent à la formation en oxylogie (médecine des secours, du transport et de l'accueil) des étudiants en médecine. Dans d'autres CESU, l'auditoire et l'enseignement sont des plus variés; ambulanciers, infirmières, étudiants hospitaliers et aspirants militaires, médecins-généralistes, étudiants en pharmacie, aides-soignantes, aides-anesthésistes, sages-femmes, etc. y reçoivent un enseignement soit en techniques de réanimation d'urgence (RCR), soit en réanimation néo-natale, soit en vue du brevet national de secourisme (trente heures) ou du CCA, soit encore apprennent les soins d'urgence en milieu professionnel ou la médecine d'urgence de réanimation!!!

Par exemple, en 1986, le CESU de l'Université Paris XII et du SAMU 94 offrait:

1. L'enseignement de l'oxylogie aux facultés de médecine et universitaires;
2. L'enseignement de l'oxylogie dispensé au personnel paramédical (écoles d'infirmières, aides-soignantes, chefs d'intervention);
3. Un bloc de formation continue destiné:
  - . aux médecins du travail
  - . infirmières du travail
  - . au personnel de sécurité des entreprises
  - . aux infirmières de réanimation et des services d'urgence;
4. Un recyclage du personnel médical et paramédical de réanimation chirurgicale; un recyclage aux gestes d'urgence du personnel de crèche; un recyclage destiné aux médecins généralistes;
5. Un encadrement des stages de formation pour:
  - . les élèves des écoles d'ambulanciers (Ordre de Malte ou CRF)
  - . les élèves de l'École d'aides anesthésistes
  - . les auxiliaires

- . l'Ecole des Officiers de Nîme
  - . les stagiaires moniteurs d'auto-école
  - . autres;
6. Des programmes de formations et informations sur demande des:
- . Secouristes
  - . Lycées
  - . Ecoles d'infirmiers
  - . Hôpitaux
  - . Assistantes sociales
  - . Enseignants et étudiants
  - . Etc.
- (CESU, Université Paris XII et SAMU 94, 1986) (1).

Les sapeurs-pompiers, s'ils ne sont pas médecins, reçoivent généralement une formation de quatre-vingt heures appelée **trilogie**, qui consiste en une formation de secourisme de base, de réanimation et de secourisme routier (Robillard et Léger, 1984). Selon certains relevés, la grande majorité des pompiers professionnels sont titulaires de cette trilogie, dispensée soit par les écoles de sapeurs-pompiers, soit par le CESU, soit par la Croix-Rouge française, soit par des médecins enseignants. Toutefois, seulement 32% des pompiers volontaires, qui constituent la grande majorité des sapeurs-pompiers français, auraient cette formation d'ensemble (Robillard et Léger, 1984). Enfin, tous les policiers et brigadiers reçoivent une formation de secouriste (Brevet national de secourisme, trente heures).

## 2.2 Quelques considérations sur la formation du personnel en France

En ce qui concerne la formation des premiers intervenants dans le cadre des services médicaux d'urgence, à l'exception de la formation spécialisée des médecins en oxylogie ou en médecine de catastrophe, la formation des ambulanciers et secouristes professionnels (policiers ou sapeurs-pompiers) ne nous semble pas particulièrement différente d'ailleurs, si ce n'est que dans certains cas il existe une

---

(1) Selon certains informateurs, la formation offerte au personnel médical d'urgence et aux auxiliaires médicaux tient compte de la formation pré-existante de chacun et s'ajuste donc en fonction des connaissances préalables des candidats (médecins, infirmières, ambulanciers, gendarmes ou policiers).

meilleure coordination et collaboration entre les différents milieux d'enseignement.

Quant à la formation des secouristes professionnels, tout en étant adaptée aux conditions très particulières de leur travail (par exemple, les sapeurs-pompiers), elle s'apparente en grande partie aux programmes de formation qu'on retrouve au Canada et au Québec comme ceux de l'Ambulance Saint-Jean ou de la Croix-Rouge, avec cependant une formation beaucoup plus poussée en secourisme routier. Un point d'honneur toutefois: selon nos informations, tous les policiers ou brigadiers français sont secouristes, ce qui n'est pas le cas pour le Québec.

### **3. LA FORMATION SANITAIRE DANS LE DOMAINE DU SAUVETAGE EN SUISSE**

Même si nous n'avons pas parlé de la Suisse dans les chapitres précédents, il nous a semblé intéressant de présenter les différents programmes de formation qui existent à l'échelle nationale pour les intervenants impliqués à un niveau ou l'autre de l'organisation des secours aux blessés dans ce pays (sauveteurs, fonctionnaires de la police, auxiliaires affectés au transport de patients, sauveteurs sanitaires IAS, médecins d'urgence). La Suisse est en effet très peu étendue et son système est difficilement comparable au nôtre. Toutefois, la manière dont les services de secours sont pris en charge par toutes sortes d'organisations communautaires ou professionnelles est riche en enseignements. Si nous avons décidé de présenter les stratégies de formation des premiers intervenants en Suisse, c'est finalement parce qu'elles nous semblent extrêmement bien intégrées et significativement utiles pour le Québec.

#### **3.1 Quelques grands principes de base de l'organisation des secours en Suisse**

La Suisse est un petit pays au territoire très accidenté, qui compte environ 6,4 millions d'habitants. Elle a un système politique fédéral composé de vingt-six unités autonomes organisées sur une base cantonale. Dans l'ensemble du pays, on retrouve des numéros uniformes

d'appels d'urgence pour la police (le 117), les sapeurs-pompiers (le 118) et le service de secours (le 114).

On peut donc rejoindre un service de secours ou de sauvetage de jour comme de nuit, d'un bout à l'autre du pays. Toutefois, le niveau de développement et la fonction de ces services peuvent varier selon les régions. En règle générale, ces différents services de secours ne jouent pas un rôle de postes de commande, puisque ce sont les hôpitaux qui sont responsables de l'assistance immédiate. De plus, ils peuvent être gérés aussi bien par des organismes communautaires ou des organismes privés et commerciaux que par des hôpitaux ou par des organismes cantonaux (CEMT, 1983).

Les différents programmes de formation que nous allons présenter originent de la Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage (CMSS), commission permanente de la Croix-Rouge suisse. Cet organisme existe depuis 1961, et il a été créé à l'issue d'entretiens avec les différents organismes impliqués dans le domaine du sauvetage, dans le but d'établir une commission permanente médicale spécialisée. Dans ce cadre, elle joue un rôle de coordination dans le domaine du sauvetage, mais elle a aussi pour tâches d'étudier, d'examiner, de conseiller et d'informer le corps médical et le public sur les problèmes des secours d'urgence et du sauvetage; elle doit de plus aider à la réalisation de films et diapositives relatifs aux premiers soins ainsi que surveiller la formation des instructeurs en matière de secours d'urgence et de sauvetage (CMSS, 1985).

La CMSS rédige aussi des directives ou des recommandations en ce qui concerne la formation sanitaire dans le domaine du sauvetage. Ces directives sont par la suite éditées et diffusées par l'Interassociation de sauvetage (IAS), association faîtière des institutions et autorités engagées dans le domaine du sauvetage, aux diverses autorités intéressées. Cependant, la Commission n'a qu'un pouvoir de recommandation et elle ne peut exiger des différents organismes impliqués qu'ils appliquent toutes ces directives.

On ne sait pas, par conséquent, dans quelle mesure les dits programmes sont appliqués pour l'ensemble du pays. En effet, en Suisse, le domaine de la santé est, un peu comme au Canada, sous la souveraineté d'instances de type provincial (les cantons). Il y a donc vingt-six lois de santé dans ce pays. Qui plus est, la grande majorité des cantons a délégué les pouvoirs sur les secours routiers aux autorités communales (CMSS, 1987).

Une seule exception cependant: le cours de sauveteur est partout obligatoire pour obtenir le permis de conduire. Le CMSS a reçu pour mandat d'établir les critères de formation de ce cours et elle a le pouvoir d'en fixer les buts. Depuis 1977, année où cette formation est devenue obligatoire, 1 268 500 personnes l'ont suivi, ce qui représente environ 21% de la population (CMSS, 1987).

Comme pour les autres pays du monde, on considère que le secours immédiat aux victimes d'accidents constitue un élément décisif pour sauver la vie des patients nécessitant des soins urgents. Durant quelques années, on pratiqua sur les lieux mêmes de l'accident des opérations d'urgence dans des "clinomobiles" spécialement aménagées à cette fin. Cependant, cette idée fut abandonnée au profit de l'application de mesures visant à maintenir les fonctions vitales et à préparer le transport des victimes jusqu'au service d'urgence. Dès lors, le service de secours ou de sauvetage est devenu "le bras prolongé de la clinique" (CMSS, 1985). Depuis, chacun des services de sauvetage comprend au moins une ambulance et/ou un hélicoptère de sauvetage et s'occupe des cas urgents et du transport des patients; ces services couvrent, en principe, l'ensemble du pays.

Pour ce qui est du personnel impliqué dans les centres de secours et dans l'organisation des secours d'urgence en Suisse, on retrouve: 1. Le sauveteur (catégorie I); 2. Le secouriste/samaritain (catégorie II); 3. Le sauveteur professionnel IAS (catégorie III); 4. Le médecin d'urgence (catégorie IV).

Les tâches des secouristes dans le domaine du sauvetage sont illustrées par les phases successives suivantes:

- |   |                      |
|---|----------------------|
| 1. Mesures de secours immédiates<br>(Mise à l'abri; Mesures immédiates pour sauver la vie): | Catégorie I ou II.   |
| 2. Alarme:  | Catégorie I ou II.   |
| 3. Mesures complémentaires de premiers secours:   | Catégorie III ou IV  |
| 4. Transport:   | Catégorie III ou IV  |
| 5. Premiers soins hospitaliers:   | Service des urgences |

Les quatre premières phases (domaine pré-clinique) relèvent donc des diverses catégories de secouristes, alors que la dernière phase (domaine clinique) est du ressort du médecin et de l'hôpital (IAS/CMSS, 1986a).

### 3.2 La formation des différentes catégories de secouristes

Pour toutes les catégories de secouristes, le but de la formation est d'assurer le maintien de la survie du patient (mesures immédiates pour sauver la vie et mesures complémentaires de premiers secours), entre le moment de la blessure jusqu'à son arrivée à un centre de soins spécialisés.

#### 3.2.1 Catégorie I: Sauveteur

Selon la définition du IAS/CMSS, le sauveteur est "une personne instruite et capable de prendre les mesures immédiates pour sauver la vie d'un patient, après l'avoir mis à l'abri, si nécessaire" (IAS/CMSS, 1986a).

La durée de formation pour cette première catégorie est de dix heures. Elle comprend une formation théorique et pratique, une évaluation et une répétition générale. Elle est au fond très simple. Elle est fondée essentiellement sur les mesures immédiates à prendre en cas

d'accident soit: maintenir ou rétablir les fonctions vitales de respiration et de circulation sanguine. La matière d'enseignement couvre les thèmes suivants:

- Comportement général en cas d'accident;
- Mise à l'abri, positions, brûlures;
- Ventilation;
- Sang, hémostase; état de choc;
- Accident de la circulation.

Cette formation s'adresse en particulier aux participants des cours organisés par des institutions de sauvetage (grand public), aux écoliers, aux candidats au permis de conduire et aux militaires.

Il n'existe pas d'examen écrit obligatoire. Lorsque le candidat a suivi le cours dans sa totalité, il reçoit une attestation de cours. On recommande, pour cette première catégorie de secouriste, qu'un cours de répétition soit introduit en moyenne tous les cinq ans.

### **3.2.2 Catégorie II: Secouriste/Samaritain**

La formation de secouriste/samaritain est destinée aux secouristes membres d'une institution de sauvetage (Alliance Suisse des samaritains, Fédération suisse des samaritains ouvriers, Société suisse des troupes sanitaires, etc.), au personnel sanitaire élargi de l'armée (soldat sanitaire, soldat d'hôpital, soldat de la protection aérienne, etc.) de même qu'au personnel membre du service sanitaire de la protection civile et aux fonctionnaires de police.

La durée minimale de ce cours est de vingt-six heures. La première partie du programme d'enseignement comprend le cours de sauveteur cité précédemment; la seconde est fondée sur les notions de premiers secours: étude du corps humain, lésions et autres dommages corporels dus à des causes externes, maladies aiguës, étude formelle des pansements, fixations d'urgence, transport improvisé, observation du patient et certains thèmes en option (IAS/CMSS, 1986a).

Il s'agit donc d'une formation de base qui, au besoin, peut être complétée par une ou plusieurs formations complémentaires, médicales ou non médicales, selon les directives des diverses organisations. Les formations complémentaires sont toutefois considérées comme indispensables à ceux qui exercent une activité professionnelle de secouriste, comme l'auxiliaire affecté au transport de patients ou l'assistant de vol qui exerce ses fonctions dans un service de sauvetage aérien. Les formations complémentaires ont pour but de former le secouriste à différentes mesures médicales diagnostiques et thérapeutiques ou à différentes mesures techniques non médicales. Par exemple, le massage cardiaque externe, l'administration d'injections, la ventilation par ballon d'insufflation et l'aspiration sont des formations médicales complémentaires alors que les techniques de sauvetage alpin, le sauvetage par voie aérienne et les techniques de radiocommunication sont des formations complémentaires non médicales.

La formation de base des secouristes/samaritains est généralement sanctionnée, au terme d'un examen écrit, par une attestation de cours. Les secouristes/samaritains sont aussi inscrits dans le carnet d'attestations de l'IAS. Des cours de répétition périodique sont également prévus pour les secouristes/samaritains, en tenant compte de leur activité professionnelle (par exemple: deux fois par an pour les massages cardiaques et les injections; cours de répétition annuels pour le personnel auxiliaire affecté au transport de patients, etc.).

### **3.2.3 Catégorie III: Sauveteur professionnel IAS**

Le sauveteur sanitaire IAS est un professionnel des secours d'urgence (premiers soins et transport) qui exerce son activité à temps plein dans un service de secours ou de sauvetage. En l'absence d'un médecin d'urgence sur les lieux d'un accident, il est autorisé à dispenser seul les gestes de secours médicaux qui permettent de sauver la vie au patient. Dans l'ambulance de sauvetage, il travaille soit en collaboration avec un médecin d'urgence, soit assisté d'un auxiliaire affecté au transport des patients (secouriste non médical, engagé à temps partiel). Ni le sauveteur sanitaire, ni l'auxiliaire affecté au

transport ne sont par ailleurs conducteurs de l'ambulance (IAS/CMSS, 1984).

La formation de sauveteur professionnel IAS ne s'adresse au départ qu'à ceux qui désirent exercer cette activité à temps plein dans un service de sauvetage.

Comme sauveteurs professionnels, les candidats sont soumis à des conditions préliminaires très sélectives:

- Une formation en soins infirmiers généraux (de trois ans) avec remise d'un diplôme enregistré par la Croix-Rouge suisse (CRS), ou autre formation équivalente. (1)
- Une activité professionnelle à plein temps d'au moins une année à titre de candidat sauveteur sanitaire, auprès d'un service de sauvetage reconnu.

La structure du programme de formation comprend un enseignement pratique et théorique, un stage en médecine d'urgence (en service de sauvetage et en clinique) et un examen.

La durée de formation comprend au total 468 heures, dont 220 heures au moins de formation théorique et pratique et 240 heures (ou six semaines) de stage en médecine d'urgence.

Le programme de formation générale offert au sauveteur sanitaire repose sur la base des connaissances de la médecine d'urgence. Elles doivent lui permettre:

- De reconnaître les troubles menaçant la vie du patient;
- de prendre en toute indépendance et sur une base professionnelle les mesures immédiates pour sauver la vie du patient;
- de juger de l'aptitude du patient pour le transport urgent;

---

(1) Par exemple: une formation en soins infirmiers de psychiatrie, d'hygiène maternelle, de pédiatrie, ou d'autres spécialités. Elles doivent cependant toutes être sanctionnées d'un diplôme ou d'un certificat reconnu par la CRS.

- de lui administrer tous les soins possibles durant le transport;
- de déterminer l'hôpital qui est en mesure d'assurer les meilleurs soins possibles pour les besoins du patient (IAS/CMSS, 1984).

Son enseignement inclut donc l'ensemble des connaissances médicales et non médicales relatives aux situations d'urgences. Il comprend l'étude de la physiologie et des pathophysiologies les plus diverses, des connaissances et aptitudes spécifiques au sauvetage (incluant la traumatologie, les soins obstétricaux et gynécologiques, l'injection et l'infusion de médicaments d'urgence et l'utilisation de tout autre appareil spécialisé de la médecine d'urgence: défibrillation, ventilation, aspiration) et bien sûr le fonctionnement des radiocommunications.

Il lui est aussi possible de suivre certaines formations médicales complémentaires comme la toxicologie, la médecine de plongée, la médecine aéronautique ou la pratique indépendante de l'intubation endotrachéale, tout comme certaines formations complémentaires non médicales, par exemple, la connaissance de moyens de transport particuliers (avion-ambulance) ou d'appareils spéciaux tels les chambres de décompression ou les appareils protecteurs antigaz. Notons également que la formation de sauveteur professionnel est dispensée dans des centres de formation et que la responsabilité de la formation médicale incombe nécessairement à un médecin d'urgence.

L'évaluation des candidats comporte un examen théorique et pratique, sanctionnés par une attestation de cours. Des cours de répétition périodiques sont prévus pour le sauveteur sanitaire à tous les deux ans.

#### **3.2.4 Catégorie IV: Médecin d'urgence**

La formation de médecin d'urgence a été spécialement conçue pour le médecin pratiquant dans un service de sauvetage. Elle est d'ailleurs obligatoire pour tous les médecins qui désirent exercer cette

activité. Elle fut spécialement aménagée pour répondre aux lacunes des études médicales qui, à l'heure actuelle, comme presque partout dans le monde d'ailleurs, ne correspondent qu'en partie seulement aux exigences des soins urgents dans le domaine préhospitalier. Le médecin d'urgence est donc un spécialiste des premiers secours médicaux. Il ne se confond en aucun cas avec le médecin de garde de l'hôpital, bien que tous les médecins soient considérés, dans un sens plus large, comme secouristes.

De façon générale, il existe deux formes d'interventions spécifiques relatives à l'activité du médecin d'urgence en Suisse:

- Il travaille soit à l'hôpital ou dans une organisation de sauvetage, d'où il se rend sur place avec l'ambulance ou l'hélicoptère de sauvetage.
- Il travaille dans un cabinet privé et il collabore à temps partiel au service de sauvetage. Dans ce cas, il se rend lui-même sur les lieux de l'accident rejoindre l'ambulance ou l'hélicoptère: c'est ce qu'on appelle le "système de rendez-vous"(IAS/CMSS, 1986b).

Le médecin d'urgence a déjà au départ un diplôme fédéral de médecine et on considère qu'il doit avoir des qualités et capacités particulières pour travailler dans des conditions qui sont particulièrement difficiles.

La formation de base du médecin d'urgence a une durée de trois ans; et elle comprend en plus quinze mois de formation spécialisée et cinq jours de cours central de fin d'études et de répétition (IAS/CMSS, 1986b). Elle est fondée essentiellement sur une formation d'activités pratiques et cliniques spécifiques au domaine du sauvetage, tant au plan de la médecine d'urgence qu'à celui de l'organisation: diagnostic, thérapie, transport, techniques de sauvetage et de transmission, organisation et coordination de l'intervention. La formation médicale spécialisée en urgence comprend de plus des stages de formation de trois mois chacun, dans un établissement médical reconnu, en chirurgie générale/traumatologie, en anesthésie/réanimation, au service des soins intensifs, en médecine interne et au service des urgences.

Comme pour les autres catégories de secouristes, il est aussi possible au médecin d'urgence de suivre des formations complémentaires, médicales ou non. Ces formations complémentaires s'adressent toutefois généralement aux candidats désirant travailler dans un service de sauvetage spécialisé. Au terme de sa formation, il reçoit une attestation de cours. On recommande, pour le médecin d'urgence, des cours de répétition périodiques à tous les cinq ans.

### 3.2.5 Quelques directives plus spécifiques

Il existe aussi des directives plus spécifiques concernant la formation et l'engagement de l'auxiliaire affecté au transport de patients (services ambulanciers) et la formation des fonctionnaires de police. L'une et l'autre de ces formations correspondent cependant à la catégorie II de secouristes/samaritains, tout en étant relativement plus spécialisées. Par exemple, la formation de l'auxiliaire affecté au transport comprend, au départ, la formation de base de secouriste/samaritain (en plus d'une formation complémentaire portant sur le massage cardiaque), et elle se complète par une formation d'une douzaine de leçons de deux heures chacune ainsi que par une formation pratique d'une dizaine de transports primaires à titre d'auxiliaire de transport, sous le contrôle du médecin d'urgence ou du sauveteur sanitaire (IAS/CMSS, 1983).

Quant aux fonctionnaires de police, certaines directives ont été élaborées afin de répondre aux besoins qu'ont éprouvés les policiers de recevoir une formation sanitaire uniforme et mieux adaptée à leur travail. Elles ont été, entre autres, spécialement axées sur le secours à apporter en cas d'accidents de la route. Le fonctionnaire de police a donc une formation pour dispenser les premiers soins aux victimes d'accidents à l'aide de matériel dont il dispose dans son véhicule: appareils pour l'évacuation, civières, coffret sanitaire IAS, etc.

Les directives de formation pour les fonctionnaires de police comprennent:

- Un cours de base de vingt-six heures (axé sur le cours de samaritains, mais adapté aux besoins des fonctionnaires de police);
- un cours de perfectionnement d'une durée de six heures en réanimation cardio-pulmonaire (massage cardiaque et ventilation);
- un cours de répétition d'une durée de huit heures prévu à tous les deux ans, à condition que les mesures immédiates pour sauver la vie (maintenir les fonctions vitales de respiration et de circulation sanguine) soit répétées annuellement (IAS/CMSS, 1985).

En résumé, les différents programmes de formation offerts aux premiers intervenants en Suisse semblent bien intégrés, bien hiérarchisés et faire l'objet de mises à jour régulières. Nous n'avons toutefois pas d'information sur la qualité globale des systèmes de secours, ni sur celle des interventions préhospitalières dispensées dans ce pays. Le fait que des programmes standardisés existent pour les automobilistes de même qu'auprès de toutes les catégories d'intervenants, dans un système bien intégré, a néanmoins soulevé notre intérêt au point de nous inciter à présenter longuement le cas suisse.

#### **4. DES PROGRAMMES DE FORMATION AILLEURS DANS LE MONDE**

Nous venons de voir la situation des Etats-Unis, de la France et de la Suisse concernant l'application et le contenu des programmes de formation offerts aux premiers intervenants dans ces pays. Dans cette partie de l'analyse, nous n'allons pas décrire à nouveau en détails le contenu de différents programmes de formation, mais bien plutôt présenter brièvement quels sont les types de formation qu'on retrouve, particulièrement pour le personnel ambulancier, dans différents pays.

En effet, la formation du personnel varie considérablement entre les pays, bien que l'on retrouve certaines constances à la base de tous les programmes (assistance immédiate, premiers soins, traitement d'urgence, transport des blessés, etc.). En fait, la formation varie surtout en fonction de ce que la médicalisation des moyens de secours

est plus ou moins développée. Comme nous avons déjà présenté en détail le genre de formation reçue dans un endroit peu médicalisé (les U.S.A.) et dans des endroits très médicalisés (la France et la Suisse), il nous semble donc plus ou moins nécessaire d'approfondir davantage le genre de formation qu'on reçoit dans d'autres pays.

En effet, lorsque la médicalisation des moyens de secours est très poussée (véhicule avec équipement supplémentaire pour assistance immédiate par un médecin), le travail des premiers intervenants (policiers, sapeurs-pompiers ou personnel des services de secours) se limite généralement à prodiguer les premiers gestes de secours: évacuation et mise à l'abri si nécessaire, réanimation cardio-respiratoire et compression des hémorragies externes. Quant au personnel ambulancier, son travail consiste alors à conduire le véhicule et à assister le médecin secouriste dans ses fonctions, rarement à effectuer les techniques de réanimation, sa formation n'étant généralement pas poussée en ce sens.

A l'inverse, dans les pays où les médecins ne se rendent que rarement sur les lieux d'un accident, la formation des premiers intervenants, selon leur rôle et leur fonction dans la chaîne préhospitalière, est de façon générale plus approfondie et leur permet, au plus haut niveau, de poser en toute indépendance ou par délégation des gestes techniques qui généralement ne sont accomplis que par les seuls médecins.

En règle générale, dans les pays anglo-saxons (Etats-Unis, Canada, Angleterre, Australie, Afrique du Sud) on retrouve, pour une partie du personnel des services de secours (environ 10 à 15%), une formation de niveau paramédic; dans la grande majorité des pays européens - compte tenu des conditions géographiques et territoriales - on a par ailleurs opté pour une stratégie qui implique la présence d'un médecin sur les lieux d'un accident lorsque cette intervention est nécessaire. Le plus souvent, cette présence est organisée sous la forme d'un système de "rendez-vous": en France, en Suisse, en Angleterre dans certains dé-

partements, en Belgique, en Italie, en RFA, en Autriche, au Danemark, en Norvège et en URSS (ECMT, 1982; Trudeau et al., 1987).

Présumant que la toile de fond des approches à la formation est maintenant claire, nous allons toutefois en terminant évoquer brièvement quelques autres expériences dignes de mention.

#### 4.1 La situation de la formation dans sept autres pays

**L'Australie:** - Il existe deux niveaux de formation pour le personnel ambulancier:

- . une formation de base (du type Certificat de l'Ambulance Saint-Jean ou l'équivalent);

- . une formation de niveau paramédic ("Certificate of Applied Science - Ambulance Officer"). Le personnel de ce niveau ne travaille que sur des ambulances de réanimation (Mobile Intensive Care Ambulances: MICA), dont les unités sont basées dans les hôpitaux publics. La formation est dispensée dans les centres de formation pour le personnel ambulancier (Ambulance Officers' Training Centre). Elle consiste en une combinaison de formation théorique et de formation pratique d'une durée de trois ans (incluant un stage de formation dans un hôpital, particulièrement dans les unités de soins intensifs et coronariens). A l'aide de protocoles, les paramédics utilisent toutes les techniques de soins prévues dans les situations d'urgences: thérapies intraveineuses, intubation, interprétation des électrocardiogrammes, insertion de tube endotrachéal (Willis et McCarthy, 1986).

- Les services ambulanciers varient toutefois d'un bout à l'autre du pays. L'équipement et le niveau de formation du personnel ambulancier ne sont pas encore standardisés à un niveau national de base (Royal Australasian College of Surgeons; Life Insurance Federation of Australia, 1985).

- Dans ce pays, le rôle de l'ambulance Saint-Jean est particulièrement développé. Selon nos sources, l'Australie est l'un des pays industrialisés du Commonwealth où les brigades volontaires de l'Ambulance Saint-Jean assurent encore les transports ambulanciers pour une grande partie du territoire. Le "Certificat de secourisme" de l'Ambulance Saint-Jean semble, entre autres, généralisé dans les organismes de secours communautaires et volontaires, y compris chez les brigades de sapeurs-pompiers et les patrouilles de secours des policiers (Huckstep, 1980).

**L'Angleterre:** - Depuis 1974, la responsabilité du service ambulancier est passée des autorités locales au National Health Service. Il y a maintenant quarante-cinq services de secours en Angleterre, incluant sept organisations municipales qui sont toutefois intégrées aux

autorités régionales de santé concernées. Chacun de ces services fonctionne de manière autonome sur son territoire. En Angleterre, le service ambulancier ou service de secours couvre les urgences médicales et le transport non urgent des patients. Il faut dire que le service ambulancier a la responsabilité de transporter un patient qui ne peut se rendre par transport public dans un établissement médical (Trudeau et al., 1987; ECMT, 1982).

- Il existe des formes d'organisations diversifiées pour les secours d'urgence qui varient selon les régions et les départements (transport ambulancier simple, équipes médicales aériennes, unité mobile de réanimation et unité mobile de soins critiques). Dans certaines régions, les ambulances sont conduites par des équipes d'ambulanciers seulement alors que dans d'autres régions, médecins et infirmières composent les équipes de secours et se rendent sur les lieux d'un accident avec l'ambulance de réanimation (Vincent, 1986). En milieu rural, l'ambulancier est mis en disponibilité à son domicile, ce qui augmente le temps de réponse (Trudeau et al., 1987).

- La formation du personnel est donnée dans l'une ou l'autre de douze écoles des services de secours et consiste en une formation de base de six semaines suivie par une semaine de formation pratique dans un hôpital. Après avoir travaillé dans un service de secours durant au moins douze mois sous la direction d'un instructeur, l'étudiant a obtenu les qualifications jugées nécessaires. Un programme de formation continue ou d'actualisation doit être suivi environ tous les trois ans (ECMT, 1982).

- Pendant longtemps, les ambulances de réanimation n'ont été utilisées que par des équipes composées de médecins et d'infirmières. Durant les années 1970, une formation plus avancée a été introduite dans de nombreux services ambulanciers, et dès lors on commença à utiliser du personnel de niveau paramédic dans les véhicules d'urgence et de réanimation. Toutefois, les progrès rapides de la formation des paramédics ont été retardés par l'hésitation de la communauté médicale à perdre la charge des soins préhospitaliers et par les transformations provoquées par la nouvelle législation qui donnait aux autorités responsables de la santé le développement des services de secours (Vincent, 1986). Aujourd'hui encore, les soins avancés dispensés par les techniciens de niveau paramédic sont loin de faire l'unanimité auprès de la communauté médicale (Anderson et al., 1987; Wright, 1985).

- La formation avancée pour le personnel paramédical couvre les techniques suivantes: intraveineuses, défibrillation, intubation endotrachéale, drainage, administration de médicaments et utilisation du vêtement anti-choc. Nous ne savons pas toutefois la durée exacte du programme de formation du paramédic, puisque la littérature consultée à ce sujet n'est pas toujours très claire. En fait, les différentes données en notre possession font part d'une formation pouvant varier entre six et huit semaines, et elle semble se confondre en grande partie avec la formation de base déjà citée (Wright, 1985; Vincent 1987; ECMT, 1982).

L'Espagne: - Il n'y a pas de formation et de qualification uniformes définies pour l'ensemble du pays; il existe un conflit entre

les pompiers et la Croix-Rouge qui assurent tous les deux les secours d'urgence aux blessés (L'Ambulancier, 1984; ECMT, 1982).

**Italie:** - Il n'y a pas de formation définie au niveau national; chaque hôpital fait sa propre formation (L'Ambulancier, 1984).

**Luxembourg:** - Il existe une formation continue tout au long de la carrière au moyen de périodes d'études (L'Ambulancier, 1984).

**Portugal:** - La formation du personnel de secours (policiers, pompiers et ambulanciers) est peu développée. Le traitement des patients durant le transport est, entre autres, jugé comme plus ou moins nécessaire (ECMT, 1982).

**RFA:** - Les programmes de formation pour le personnel ambulancier (Technicien Médicaux d'Urgence) sont en cours de préparation et de développement (ECMT, 1982).

En conclusion à ce panorama international (1), on peut dire qu'en plus des variations de formation liées au fait qu'un médecin se rende ou non sur les lieux d'un accident, il existe des différences importantes entre les éléments suivants: présence ou non de standards nationaux (appliqués de façon stricte ou plus souple dépendant des pays); intégration et hiérarchisation des différents niveaux de formation; la possibilité (ou obligation) d'actualiser sa compétence par la formation continue; existence ou non de standards de certification/recertification. Ce sont en effet des dimensions importantes qui nous permettront, dans le prochain chapitre, d'aborder les situations québécoise et canadienne de manière plus éclairée.

---

(1) L'Iran et l'Algérie ont un programme de formation pour le personnel ambulancier d'une durée de deux ans. En Indonésie et au Chili, il n'y a pas de formation standardisée obligatoire, quelques hôpitaux seulement en dispensant une. En Afrique du Sud, on retrouve, comme aux Etats-Unis, une formation à quatre niveaux dont le niveau paramédic. L'enseignement général nécessaire à l'entrée des écoles de formation est de plus très varié: de la microbiologie (Algérie) à la pharmacologie (Irlande), des soins infirmiers ou à domicile (en Suède et au Kenya) aux langues étrangères et aux mathématiques (certificat B.E.P.C. en Algérie)... (L'Ambulancier, 1984).

REFERENCES

- L'Ambulancier (1984); "Compte rendu de l'assemblée générale 1984", Revue Nationale des Ambulanciers Hospitaliers, 10: 16 pages.
- Anderson, I.W.R. et al. (1987); "Early emergency care study: the potential and benefits of advanced prehospital care", British Medical Journal, 294: 228-231.
- Borak, Janathan (1985); "A Primer on EMS for Connecticut Physicians", Connecticut Medicine, 49 (10): 657-661.
- Boyd, R. (1983); "Foreword", in Jacobs, Lenwoth M. et Bennett, Barbara R. (1983); Emergency Patient Care: Prehospital Ground and Air Procedures, Macmillan Publishing Company, New York, 345 pages.
- CEMT (1983); Le secourisme dans la circulation routière, Conférence Européenne des Ministres des Transports, document miméographié.
- CESU, Université Paris XII et SAMU 94 (1986), Rapport d'activité pour l'année 1986, Centre d'enseignement de soins d'urgence, document miméographié.
- CMSS (1985); La commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, Commission médicale de la Croix-Rouge Suisse, 3 pages.
- CMSS (1987); Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, lettre, 2 pages.
- Collectif (1986); "Making EMT-D Work; Proceeding from the University of Iowa Workshop", Special Report on Making EMT-D Work, Journal of Emergency Medical Services, 11 (2): 26-32.
- ECMT (1982); Emergency Assistance on the Roads, European Conference of Ministers of Transport, Federal Highway Research Institute, Cologne, 122 pages.
- EMS Boston (1983); Continuing Education Requirements, EMT-Paramedic, The Commonwealth of Massachusetts, Department of Public Health, Office of Emergency Medical Services, Boston, Massachusetts, document miméographie.
- Gold, Claudia R. (1987); "Prehospital Advanced Life Support vs "Scoop and Run" in Trauma Management", Annals of Emergency Medicine, 16 (7): 797-801.
- Goth, Peter (1987); "Breaking Ground On EMT-W", Response!, July/August: 10-13.

- Huckstep, R.L. (1980); "Education in First Aid and Resuscitation for Medical Students and Doctors", Proceedings of Seminar: Learn Live on the Road, Road Trauma Committee, Royal Australasian College of Surgeons, Sydney.
- IAS/CMSS (1983); Directives concernant la formation et l'engagement de l'auxiliaire affecté au transport de patients, Interassociation de sauvetage et Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, 10 pages.
- IAS/CMS (1984); Directives concernant la formation et l'engagement du sauveteur sanitaire IAS; Interassociation de sauvetage et Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, 14 pages.
- IAS/CMSS (1985); Directives concernant la formation sanitaire des fonctionnaires de police, l'Association de Sauvetage et Commission médicale suisse des premiers secours et de sauvetage, 6 pages.
- IAS/CMSS (1986a); Directives concernant la formation sanitaire dans le domaine du sauvetage, Interassociation de sauvetage et Commission médicale suisse de premiers secours et de sauvetage, 27 pages.
- IAS/CMSS (1986b); Directives relatives à la formation et à l'activité du médecin d'urgence, Interassociation de sauvetage et Commission médicale suisse de premiers et de sauvetage, 8 pages.
- McKnew, Mark A. et al. (1987); "Level of Care - A Subjective Comparison of EMTS and Paramedics", Journal of Emergency Medical Services (JEMS), April: 38-42.
- MSPSS (1973); Arrêté relatif au certificat de capacité ambulancier, Ministère de la Santé publique et de la Sécurité sociale, Paris, 3 pages.
- NAEMSD (1985); State Emergency Medical Services: A National Survey, Part I, National Association of State Emergency Medical Services Directors, U.S. Public Health Service, Maryland, 44 pages.
- NCHSR (1978); Emergency Medical Services Systems Research Projects, 1978, Project Seattle-King County, Department of Public Health, National Center for Health Services Research, U.S. Department of Health, Education and Welfare: 19-22.
- NHTSA (1979); Emergency Medical Services: First Responder Training Course, Course Guide, National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, Washington, D.C. 10 pages.
- NHTSA (1984); Emergency Medical Technicien-Ambulance: National Standard Curriculum, Course Guide (Third Edition), National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, Washington, D.C., 18 pages.

- NHTSA (1985); Emergency Medical Technician-Paramedic: National Standard Curriculum, Course Guide, National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, Washington, D.C. 24 pages.
- NHTSA (1986); Emergency Medical Technician-Intermediate: National Standard Curriculum, Course Guide, National Highway Traffic Safety Administration, U.S. Department of Transportation, Washington, D.C. 16 pages.
- Robillard, Gilles et Léger, Lloyd (1984); Bilan du stage effectué en France auprès des SAMU, document miméographie, 87 pages.
- Royal Australasian College of Surgeons, Life Insurance Federation of Australia (1985); Road Trauma - The National Epidemic, 50 pages.
- Trudeau, Pierre et al. (1987); Planification et opération d'un système d'Urgences-Santé: la problématique, Centre de recherche sur les Transports, Université de Montréal, 80 pages.
- Vieux, Norbert et al. (1982); Manuel de secourisme, Collection des manuels d'enseignement de la Croix-Rouge Française, Flammarion Médecine-Sciences, Paris, 357 pages.
- Vincent, Richard (1986); "Resuscitation by Ambulance Crews", British Medical Journal, 292: 1257-1259.
- Willis, Evan et McCarthy, Lian (1986); "From First Aide to Paramedical: Ambulance Officers in the Health Division of Labour", Community Health Studies; 10 (1): 57-67.
- Wright, K.G. (1985); "Extended Training of Ambulance Staff in England", Social Science Medicine, 20 (7): 705-712.

**CHAPITRE V**  
**LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS AU QUEBEC**  
**ET LEUR SITUATION PAR RAPPORT A L'ETRANGER**

## 0. INTRODUCTION

Dans ce chapitre, nous aborderons l'état de la formation des premiers intervenants formels au Québec: ambulanciers, policiers, secouristes professionnels et autres intervenants susceptibles de secourir les victimes d'accidents de la route, à l'exception du grand public. Dans la première partie, nous verrons d'abord la formation dispensée aux techniciens-ambulanciers au Québec et nous la situerons par rapport à la formation reçue à l'étranger et dans le reste du Canada par le personnel équivalent.

Dans la deuxième partie du chapitre, nous ferons le point sur la formation en premiers soins et en réanimation cardio-respiratoire des policiers sur le territoire québécois, et nous préciserons davantage leur rôle auprès des victimes d'accidents de la route en regardant comment ils se positionnent face à l'étranger.

Enfin, dans la dernière partie, nous traiterons plus particulièrement des organismes de secours qui, dans de nombreuses régions du Québec, interviennent directement dans la prise en charge des victimes d'accidents de la route, même en l'absence de coordination véritable des urgences préhospitalières. De plus, nous comparerons leurs interventions avec ce qui se fait ailleurs en ce domaine.

Deux remarques préalables s'imposent toutefois. D'abord, comme nous l'avons amplement démontré tout au cours de cette étude, les premiers intervenants au Québec n'interviennent pas dans le cadre d'un système d'urgence préhospitalier, à l'exception de la région de Montréal qui constitue la seule expérience tendant dans cette direction; par conséquent, le rôle et les fonctions de chaque groupe d'intervenants demeurent jusqu'à ce jour mal définis. Cette situation participe souvent à créer une certaine confusion entre les intervenants, dès la première prise en charge des victimes sur les lieux mêmes de l'accident. Par exemple, dans certains cas, les ambulanciers doivent assurer eux-mêmes la sécurité sur la scène de l'accident sans l'aide des forces policières. Dans d'autres cas, comme les organismes de secours et les se-

couristes ne sont pas reconnus sur le plan professionnel, les policiers peuvent même aller jusqu'à empêcher certains d'entre eux d'intervenir parce qu'ils ne sont pas médecins, privant ainsi des victimes des premiers secours nécessaires!

En second lieu, il importe de souligner que cette absence de coordination et d'intégration du rôle des premiers intervenants dans le domaine préhospitalier (y compris le rôle du grand public en tant que tel) constitue sans aucun doute à l'heure actuelle le principal problème rencontré dans l'organisation des secours d'urgence au Québec, bien davantage que la formation même du personnel. C'est donc en tenant compte de ce contexte d'ensemble qu'il faut comprendre les principaux enjeux liés au développement d'un véritable système d'urgence préhospitalier au Québec, dont la formation du personnel n'est que l'un des aspects particuliers. L'efficacité d'un système de transport des victimes d'accidents de la route ne saurait donc suffire à lui seul, sans l'existence d'autres composantes, à garantir aux citoyens québécois une prise en charge efficace des urgences préhospitalières.

## 1. LA FORMATION DES TECHNICIENS-AMBULANCIERS AU QUÉBEC: UNE SITUATION EXPLOSIVE!

### 1.1 Le rôle mal défini des ambulanciers québécois

Pendant longtemps au Québec, la fonction de "préposés aux ambulances" n'a été considérée qu'à titre d'emploi temporaire et secondaire (Cloutier, 1986). En effet, l'absence de conditions de travail intéressantes, les bas salaires de même que le peu d'encouragement à prodiguer des soins de qualité, fussent-ils de base, en ont fait un métier sans perspective d'avenir et surtout peu valorisant sur le plan professionnel (Cloutier, 1986). Aujourd'hui encore, dans plusieurs régions du Québec - à l'exception de la région de Montréal où le salaire horaire moyen varie entre 12 \$ et 13 \$ de l'heure (Tremblay, 1987b) - la situation de l'emploi dans le secteur ambulancier se caractérise par des conditions de travail peu avantageuses et par une forte mobilité du personnel. En effet, dans de nombreuses régions du Québec, particulière-

ment dans les zones périphériques en raison du faible volume des appels, l'ambulancier est mis en disponibilité à son domicile en échange d'une prime de 1 \$ de l'heure (Tremblay, 1987a)!<sup>(1)</sup> Ainsi, dans la grande majorité des cas, les ambulanciers québécois exercent leur métier à temps partiel (Tremblay, 1987). De plus, environ 70% de tous les techniciens-ambulanciers gagnent moins de 5 000 \$ par année, alors que 12% seulement ont des revenus de plus de 15 000 \$ (MSSS, 1987).

Aussi, ce n'est que depuis quelques années, avec le développement des technologies médicales d'urgence importées des Etats-Unis et les transformations relatives au domaine préhospitalier, que les ambulanciers québécois, à l'instar de leurs collègues à travers le monde, ont commencé à revendiquer une reconnaissance professionnelle de leur travail, des conditions de travail décentes et un niveau de qualification correspondant. En effet, l'ensemble des transformations technologiques récentes ont sans aucun doute permis de "révolutionner" la profession ambulancière, la faisant évoluer du niveau de simple brancardier à celui de professionnel des soins médicaux d'urgence, ouvrant ainsi de nouvelles perspectives de mobilité sociale et professionnelle. C'est donc dans ce vent de changement technologique que les besoins de formation complémentaire du personnel ont commencé à se faire sentir, donnant lieu notamment à diverses expériences quelque peu anarchiques de "formation-maison" ou encore à la décision d'individus d'aller poursuivre une formation plus avancée soit aux Etats-Unis, soit en Ontario, même si aucune reconnaissance de ces cours ne leur est actuellement donnée dans notre province (Association des ambulanciers de l'Outaouais, 1986).

Comme l'ont souligné plusieurs observateurs, la situation actuelle démontre, en effet, que les ambulanciers québécois n'ont jamais été véritablement intégrés à l'équipe des urgences hospitalières (Cloutier, 1986). Ceci serait dû à un manque de reconnaissance professionnelle du domaine préhospitalier d'une part, mais aussi à l'actuelle

---

(1) Selon certains estimés, il faut dans ces régions environ 120 heures de disponibilité par semaine pour obtenir un salaire variant entre 250 \$ et 350 \$, dont 105 heures d'attente et une quinzaine d'heures de transport, selon les aléas de la demande (MSSS, 1987).

formation de base qui correspondrait de moins en moins à la réalité des urgences préhospitalières contemporaines, souvent graves et nécessitant des soins plus avancés. En fait, le rôle et les fonctions du personnel préhospitalier n'ayant jamais été vraiment bien définis, il en résulte pour le personnel des salles d'urgence en milieu hospitalier une certaine indifférence quant au rôle des techniciens-ambulanciers dans le système de santé au Québec. Il faut noter en effet que plusieurs professionnels de la santé ne prennent en considération ni les interventions effectuées avant l'arrivée à l'hôpital (qui par ailleurs ne sont même pas comptabilisées dans le dossier du patient), ni les informations fournies par le technicien-ambulancier sur l'état du patient (Cloutier, 1986). De plus, le "rapport ambulancier" (formulaire du MSSS où sont inscrites les notes relatives à l'état du patient) n'étant pas d'usage obligatoire à travers la province, il n'est donc pas nécessairement utilisé à l'arrivée du patient à l'hôpital (MSSS, 1987). A l'inverse, les informations relatives à l'état du patient, lors de transport inter-établissement, ne sont pas toujours divulguées aux techniciens-ambulanciers en raison de la loi sur la confidentialité et les renseignements personnels, rendant parfois extrêmement délicate la tâche de l'ambulancier en cas de complication durant le transport (Association des ambulanciers de l'Outaouais, 1986).

De plus, la non-reconnaissance professionnelle des ambulanciers est souvent vécue de manière pénible par ces derniers du fait que, dans la plupart des cas, ils sont laissés à eux-mêmes et doivent s'en remettre à leurs seules connaissances de base quel que soit l'aspect de leur travail; en effet, il n'existe pas de **protocoles standardisés** définissant les interventions préhospitalières dans le domaine du transport ambulancier au Québec (1).

Il y a donc une réelle absence de coordination et d'intégration des services de soins préhospitaliers dans le système de santé au Québec, dont les effets se traduisent non seulement par une

---

(1) En 1986, l'Association des ambulanciers de l'Outaouais faisait ressortir particulièrement cette situation lors d'un mémoire présenté à la Commission Rochon (Association des ambulanciers de l'Outaouais, 1986).

formation inadéquate du personnel, mais aussi par l'absence de standards et d'uniformité des services et soins préhospitaliers dispensés à travers toute la province. C'est donc dans ce contexte bien particulier que se situent actuellement les enjeux fondamentaux de la formation des techniciens-ambulanciers québécois, pour qui l'amélioration des soins préhospitaliers doit nécessairement passer par celle de leur statut et de leur formation professionnelle. Enfin, compte tenu de l'impact extrêmement important des variations régionales quant aux exigences de formation et quant aux conditions de travail, il n'est pas inutile de rappeler brièvement quelques grandes caractéristiques du personnel ambulancier.

## 1.2 Quelques caractéristiques du personnel ambulancier québécois

### 1.2.1 Formation et expérience des ambulanciers en exercice

On retrouve actuellement pour l'ensemble des dix régions du Québec, 4 131 ambulanciers détenant des cartes d'attestation du ministère de la Santé et des Services sociaux. Parmi ces personnes, 2 336 (56,5%) travaillent régulièrement ou à l'occasion dans une entreprise ambulancière. Selon le MSSS, plusieurs personnes travaillent encore actuellement soit à pourcentage, soit à forfait pour chaque transport effectué (MSSS, 1987).

Le tableau V.1 présente quelques données sur le nombre moyen actuel d'heures de formation et d'années d'expérience d'un échantillon d'ambulanciers de certaines régions du Québec, permettant ainsi de visualiser les écarts régionaux face à ces dimensions. Selon certaines études, la formation des ambulanciers au Québec est en moyenne de 166 heures, à l'exception de la région 06-a où elle est de 737 heures (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986; MSSS, 1987). Ces moyennes camouflent cependant le fait que certains individus ont jusqu'à 2 000 heures de formation, alors que d'autres possèdent encore l'ancienne formation de l'Ambulance Saint-Jean qui se limitait à quarante heures.

TABLEAU V.1

FORMATION DE BASE, ACTUALISATION DE LA FORMATION ET ANNEES D'EXPERIENCES  
DES AMBULANCIERS QUEBECOIS SELON LES REGIONS SOCIO-SANITAIRES (1)

<u>REGIONS</u>	<u>NOMBRE D'EMPLOYES DANS L'ECHANTILLON</u>	<u>NOMBRE MOYEN D'HEURES DE LA FORMATION DE BASE</u>	<u>NOMBRE MOYEN D'HEURES D'ACTUALISATION</u>	<u>NOMBRE MOYEN D'ANNEES D'EXPERIENCE</u>
Bas-St-Laurent (01)	13	150	0	6.0
Saguenay Las-St-Jean (02)	--(2)	--	--	--
Québec (03)	34	163	590 <sup>(3)</sup>	5.2
Trois-Rivières (04)	13	165	0	5.0
Estrie (05)	--		--	--
Montréal (06-A)	54	737 <sup>(4)</sup>	60	4.7
Laurentides- Lanaudière (06-B)	32	168	325	4.6
Montérégie (06-C)	13	166	30	5.0
Outaouais (07)	76	156	90	3.5
Nord-Ouest (08)	8	150	0	5.0
Côte-Nord (09)	25	141	32	8.0

- NOTES: (1) Ces données sont compilées à partir d'un échantillonnage de volontaires et ne reflètent que partiellement la réalité; ce sont toutefois les seules données que nous possédions à ce sujet.  
(2) Données non disponibles.  
(3) Cette moyenne est largement influencée par un individu qui a une formation de 3 870 heures; sans lui, la moyenne est de 49 heures.  
(4) Ici aussi, quelques individus ayant une formation de type paramédic (plus de 2 000 heures) influencent la moyenne à la hausse.

SOURCE: Compilé à partir d'une série de tableaux in: MSSS-MESS, Demande d'implantation d'une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières, Ste-Foy, 1986.

### 1.2.2 La situation de la syndicalisation

Comme la syndicalisation des ambulanciers est très certainement le facteur qui a eu le plus d'impact sur l'évolution de leurs conditions de travail et de formation (1), regardons d'un peu plus près sa situation dans l'ensemble du Québec. En fait, le mouvement de syndicalisation du secteur ambulancier ne touche véritablement que les régions 06A, 06B et 06C, qui rassemblent cependant le plus fort pourcentage des employés de ce secteur. Ainsi, si l'on exclut la région 06-A, on compte actuellement 31 entreprises syndiquées sur 176, dont 22 appartenant aux régions 06B et 06C. En Gaspésie, Bas-St-Laurent et Îles-de-la-Madeleine (01), au Saguenay-Lac-St-Jean (02), sur la Côte-Nord (08) et dans le Nord-Ouest du Québec (09), aucune entreprise n'est actuellement syndiquée, alors que dans la grande région de Québec (03), quatre entreprises sur 43 le sont (MSSS, 1987). Néanmoins, comme les pressions syndicales concernant l'uniformisation de la formation et des conditions de travail dans l'ensemble des régions se font de plus en plus pressantes, la syndicalisation de ce secteur tendra vraisemblablement à se généraliser au cours des prochaines années, surtout - comme la réforme de mars 1988 le laisse entrevoir - si l'ensemble des conditions de travail de l'ensemble des ambulanciers est négocié centralement.

### 1.2.3 La situation selon quatre catégories géographiques de services

Soulignons enfin, pour terminer ce portrait des conditions d'exercice des ambulanciers québécois, qu'il existe présentement quatre grandes catégories de services ambulanciers à travers la province: la région du Montréal-Métro, les zones urbaines, les zones subventionnées et les grands parcs.

Les services de la région du Montréal-Métro se caractérisent, comme on le sait, par la présence d'Urgences-Santé et par celle, au besoin, de médecins sur les lieux mêmes d'un accident. Le volume d'appels

---

(1) C'est en particulier par le biais du Rassemblement des employés techniciens-ambulanciers du Québec (RETAQ-CSN) établi à Montréal, que les pressions pour négocier des heures et cours de formation complémentaire sont actuellement les plus importantes.

pour le transport ambulancier (180 000 par année) y est presque aussi élevé que dans l'ensemble du reste de la province. En règle générale, les conventions collectives montréalaises prévoient un salaire horaire plus élevé que partout ailleurs au Québec, ce qui aurait eu pour effet, selon certains, de drainer une partie importante des ressources en personnel des autres régions vers celle de Montréal (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986).

Dans les zones urbaines des régions 06-B et 06-C, mais aussi à Sherbrooke, à Québec et dans la région de Hull-Gatineau, la situation s'est nettement améliorée au cours des dernières années. Le volume des appels est assez élevé pour créer des quarts de travail à plein temps et, bien que les salaires ne soient pas encore aussi élevés qu'à Montréal, ils sont cependant assez importants pour favoriser une certaine stabilité du personnel (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986).

Quant à la situation des zones subventionnées (qui regroupent environ 70% de toutes les entreprises ambulancières), les salaires y sont largement inférieurs à ceux qu'on retrouve dans les zones urbaines; le volume des appels est moins élevé et les employés ne travaillent généralement que sur appel. Malgré les efforts en matière de subventions, le taux de roulement du personnel reste encore très élevé, dû au faible revenu dérivé de cet emploi (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986). On ignore toutefois, si les nouvelles conditions de travail annoncées par le Ministre en mars 1988 seront implantées rapidement et si elles permettront vraiment de maintenir du personnel qualifié en régions périphériques.

La situation dans les grands parcs est, quant à elle, particulière; le volume des appels est peu élevé (20 à 60 par année) et les salaires sont entièrement subventionnés par le gouvernement. Selon les données recueillies, 95% des patients transportés sont des polytraumatisés graves et nécessitent des soins particuliers, ce qui semble justifier le maintien de la force de travail ambulancière actuellement déployée dans ces zones (Comité conjoint MSSS-MESS, 1986; MSSS, 1987).

Voilà donc en résumé l'état de la situation du personnel ambulancier dans l'ensemble des régions du Québec. En dehors de la région de Montréal et de son service intégré, les principales caractéristiques à retenir, particulièrement pour les régions périphériques, sont les suivantes:

- De mauvaises conditions de travail;
- de bas salaires;
- une instabilité de la main d'oeuvre;
- un manque d'encadrement;
- une non-reconnaissance de la spécificité du travail de l'ambulancier par les autres professionnels de la santé;
- une absence de contrôle sur la qualité du travail effectué.

### **1.3 L'état de la formation des techniciens-ambulanciers au Québec**

#### **1.3.1 Critères de certification et contenu de la formation**

Selon le Règlement d'application de la Loi sur la protection de la santé publique (L.R.Q., C. P-35, a.69, 1er septembre 1985), les qualifications requises dans le domaine du transport ambulancier au Québec sont actuellement une formation de base en techniques ambulancières de 120 heures au minimum pour le préposé d'ambulance et de quarante heures au minimum pour le conducteur de l'ambulance. A l'exception de la région de Montréal où la formation de base pour tous les techniciens-ambulanciers a été haussée à 336 heures suite aux recommandations du rapport Marois (dont 285 heures de formation de base, en plus de cinquante-et-une heures d'intégration au système Urgences Santé et d'un cours de conduite préventive d'urgence), il s'agit donc là de la formation minimum de base requise pour le reste de la province.

La durée du cours dans chaque région est établie par le CRSSS à partir de règles ministérielles; le cours de préposé d'ambulance se donne présentement dans quatorze cegeps autorisés et varie de 99 à 368 heures. Toutefois, les crédits de cours sont actuellement de niveau secondaire, et non collégial (par le biais de l'Éducation des adultes et des Commissions de Formation professionnelle); les cegeps n'ont de fait été habilités à dispenser ce cours que pour des raisons administratives

et structurelles (locaux, etc.). Le tableau V.2 présente la liste des cegeps autorisés à dispenser le cours ainsi que sa durée à chaque endroit. A noter qu'avant 1978, une attestation d'un cours de type ambulance Saint-Jean d'environ quarante heures était jugée suffisante et qu'une certaine portion du personnel ambulancier actuel n'a pas d'autre formation que ces quarante heures. En outre, seuls les candidats pouvant faire la preuve d'un engagement par une entreprise ambulancière peuvent généralement suivre le cours de formation de "préposés aux ambulances".

La formation est sanctionnée par une carte "d'attestation de compétence du ministère de la Santé et des Services sociaux", qui est renouvelable sur demande sans réévaluation. Il n'existe donc pas à l'heure actuelle, en regard de la loi, de mécanisme de recertification obligatoire ou de formation continue du personnel, sauf en ce qui a trait au cours de Réanimation cardio-respiratoire (RCR), dont les normes de recertification appliquées de manière quelque peu anarchique, dépendent de la Fondation du Québec des maladies du coeur. Les différents programmes d'actualisation des techniques de base, lorsqu'ils existent, le sont essentiellement grâce à l'initiative locale du CRSSS ou de certains cegeps, ou encore grâce à différents intervenants oeuvrant dans le domaine de l'urgence, par exemple les urgentologues.

Selon le Règlement d'application de la loi régissant les services ambulanciers, une personne doit, pour agir comme conducteur ou préposé, répondre aux normes minimales suivantes:

TABLEAU V.2: CONTENU DE LA FORMATION DE PRÉPOSE D'AMBULANCES, SELON LE CEGEP.

Collèges	Ste-Foy	Thetford	Riv. Du Loup	Trois-Riv	Ahuntsic	Hull	Sherbrooke	Chicoutimi	Moy.	Variation
Introduction aux techniques ambulancières 181-701-86 (30 heures)	12	6	19	46	34	21	21	22	21.3	6 à 46 hres
Le corps humain I I 101-903-86 (45 heures)	0	3	4	0	30	24	0	3	8	0 à 30 hres
Réanimation cardio-respiratoire 107-941-81 (30 heures)	20	12	32	15	15	24	20	15	19.1	12-32 hres
Urgence pré-hospitalière I 181-702-86 (60 heures)	8	9	2	9	10	9	9	15	8.8	2 à 15 hres
Urgence pré-hospitalière I I 181-703-86 (90 heures)	22	12	10	17	10	21	21	24	17.1	10 à 24 hres
Urgence pré-hospitalière I I I 181-704-86 (90 heures)	31	21	16	26	21.5	48	42	51	32.1	16 à 51 hres
Urgence pré-hospitalière IV 181-705-86 (90 heures)	11	12	8	15	9.5	36	21	33	18.2	9.5 à 33 hres
Psychologie sociale 350-903-77 (45 heures)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Interrelation dans le monde professionnel 350-906-77 (45 heures)	8	3	8	6	4	32	15	21	12.1	3 à 32 hres
Urgence pré-hospitalière V 181-706-86 (30 heures)	30	18	32	40	30	25	30	18	27.8	18 à 32 hres
Conduite préventive d'urgence 311-729-86 (30 heures)	0	0	4	0	15	0	0	0	8.5	4 à 15 hres
L'ambulancier et son milieu 181-707-86 (30 hres)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Intégration 181-708-86 (45 heures) Stage 181-709-86 (135 hres)	8	6	4	11	94	115	60	38	42	4 à 115 hres
TOTAL	150	99	139	150	285	368	239	240	208	99 à 368 hres

\* Autres Cegeps dispensant le cours non inclus dans le sondage: Gaspé, St-Jérôme, Joliette, St-Jean, Rouyn, Hauterive

Source: Comité conjoint MSSS-MESS, Demande d'implantation d'une attestation d'études collégiales en techniques ambulancières, Sainte-Foy, Mai 1986.

- Avoir neuf ans de scolarité dans le cas d'un conducteur, ou onze ans dans le cas d'un préposé;
- être âgé d'au moins dix-huit ans;
- être capable d'utiliser tous les équipements requis dans une ambulance;
- connaître les dispositions de la loi relativement aux services ambulanciers.

De façon générale, le contenu du cours de formation élaboré en 1978 comprend: l'examen physique du bénéficiaire, les techniques de réanimation, les techniques d'immobilisation des fractures et de luxation, le contrôle des hémorragies et l'assistance à la respiration (Ministère de l'Éducation, 1985). Développé en collaboration avec le ministère de l'Éducation, le contenu sert de base, en principe, à l'ensemble des cours dispensés à travers la province. L'examen du tableau V.2 permet aussi de voir les variations quant au contenu entre les diverses régions.

### **1.3.2 Les principaux problèmes caractérisant la situation actuelle**

En 1985-1986 le MSSS, à travers les CRSSS, a injecté près de 800 000 \$ dans la formation du personnel ambulancier soit pour rendre conforme la formation du personnel travaillant déjà dans une entreprise, soit pour de nouveaux candidats (MSSS, 1987). A l'heure actuelle, aucune entreprise ambulancière n'investit dans la formation de son personnel puisque ce sont les différents palliers gouvernementaux qui remboursent la totalité des frais de cours et les heures de libération du personnel déjà en fonction (Tremblay, 1987a). En outre, les entreprises estiment qu'il appartient à chaque personne d'avoir les pré-requis nécessaires, et donc d'assumer les frais de sa formation (Tremblay, 1987a).

Déjà en 1985, la Direction générale de la santé du ministère des Affaires sociales identifiait plusieurs autres problèmes relatifs à la formation du personnel ambulancier au Québec: manque d'unification dans l'organisation et la planification des cours; absence de standardi-

sation des différents programmes donnés actuellement dans les cegeps; existence d'un développement plutôt anarchique des systèmes de formation mis en place dans l'ensemble de la province; aucune actualisation des connaissances du personnel enseignant les cours; disparité dans les notes de passage d'un cegep à l'autre; rareté du recyclage et du perfectionnement; absence de certification et de recertification; absence de formation clinique durant les études des ambulanciers, etc. (MAS, 1985).

Les problèmes relatifs à la formation du personnel ambulancier au Québec sont donc déjà connus depuis quelques années. Bien que plusieurs amorces de solutions aient été proposées ou entreprises ici et là, on doit reconnaître qu'à l'heure actuelle aucune mesure satisfaisante ne répond globalement et à la motivation de nombreux ambulanciers de se perfectionner (comme en témoigne le choix de plusieurs d'aller se former ailleurs de leur propre chef) et à la nécessité d'une formation uniforme adaptée aux situations urgentes actuelles.

### 1.3.3 Une A.E.C. de 825 heures: la solution?

C'est dans cette perspective qu'en 1986, le MSSS a entrepris la réévaluation et la restructuration en profondeur du cours de formation de base en Techniques ambulancières. Cette opération a donné lieu à la recommandation par un comité d'expert d'un cours de 825 heures de niveau collégial, lequel se voulait la pierre angulaire du développement des systèmes préhospitaliers au Québec (Comité-conjoint, MSSS-MESS, 1986). Il s'agissait en fait d'une proposition de formation de base qui s'apparenterait à celle que l'on retrouve actuellement en Ontario, fondée elle-même sur l'expérience des Etats-Unis.

Toutefois, l'opérationnalisation de ce projet d'attestation d'études collégiales (A.E.C.) a été retardé en raison des coûts inhérents à son implantation pour l'ensemble de la province et, ensuite, par l'attente du MSSS du dépôt des rapports de la Commission Rochon et de la firme Secor. Aussi l'annonce par le ministre Dutil, en mars 1988, que le Ministère se rendait finalement à la proposition de l'A.E.C. de 825 heures a-t-elle été accueillie avec enthousiasme par la majorité des

intervenants du milieu. Il reste maintenant à voir dans quels délais et selon quelles modalités d'application on mettra en oeuvre cette nouvelle formation, et qui assumera les millions nécessaires à son implantation...

Devant la lenteur gouvernementale à statuer sur le dossier, et attendu les importants besoins du personnel ambulancier, plusieurs initiatives ont vu le jour au cours des dernières années, dont nous présentons les principales en conclusion à ce tour d'horizon de la formation des ambulanciers québécois.

#### 1.3.4 Quelques initiatives intéressantes

Plusieurs démarches ont en effet été entreprises au cours des dernières années, à l'instigation notamment de certains CRSSS, soit pour augmenter le nombre d'heures de formation, soit pour proposer des mesures d'amélioration de la qualité générale des interventions préhospitalières. Par exemple, en juin 1987, la table de travail du Comité inter-CRSSS sur la formation des techniciens-ambulanciers a proposé au MSSS l'utilisation généralisée d'un rapport d'intervention préhospitalière afin d'uniformiser le fonctionnement et d'assurer un contrôle sur la qualité des interventions effectuées par les techniciens-ambulanciers. Selon cette proposition, le formulaire serait dorénavant inclus dans le dossier médical du patient, ce qui officialiserait les interventions préhospitalières. De plus, dans les cas de révision, il pourrait servir de document légal pouvant démontrer que toutes les dispositions prises par un technicien-ambulancier étaient nécessaires. Enfin, ce formulaire étant standardisé, il pourrait être également utilisé à des fins de recherche ou de contrôle de la qualité des interventions effectuées par les techniciens-ambulanciers (voir un exemple de ce formulaire, en annexe au présent chapitre) (Table Inter-CRSSS, 1987).

Dans la région de l'Estrie, le CRSSS-05 a développé depuis 1985 un manuel de protocoles d'intervention pour le transport ambulancier. Dans ce cahier de protocoles, on retrouve une trentaine de

problèmes courants (asthme, blessures abdominales, spinales ou thoraciques, coma, choc, empoisonnements, intoxications, traumatismes, etc.) dans le domaine du transport ambulancier. Chaque protocole contient une brève description de la maladie ou de la blessure, les signes et les symptômes possibles et les gestes à effectuer jusqu'à l'arrivée à l'hôpital. Ce cahier de protocoles, réalisé en collaboration avec divers intervenants régionaux (CRSSS-05, médecins, compagnies d'ambulances, préposés, etc.), est maintenant obligatoire dans la région de l'Estrie et doit se retrouver à bord de chaque véhicule (Manuel de protocoles, 1985).

Plus récemment, les ambulanciers de la région de Québec (03), ont répondu en grand nombre à l'offre d'un cours de formation additionnel qui leur a été proposé par les urgentologues du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL). Destiné à toutes les compagnies ambulancières oeuvrant dans un rayon de cinquante kilomètres de Québec, ce cours d'une quinzaine d'heures, donné bénévolement par les urgentologues, portait sur un rappel des notions et techniques de base pour les soins aux victimes d'accidents de toutes sortes: problèmes pédiatriques et gériatriques, désincarcération dans les cas d'accidents automobiles, choc, problèmes respiratoires et cardiaques. Selon les évaluations effectuées, 80% de tous les techniciens-ambulanciers de la région de Québec s'en seraient prévalu (Le Soleil, 28 novembre 1987).

Enfin, plusieurs agences privées offrent maintenant des cours de formation complémentaire au personnel des services ambulanciers. La réponse importante des ambulanciers à ce type de formation, dont ils doivent assumer personnellement les coûts, est une indication très nette de leur volonté de hausser leur niveau de compétence et de rehausser l'image de leur profession. L'une de ces agences (Hélène Quévillon Inc.) s'est particulièrement signalée en offrant les séminaires de formation BTLS (Basic Trauma Life Support) de l'American College of Emergency Physicians. Cette entreprise offre aussi d'autres formations relatives au domaine préhospitalier, rivalisant ainsi avec d'autres agences de formation (dont la société à but non lucratif Québec-Trauma) qui cherchent également à mettre sur pied des programmes de formation du

personnel en phase préhospitalière (PHTLS). L'existence de ces cours est une indication supplémentaire non équivoque du besoin très important (et donc du marché) existant actuellement au Québec pour l'amélioration de la formation du personnel ambulancier...

## **2. LA FORMATION DU PERSONNEL AMBULANCIER DANS LE RESTE DU CANADA**

### **2.1 L'état de la situation**

Dans l'ensemble du Canada, on retrouve différents niveaux de formation pour différents types de personnel (Emergency Medical Attendant I, II, III). Comme nous l'avons vu dans les chapitres précédents, plusieurs grandes villes au Canada offrent des services de paramédics et, par conséquent, offrent aussi une formation de ce niveau. D'un point de vue plus général, on peut dire que l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique ont des programmes de formation avancée qui diffèrent peu les uns des autres, offrant un même type de contenu et poursuivant des objectifs similaires (dispenser des soins médicaux d'urgence de niveau plus avancé), même si les standards de formation varient quelque peu d'une province à l'autre.

C'est en Ontario que l'on retrouve la formation de base la plus développée à travers tous le Canada: 1 000 heures de formation de base pour tous les préposés aux soins médicaux d'urgence oeuvrant dans un service ambulancier. En effet, depuis 1975, le personnel exerçant ses fonctions à temps plein dans un service ambulancier doit avoir suivi la formation de base menant au certificat provincial (Emergency Medical Care Assistant (EMCA)). Cette formation est standardisée et tous les candidats doivent réussir les examens provinciaux pour obtenir le titre de préposé aux soins médicaux d'urgence (EMCA). Il s'agit là d'une condition obligatoire pour pouvoir postuler un emploi d'ambulancier en Ontario. Les employés à temps partiel et le personnel volontaire ont pour leur part une formation variée, mais ils ont tous une formation en secourisme de base et en RCR, rendue obligatoire par le Ambulance Act; le tableau V.3 présente un état de la situation ontarienne à cet égard.

TABLEAU V.3

**NIVEAU DE FORMATION DU PERSONNEL AMBULANCIER  
DANS LA PROVINCE DE L'ONTARIO**

Niveau de formation	Temps plein	Temps partiel*
EMCA (niveau de base, 1 000 heures)	60%	14%
FCC** (formation d'avant 1975, 160 h.)	12%	28%
Community College	24%	19%
Nursing	2%	--
Secourisme/RCR	1%	43%
Total	2 300	1 200

\* incluant les volontaires

\*\* Fundamentals of Casualty Care

SOURCE: Ministry of Health, Emergency Health Services, Ontario, Août 1986.

De son côté, l'Alberta offre la formation de niveau paramédic la plus avancée au pays (environ 2 520 heures de formation). Dans les provinces maritimes, (Ile-du-Prince-Edouard, Nouveau-Brunswick et Nouvelle-Ecosse), les officiers ambulanciers ont depuis peu un programme de formation similaire à leurs confrères de l'Ontario (Anonyme, 1987a). Dans la plupart des cas toutefois, la formation du personnel dans les provinces de l'est du pays reste très peu développée. Par exemple, à Terre-Neuve, il n'y a aucune obligation particulière relativement à la formation du personnel pour conduire un véhicule ambulancier (Anonyme, 1987b).

Le tableau V.4 permet finalement de visualiser les variations entre les différents programmes de formation qui existent actuellement au Canada. D'un bout à l'autre du pays, la formation du personnel ambulancier varie entre, au plus bas niveau, un certificat de secourisme de trente heures de l'Ambulance Saint-Jean (Nouveau-Brunswick) et, au plus haut niveau, une formation paramédicale de plus de 2 520 heures en Alberta. La formation du personnel ambulancier est donc très inégale d'un endroit à l'autre à travers le pays. Dans ce portrait, le Québec tend à se situer environ au cinquième rang parmi toutes les provinces. Néanmoins, il n'y a que peu de différences réelles entre le Manitoba, le Québec, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Ecosse, l'Ile-du-Prince-Edouard et la province de Terre-Neuve; dans ces provinces, la formation du personnel varie en ce moment en moyenne entre 100 et 200 heures de formation. Au-delà de ces remarques d'ensemble, quelques expériences particulières s'avèrent intéressantes, sur lesquelles nous allons maintenant nous attarder.

## **2.2 Quelques particularités de programmes de formation offerts au Canada**

En Alberta, le technicien médical d'urgence de base (EMT-A) reçoit une formation de 240 heures au minimum, (i.e. huit semaines de formation à temps complet), dont 200 heures de formation théorique et quarante heures de formation pratique. Quant au technicien paramédic, il poursuit sa formation durant près de deux ans à temps complet, dont neuf

TABLEAU COMPARATIF SUR LA FORMATION DU PERSONNEL AMBULANCIER AU CANADA

Provinces	Entreprises		Personnel		
	Privées	Publiques	Formation	Nombre d'heures	Diplôme
Colombie-Britannique		Relève du Ministère (186)	Emergency Medical Attendant I-II-III	I-80 hres II-240 hres III-1 000 hres	Certificat collégial et une licence
Saskatchewan	58	Hôpitaux; municipalités (50)	Emergency Medical Technician and Assistant	EMA-165 hres EMT-165 hres Projet-700 h.	Certificat et licence du Ministère; Recertifié après 2 ans
Manitoba	4	Municipales (77) Pompiers (2)	Cours d'ambulancier	EMT I-90 hres EMA II-180 h.	Certificat
Nouveau-Brunswick	12	Industrielles (12) Munic. (54) Hôpitaux (10)	Ambulance St-Jean I ou II Hôpitaux: cours supplémentaire	I- 30 hres II-130 hres	Certificat du Ministère
Nouvelle-Ecosse	58	Hôpitaux (2)	EMA II-EMA III (à mettre sur pied)	EMA I-120 hres av.entraînement (520 h.)	Certificat du Ministère
Ile-du-Prince-Edouard	15	-	Emergency Medical Care	Base: 240 hres Hôp.: 100 hres	Certificat du Ministère ou entreprises ambulanc.
Terre-Neuve	24	Hôpitaux (12) Municipales et bénévoles (29)	Ambulancier et Emergency Medical Attendant	Ambu. I-50 hres Ambu. II-90 " EMA-400 hres	Certificat émis par l'hôpital et Ambulance St-Jean
Québec	176	Municipalités (12)	Cours d'ambulancier donné par un collègue	150 à 336 hres (en révision pour 825 hres)	Attestation d'études collégiales et une carte
Ontario	65	Hôpitaux (68) Municip. (17) Gouv. (9) Vol. (36)	Emergency Medical Care Attendant	1 000 hres environ	Certificat du collège et une licence du Ministère
Alberta	25	Pompiers et Hôpitaux (35) Groupes Bénévoles (35)	Basic First Aid I EMIA II Paramedic III	260 hres à 2 520 hres	Certificat

SOURCE: Ministère de la Santé et des Services sociaux, Analyse conjoncturelle du transport ambulancier au Québec à l'extérieur de la région 06A, Québec, Mars 1987.

mois de formation théorique en classe, neuf mois de formation sous supervision dans un service ambulancier et six semaines de formation clinique dans un milieu hospitalier. Sa formation initiale totalise ainsi près de 2 715 heures et le programme est très bien développé.

Partout, les programmes offrent de l'enseignement théorique de même qu'une formation clinique et pratique de base aux candidats désirent travailler dans un service ambulancier. La stratégie utilisée en Ontario est toutefois fort judicieuse puisque tous les candidats reçoivent une formation initiale de base qui permet, à partir des besoins spécifiques des programmes de niveau plus avancé, de la hausser tout simplement à un niveau paramédic. En effet, la principale distinction entre la formation d'un préposé aux soins médicaux d'urgence et celle d'un paramédic ne se situe qu'au niveau des techniques avancées en soins d'urgence (défibrillation, intraveineuse, médication, utilisation du moniteur cardiaque), reprenant en cela le principe de l'intégration des niveaux de formation déjà souligné pour les Etats-Unis et la Suisse au chapitre précédent.

En Ontario, tous les ambulanciers doivent ainsi poursuivre un programme de formation d'un an menant au certificat de secours ambulanciers. Ce programme combine une composante théorique (60%), une composante pratique (40%) et des expériences cliniques soit en milieu ambulancier, soit en milieu hospitalier. Les exigences minimales requises pour suivre ce programme sont les suivantes: un diplôme de fin d'études secondaires incluant des connaissances en biologie (11e ou 12e année), un bon état de santé, un dossier d'immunisation, un certificat médical, un certificat de soins immédiats en RCR et un permis de conduire de classe F.

Quant à l'expérience de niveau paramédic qui se poursuit actuellement en Ontario, il est utile de rappeler qu'il s'agit d'abord de projets-pilotes. A l'heure actuelle donc, le gouvernement ontarien ne s'est pas encore prononcé sur les standards de formation paramédicale à établir. Cependant, le rapport du comité responsable de l'évaluation des projets en cours suggère d'établir plusieurs niveaux de services de

paramédics, ajustés aux critères suggérés par la littérature médicale contemporaine et à partir des besoins des communautés desservies. Il recommande:

- 1) Dans les villes de petites tailles, d'augmenter la qualification du personnel en place au niveau des techniques de défibrillation et d'intubation des patients;
- 2) Dans les zones rurales ou éloignées des centres médicaux spécialisés, augmenter la qualification du personnel en place en permettant l'utilisation de thérapies plus agressives et l'application du vêtement anti-choc (M.A.S.T.);
- 3) Dans les communautés urbaines, augmenter la qualification du personnel en place leur permettant de défibriller, d'intuber et d'administrer certaines thérapies médicamenteuses (Ontario Ministry of Health, 1986).

Enfin, parmi les organismes qui jouent un rôle important dans la promotion de la formation avancée dans le domaine préhospitalier au Canada, il faut souligner le rôle particulièrement actif de l'Act Foundation (The Advanced Coronary Treatment Foundation of Canada) et de l'Association médicale canadienne (l'AMC).

Cette dernière a mis sur pied des normes d'accréditation pan-canadiennes des programmes de formation dans les disciplines paramédicales, incluant les services médicaux d'urgence. L'AMC a lancé des programmes d'agrément des centres de formation pour le personnel ambulancier en vue d'uniformiser autant que possible la formation de ce type de personnel; un technicien-ambulancier du Québec pourrait ainsi travailler aussi bien à Toronto ou Halifax qu'en Colombie-Britannique. L'Association médicale canadienne a également suggéré des normes minimales de formation pour les auxiliaires médicaux d'urgence (AMU) de niveau I, II et III, qui s'apparentent en grande partie aux normes minimales établies par l'administration américaine (NHTSA). Ces normes ne sont toutefois pas encore largement utilisées, attendu la grande au-

tonomie provinciale des gouvernements en matière de soins de santé (AMC, 1986).

Quant au rôle de l'Act Foundation, il se caractérise particulièrement par l'organisation de compétitions nationales en soins avancés de réanimation. L'ACT a déjà organisé deux de ces compétitions, rassemblant diverses équipes d'ambulanciers et de sauveteurs de toutes les régions à travers le Canada (1). Lors de ces compétitions, les équipes ont l'occasion de se mesurer les unes aux autres dans des épreuves portant sur l'évaluation, la réanimation et la stabilisation de victimes simulées. Les techniques à utiliser incluent la RCR, l'intubation, l'administration de médicaments, la défibrillation cardiaque, etc. Ces compétitions visent à sensibiliser le grand public, la communauté médicale, les politiciens et divers organismes impliqués dans les services d'urgence à l'amélioration des soins d'urgence préhospitaliers avancés à travers tout le Canada (ACT, 1985).

En résumé, les provinces de l'ouest du Canada ont des programmes de formation de niveau plus avancé. Au cours des dernières années toutefois, les provinces de l'est du pays ont elles aussi cherché à améliorer la qualification de leur personnel ambulancier et plusieurs villes un peu partout au Canada cherchent également à développer des services d'urgence de niveau plus avancé. Ainsi, plusieurs programmes de formation sont actuellement en processus de révision. En somme, les problèmes relatifs à la qualification du personnel ambulancier au Québec ne sont, comme dans plusieurs autres provinces au Canada, que l'aboutissement de l'évolution du domaine préhospitalier qui a eu lieu au cours des dernières années.

Le tableau V.5 offre finalement au lecteur un résumé de la situation concernant la formation du personnel à l'étranger et au Québec et permet de situer l'expérience québécoise parmi les expériences étrangères dont nous avons traité dans les chapitres précédents.

---

(1) L'ACT Foundation, organisme à but non lucratif, est supportée financièrement par de grandes compagnies pharmaceutiques du Canada telles CIBA-GEIGY Canada, Astra pharmaceuticals, Bristol Laboratories, Smith, Kline et French ainsi que Burroughs-Wellcome.

En un mot, la situation québécoise est loin d'être parfaite, mais n'est pas non plus la pire ni au Canada ni à travers les pays industrialisés (par exemple en la comparant à la France, l'Espagne, le Portugal à l'Italie ou à certaines autres provinces). Il faut cependant reconnaître qu'à l'instar d'autres pays à travers le monde, l'absence de standards définis ainsi que le manque d'uniformité et de contrôle sur la qualité de la formation colorent à l'heure actuelle l'expérience québécoise de façon plus négative que positive.

TABLEAU V.5

**TABLEAU COMPARATIF SUR LA FORMATION DU PERSONNEL AMBULANCIER  
AU QUEBEC ET A L'ETRANGER**

<b>PAYS</b>	<b>NIVEAUX DE FORMATION</b>	<b>NOMBRE D'HEURES</b>	<b>DIPLOME</b>
Etats-Unis (Standards nationaux)	EMT-A	110 à 140 heures	Certificat et licence
	EMT-I	40 à 55 heures (prérequis EMT-A)	Certificat et licence
	EMT-P	700 à 1 000 heures (prérequis EMT-A)	Certificat et licence (National Registry)
France	Conducteur ambulancier	140 heures	Certificat de capacité d'ambulancier
Suisse (personnel travaillant dans un service ambulancier seulement)	Auxiliaire affecté au transport des patients	Cours de base de 26 heures + une formation spécifique	Attestation
	Sauveteur professionnel IAS (catégorie III)	468 heures	Attestation
	Médecin d'urgence	3 ans + 15 mois de formation spécifique	Attestation
Australie	Préposés aux ambulances	-	Certificat de l'Ambu- lance Saint-Jean ou l'équivalent
	Paramédics	3 ans	Certificat de sciences appliquées
Angleterre	Ambulanciers paramédics	6 à 8 semaines	-
Québec	Conducteur ambulancier préposé aux ambulances	40 heures 120 heures (en révision pour 825 heures)	Cartes d'attestation du MESS

Source: Informations contenues dans les chapitres IV et V du présent rapport.

### 3. LA FORMATION EN PREMIERS SOINS DES POLICIERS QUEBECOIS ET LEUR RÔLE AUPRES DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE

#### 3.1 Le rôle des policiers en cas d'accident

Parmi les intervenants qui arrivent très souvent les premiers sur la scène d'un accident, on retrouve bien sûr, ici comme ailleurs, les policiers. Cependant au Québec, comme pour les autres groupes d'intervenants, l'absence de coordination véritable des urgences préhospitalières et l'absence de définition du rôle des premiers intervenants dans l'organisation des secours aux blessés font en sorte qu'il existe une certaine ambiguïté face au rôle et au comportement du policier dans le domaine du sauvetage.

En effet, à l'heure actuelle, son rôle sur la scène d'un accident routier est davantage centré sur les éléments d'enquête relatifs à l'établissement de preuves légales (prises de données techniques sur le véhicule et les circonstances entourant un accident), plutôt que sur l'intervention en premiers soins que l'on apporte aux blessés. En principe, les policiers doivent assurer la sécurité sur la scène d'un accident et secourir les blessés, mais il n'y a pas de directives particulières qui les obligent à dispenser les premiers soins sur les lieux d'un accident. Dans certains cas, on retrouve même des corps policiers qui refusent d'assumer la responsabilité d'administrer les premiers soins, tels la RCR ou toute autre mesure de secourisme, préférant attendre l'intervention des professionnels de la santé (1). De telles situations ne font que démontrer le vide organisationnel qui existe actuellement dans les services préhospitaliers.

---

(1) En 1987, un incident de ce genre a en effet soulevé les inquiétudes de certains éditorialistes alors qu'un automobiliste sur l'autoroute Décarie, à Montréal, a perdu la vie en attendant l'arrivée des techniciens-ambulanciers d'Urgences-Santé. Pendant ce temps, les policiers de la Sûreté du Québec qui assuraient la surveillance routière, ne lui ont pas administré les premiers soins (The Gazette, September 14, 15 1987).

Pendant longtemps au Québec, en l'absence de services d'urgence préhospitaliers adéquats, les policiers ont assuré, parallèlement aux compagnies ambulancières, le transport des blessés dans leur véhicule; plusieurs corps de police ont même offert un service de transport ambulancier en cas d'urgence (dont le service de patrouilleurs-ambulanciers de la police de la C.U.M., qui a fonctionné jusqu'en 1983-1984). Suite aux diverses réglementations régissant le secteur ambulancier au Québec, les corps de police ont été amenés à démanteler graduellement ces services. Cette situation a sans doute eu pour effet de les désintéresser de la question, du moins durant un certain temps, car on ressent fréquemment une certaine réticence de leur part à dispenser les premiers soins.

A l'heure actuelle, cinq corps policiers au Québec possèdent néanmoins des véhicules utilisés à l'occasion comme ambulance (Ancienne Lorette, La Tuque, East-Angus, Fermont et Sainte-Foy) (C.P.Q., 1986). Toutefois, seul le corps de police de la ville de Sainte-Foy assure aujourd'hui un service au même titre que n'importe quelle autre entreprise ambulancière. Ce service a en effet été maintenu, principalement grâce au support de la population qui a refusé de se départir de ce service municipal. Ainsi, tous les policiers affectés au service d'ambulance ont suivi le cours en techniques ambulancières dispensé au Cegep Saint-Foy, d'environ 150 heures. Ces derniers cumulent donc à Sainte-Foy une double fonction: celle de technicien-ambulancier et celle de policier. En outre, grâce au suivi du personnel médical local, ils bénéficient également d'une formation continue annuelle.

Enfin, il existe actuellement des différences importantes entre les différents corps de police tels les policiers des communautés urbaines comme celles de Québec ou de Montréal, la Sûreté du Québec et les corps policiers municipaux. Ces différences se traduisent non seulement sur le plan de l'organisation (locaux, équipements, financement, formation interne du personnel, etc.) et de l'effectif des forces policières, mais également sur le plan de la problématique (différences entre les milieux urbains et les milieux ruraux, entre les petites et les grandes municipalités). De plus, chaque municipalité a des

préoccupations différentes relativement à son service de protection publique. C'est pourquoi il nous apparaît utile, avant de présenter l'analyse de la formation en secourisme en tant que telle, d'établir un bref portrait d'ensemble de l'organisation policière au Québec.

### **3.2 La situation des corps de police au Québec**

Au 31 décembre 1986 on retrouvait 171 corps policiers pour l'ensemble du territoire québécois, dont la Sûreté du Québec, le service de police de la C.U.M. et 169 autres corps municipaux (120 dans des municipalités de 5 000 et plus de population, et 49 dans des municipalités de moins de 5 000 habitants (C.P.Q., 1986). L'ensemble des corps de police au Québec totalise environ 13 000 policiers à temps plein, dont la plus grande partie est cependant concentrée sur le territoire de la C.U.M.

En 1986, 73 corps policiers municipaux ont assumé la double fonction de service de police et de service de protection contre les incendies, alors qu'on dénombrait, comme nous l'avons souligné, cinq corps policiers utilisant à l'occasion des véhicules comme ambulances (C.P.Q., 1986). 44% de l'ensemble des corps de police comptent dix policiers ou moins dans leur service et, parmi ceux-ci, plus de la moitié travaillent dans des municipalités de moins de 5 000 habitants. Par ailleurs, on retrouve 77,4% des policiers au Québec qui ont plus de dix années de service. Enfin, à l'exception de la Sûreté du Québec, ce sont les municipalités qui assument les coûts du maintien des corps policiers.

### **3.3 La formation des policiers en premiers soins: état de la situation**

Au Québec, c'est l'Institut de Police du Québec (I.P.Q.), situé à Nicolet, qui est chargé de dispenser les cours de formation policière et de perfectionnement du personnel policier de la Sûreté du Québec et des autres corps policiers municipaux. C'est aussi cet

organisme qui est chargé de dispenser la formation des policiers en secourisme pour l'ensemble de la province (1).

Dans les années 1970, le cours de secourisme de l'I.P.Q. était offert par des infirmières et instructeurs-policiers de l'Ambulance Saint-Jean; c'était alors un cours de "secourisme général" d'environ vingt heures. En 1978, l'Institut de Police décide de développer son propre cours et de former ses propres instructeurs. En 1980, un comité de révision et un comité d'experts en premiers soins sont chargés de réviser le cours de "Premiers soins" mais leurs recommandations n'aboutissent pas. En effet, il faudra attendre jusqu'en 1985, année de la restructuration du programme de formation de base en "Techniques policières", pour que le cours en soins d'urgence soit également mis à jour et corresponde davantage à la réalité de l'intervention policière.

Mieux adapté à la pratique des policiers, le nouveau programme de cours (environ trente heures, incluant le secourisme général et la RCR) est disponible depuis 1986. Depuis cette date, environ 450 nouveaux policiers l'ont suivi. Il vise notamment à développer chez l'étudiant quatre attitudes spécifiques sur les lieux d'un accident: 1) assurer la sécurité sur la scène d'un accident et celle de la victime; 2) procéder à l'examen physique; 3) administrer les soins appropriés et 4) procéder à l'évacuation.

Depuis 1968, tous les policiers reçoivent donc ou ont déjà reçu une formation en secourisme soit de l'Ambulance Saint-Jean, soit de l'Institut. Cependant, la mise à jour de cette formation de base reste très inégale d'un bout à l'autre de la province, puisque chaque corps de police est responsable du perfectionnement des policiers et de l'actualisation de leurs connaissances. A l'heure actuelle, la formation continue en secourisme reste très peu développée. Par exemple, il existe

---

(1) L'Institut de Police du Québec existe officiellement depuis 1968. Avant cette date, seuls les policiers de la Sûreté du Québec, ceux de Montréal et ceux de Québec avaient une école de formation. La grande majorité des personnes appartenant aux diverses organisations policières ne recevaient alors que peu ou pas de formation professionnelle (Direction générale de la Sécurité publique, 1984).

un stage de perfectionnement en secourisme dans l'annuaire de l'I.P.Q., destiné aux policiers patrouilleurs; aux dires de l'instructeur responsable de ce cours, aucune demande n'a été faite pour le donner depuis plusieurs années. Par conséquent, l'intérêt des policiers pour maintenir leur formation à jour et dispenser les premiers soins ne s'est jamais réellement manifesté. Certains corps policiers reçoivent toutefois une formation complémentaire, généralement en RCR, soit par les hôpitaux, soit par les cegeps, soit par le personnel médical local; cette formation complémentaire demeure cependant une initiative des divers agents locaux et dépend, en dernière analyse, de la sensibilisation des officiers de police à ce sujet. Il y a en effet autant de visions différentes qu'il y a de corps policiers.

A l'heure actuelle, la grande majorité des policiers se divise donc en deux groupes: ceux qui ont reçu l'ancienne formation de l'Ambulance Saint-Jean sans mise à jour et ceux qui ont reçu une formation plus spécifique de l'Institut (C.P.Q., 1984). Compte tenu du fait qu'au moins 75% des policiers au Québec ont plus de dix années de service, on peut en déduire sans grand risque d'erreur que la plupart des policiers au Québec n'ont jamais reçu de mise à jour de leur formation en secourisme depuis au moins dix ans.

Déjà en 1980, le comité de révision du cours de premiers soins de l'Institut estimait que la grande majorité des patrouilleurs actuellement en fonction n'était plus apte à dispenser des premiers soins (I.P.Q., 1980). Parallèlement à l'état de la formation, il existe une grande disparité dans les équipements d'urgence dont sont munis les véhicules de police pour porter assistance aux citoyens en difficulté (C.P.Q., 1981). A ce sujet, la Commission de police recommandait de doter tous les véhicules de trousse de premiers soins complètes, qui devraient notamment être adaptées à des situations particulières telles les noyades et le secours en montagne ou dans les régions fortement boisées (C.P.Q., 1981).

En outre, après enquête auprès de vingt-neuf corps policiers relativement aux connaissances en RCR des agents, la Commission de

Police dégageait en 1984 plusieurs considérations intéressantes dont voici le résumé:

- . 57% des corps de police au Québec ont de l'équipement de réanimation; cependant, environ la moitié des corps de police conserve cet équipement au poste de police ou dans les véhicules d'urgence en attente, alors que l'autre 50% le laisse dans les voitures de patrouille.
- . Dans la majorité des cas, les corps policiers en régions urbaines et sub-urbaines sont les mieux équipés (voir le tableau V.6).
- . De façon générale, les policiers ont peu d'occasion de vérifier leurs connaissances et de pratiquer les techniques de réanimation (sept corps de police sur vingt-neuf ont cette occasion annuellement).
- . Quatre corps policiers sur vingt-neuf ont dans leurs effectifs des moniteurs ou instructeurs qualifiés.
- . Enfin, il est apparu que les corps de police ayant de l'équipement à la disposition de patrouilleurs qui ont une formation en réanimation ont une fréquence d'intervention plus élevée, ce qui militerait en faveur de la généralisation de ces compétences (C.P.Q., 1984).

**TABLEAU V.6**

**INVENTAIRE DES CORPS POLICIERS AYANT  
DE L'ÉQUIPEMENT AUX FINS DE RÉANIMATION**

Régions	Pourcentage des corps policiers ayant de l'équipement
01, 02, 05, 07, 08, et 10	Moins de 30%
09	40%
03, 04, 06	Plus de 50%

**SOURCE:** Commission de police du Québec, Connaissances des policiers en réanimation cardiorespiratoire, Sainte-Foy, Janvier 1984.

En conclusion, on peut résumer l'état de la situation concernant l'intervention et la formation des policiers en premiers soins dans l'ensemble du Québec de la façon suivante:

- . Dans la grande majorité des cas, les policiers ont reçu une formation en secourisme sans mise à jour, dont les techniques sont désuètes et ne correspondent plus à la réalité. Force est de constater que la plupart d'entre eux serait aujourd'hui incapable d'administrer les premiers soins, particulièrement aux blessés polytraumatisés.
- . On retrouve une grande disparité au niveau des équipements disponibles dans les véhicules de police, y compris en ce qui a trait aux troussees de premiers soins.
- . Les policiers des centres urbains sont généralement mieux formés que leurs confrères des régions périphériques.
- . Il y a sur le plan du secourisme une situation mal définie (absence de directives) en ce qui concerne le rôle du policier sur les lieux d'un accident.
- . On constate un manque d'intérêt chez les supérieurs et officiers de police pour offrir et maintenir une compétence des policiers en secourisme, particulièrement en régions plus éloignées.

#### **3.4 La formation et le rôle des policiers ailleurs dans le monde**

D'un point de vue très général, on peut dire que le rôle et l'intervention des policiers dans les situations relatives aux accidents routiers et autres urgences varient essentiellement selon les protocoles établis dans les différents pays. Dans certains cas, toutes les demandes de secours d'urgence sont centralisées au principal poste de commande de la police (par exemple, au Danemark), alors que dans d'autres pays, cette responsabilité incombe aux hôpitaux (en Suisse) ou aux services d'incendie (en Belgique) (CEMT, 1983).

Le plus souvent toutefois (notamment aux Etats-Unis et ailleurs au Canada), le rôle des policiers sur la scène d'un accident est surtout orienté vers l'investigation des causes d'un accident (en regard des violations de la loi), et ils sont rarement chargés du sauvetage des personnes. Ils doivent assurer la protection et la sécurité sur la scène de l'accident et, dans certains cas, assurer la coordination

des interventions effectuées ou prendre les mesures qui s'imposent lorsque des ressources additionnelles sont nécessaires.

Aux Etats-Unis, selon les protocoles établis entre le service médical d'urgence (EMS) et les agences locales, les policiers agissent comme premiers répondants dans les situations d'urgences relatives aux désordres civils, aux activités criminelles et aux situations qui surviennent dans les lieux publics ou sur la voie publique. Sur les lieux d'un accident routier, ils agissent principalement comme des agents de liaison entre la centrale de répartition et les équipes de secours appelées à intervenir et, entre temps, ils sont responsables de dispenser les premiers soins aux victimes. Néanmoins, ce rôle peut varier d'un état à l'autre. Certaines patrouilles policières sont ainsi spécialisées dans la surveillance routière (notamment sur les autoroutes) et interviennent plus directement à ce niveau. En règle générale, c'est la Croix-Rouge américaine qui dispense la formation en secourisme auprès des policiers selon les besoins locaux; la formation varie toutefois d'une localité à l'autre, puisqu'elle est déterminée par les législations locales et régionales (American Red Cross, communication personnelle, 1988).

En France, tous les policiers et les gendarmes sont secouristes. Selon la spécificité de leur équipe spécialisée (par exemple, police-secours), ils interviennent dans les situations d'urgences survenues sur la voie publique et dans les lieux publics auprès de tous blessés qui nécessitent la présence rapide d'un médecin ou le transport dans un établissement, en dehors des cas où la présence de sapeurs-pompiers est requise (Liaisons, 1976).

Enfin, en Ontario, particulièrement dans les régions où il n'y a pas de services de secours spécialisés pouvant répondre aux accidents (par exemple au Nord de l'Ontario et sur les autoroutes provinciales), le ministère du Solliciteur général a décidé d'équiper les détachements de policiers provinciaux (O.P.P.) en matériel de base de désincarcération (Extrication Rescue Kit). Ceux-ci reçoivent ainsi une formation spécialisée en premiers soins et en désincarcération

automobile. Depuis l'implantation de ce programme (Provincial Auto Extrication Program), 599 officiers de police provinciaux ont été certifiés par les autorités compétentes en la matière et peuvent répondre aux besoins de ce type d'intervention (Office of the Ontario Fire Marshal, communication personnelle, 1987).

#### 4. LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES D'AIDE ET DE SECOURS AUPRES DES VICTIMES D'ACCIDENTS DE LA ROUTE AU QUEBEC: UN PORTRAIT D'ENSEMBLE DE LA SITUATION

##### 4.1 Problématique d'ensemble de l'intervention bénévole en secourisme routier

Au Québec, comme partout aux Etats-Unis et dans le reste du Canada, des bénévoles oeuvrant au sein d'organismes communautaires de secours ou de sauvetage participent ici et là aux interventions de désincarcération auprès des victimes d'accidents de la route. Le plus souvent toutefois, ces organismes ne sont pas spécialisés dans le secours routier mais bien plutôt dans le domaine du sauvetage en général. Aussi, seules les équipes de sauvetage qui ont de l'équipement de désincarcération vont intervenir auprès des accidentés de la route, en l'absence de tout autre service du genre sur leur territoire.

Historiquement, l'activité des secouristes a pris un essor considérable, principalement dans les années de guerre. C'est aussi par le biais de la réorganisation des plans d'urgence dans le domaine civil, en cas de désastre ou sinistre grave, que se sont constitués plusieurs des groupes et associations spécialisés dans le domaine du sauvetage que l'on retrouve actuellement ici et dans différents pays. Certains pays ont en effet à ce sujet une tradition beaucoup plus développée que la nôtre; dans plusieurs pays européens par exemple, il y a depuis longtemps des équipes volontaires d'urgence, destinées à participer aux opérations de secours en cas de sinistre ou de catastrophe.

Au cours des dernières années, l'intervention de plus en plus fréquente des organismes de secours auprès des victimes d'accidents

routiers est directement liée au fait que les victimes demeurent souvent prisonnières de leur véhicule. Dès lors, l'organisation des secours aux blessés est conditionnée au départ par l'intervention d'équipes spécialisées possédant de l'équipement lourd tel les "mâchoires de vie", les équipements hydrauliques et pneumatiques ou tout autre genre d'équipement qui permet la libération de ces victimes. Pour ces raisons, dans plusieurs pays à travers le monde, ce sont les services d'incendie ou les brigades de sapeurs-pompiers qui interviennent auprès des usagers de la route parce qu'ils possèdent généralement l'outillage permettant ce type d'intervention.

Au Québec toutefois, contrairement à l'Ontario par exemple, il n'y a pas de programme provincial de désincarcération. En effet, ces opérations sont ici le résultat d'initiatives locales et régionales, et non un service de base intégré. Par conséquent, on retrouve une grande disparité dans la participation des groupes communautaires à ces opérations.

En règle générale, parmi les organismes communautaires (ou non professionnels) qui oeuvrent actuellement dans le domaine du secourisme ou du sauvetage pour l'ensemble des régions du Québec, on retrouve principalement cinq profils:

- 1) Les organismes communautaires et bénévoles constitués d'équipes municipales ou corporatives formés à partir du **Bureau de la protection civile du Québec**, qui font de la désincarcération auprès des victimes d'accidents de la route. A ces équipes sont parfois adjointes d'autres équipes municipales formées des bénévoles d'un service d'incendie.
- 2) Les groupes ou associations oeuvrant dans le domaine du **sauvetage spécialisé** (recherche en forêt, plongée sous-marine, alpinisme, matières dangereuses, etc.), qui assurent une expertise dans des situations particulières.

- 3) Les organismes bénévoles qui s'occupent de premiers soins et de sécurité publique lors d'événements sportifs ou culturels tels les rallyes automobiles, les courses de motocross, les courses automobiles, les "derby" de démolition, divers festivals ou carnivals, etc. Ce sont les brigades bénévoles de l'Ambulance Saint-Jean, ou d'autres organismes à but non lucratif.
- 4) Les unités régionales de sauvetage qui possèdent de l'équipement de désincarcération ainsi que du matériel de secours, mais qui ne font pas partie du Bureau de la protection civile. Ces groupes oeuvrent à l'initiative d'agents locaux, sur un territoire donné, sans protocole d'intervention avec le BPCQ.
- 5) Enfin, dans certaines régions du Québec, d'autres organismes du même type se spécialisent dans la prévention routière (patrouille-préventive) et assurent à l'occasion la surveillance des autoroutes en collaboration avec les forces policières (1).

Finalement, en parallèle aux organismes communautaires qui répondent aux situations d'urgence, des camions de remorquage sillonnent parfois les routes et autoroutes, leur "CB" réglé sur les fréquences de la police, et se livrent à une certaine concurrence pour le remorquage et la revente des véhicules accidentés.

#### 4.2 Les interventions des équipes municipales de secours et de sauvetage

Au Québec, on retrouve donc une grande variété d'organismes ou d'associations communautaires qui participent actuellement, à un niveau

---

(1) C'est le cas notamment du Club routier de Beauport qui, depuis quelques années, organise un "48 heures de patrouille préventive" sur les boulevards du Québec-Métro à l'occasion d'événements où les patrouilles policières sont particulièrement débordées (Le Soleil, 11 avril 1987; 13 mars 1988).

ou l'autre, à l'organisation du secourisme et du sauvetage dans les situations les plus diverses. Cependant, dans la plupart des cas, les équipes municipales qui sont spécialisées dans le domaine du sauvetage ont tout d'abord été constituées pour répondre et mettre en oeuvre les mesures d'urgence à prendre en cas de sinistre ou de désastre (plan d'urgence municipale), dans le contexte du Bureau de la protection civile. Par la suite, plusieurs de ces équipes se sont regroupées en associations ou en corporations et offrent une multitude de services à leur communauté. Plusieurs associations ont en effet signé des protocoles d'intervention avec le Bureau de la protection civile et les municipalités pour offrir des services précis: désincarcération, recherche en forêt, sauvetage nautique, sauvetage en général et secourisme. Ainsi, dans la plupart des cas, ces associations se présentent sur les lieux d'un accident à la demande des policiers et non du grand public (1).

En fait, très peu d'associations ont pour rôle spécifique de répondre aux accidents de la route. Selon le Bureau de la protection civile du Québec, il y a actuellement environ 200 équipes de sauvetage municipales dispersées à travers tout le territoire. En novembre 1987, une recension effectuée auprès de toutes ces équipes au Québec permettait de constater qu'il y en a environ une soixantaine pouvant offrir des services de secours et de désincarcération à des victimes d'accidents de la route (Bureau de la protection civile du Québec Communication personnelle, 1987). Néanmoins, il ne faut pas oublier qu'il y a plus de 1 500 municipalités au Québec et que ces équipes de secours, à elles seules, sont loin de couvrir l'ensemble du territoire.

De plus, à partir des données fournies par les rapports annuels du Bureau de la protection civile du Québec, on constate, parmi l'ensemble des activités des travailleurs de protection civile, que les interventions de désincarcération représentent le volume le plus

---

(1) La plupart des organismes ou associations spécialisés dans le domaine du sauvetage sont formés d'équipes de policiers ou de pompiers volontaires, de techniciens-ambulanciers et de sauveteurs-bénévoles d'organismes tels la Croix-Rouge ou de l'Ambulance Saint-Jean.

important. En effet, en 1985-86, les accidents routiers ont constitué le premier motif d'intervention pour des équipes de protection civile utilisant des équipements de désincarcération: les accidents ont compté pour 47 des 217 interventions recensées et avaient causé 82 blessés et une vingtaine de morts. En comparaison, 29 de ces 217 interventions avaient donné lieu à des recherches en forêt (B.P.C.Q., 1986). En 1986-87, 38 des 159 interventions effectuées étaient reliées aux accidents routiers et aux opérations de décarcération (B.P.C.Q., 1987a). Ces opérations représentent donc dans l'ensemble environ 25% de toutes les interventions, ce qui est somme toute considérable. Dans la majorité des cas, les volontaires ont dispensé des premiers soins.

#### 4.3 La formation en premiers soins des bénévoles

Les équipes municipales d'urgence ont généralement été formées en premiers soins et en désincarcération par le Bureau de la protection civile. La grande majorité des bénévoles a en effet soit une formation de l'Ambulance Saint-Jean, soit une formation du Bureau de la protection civile. Le B.P.C.Q planifie à cet effet, à l'échelle de la province, diverses activités de formation à l'intention des intervenants liés à la protection civile: carte et boussole; sauvetage de base; premiers soins et désincarcération; etc. A l'heure actuelle, le cours de formation en premiers soins n'est toutefois pas standardisé pour l'ensemble de la province. En 1987, un programme-cadre expérimental a néanmoins été dispensé par des organismes d'enseignement de la région 03, dans le cadre de la formation professionnelle (B.P.C.Q., 1987b). Ce nouveau cours, qui n'est pas encore généralisé, consiste en un réaménagement des éléments du cours de base en secourisme et vise à développer chez tous les travailleurs de la protection civile confrontés à dispenser les premiers soins trois objectifs particuliers: assurer la survie, maintenir la vie, assurer le déplacement et le transport des victimes.

Ailleurs que dans la région 03, les associations de sauvetage ont mis sur pied leur propre service de formation et assurent elles-mêmes la formation des bénévoles. Dans l'ensemble, la formation des bénévoles au sein des organismes de secours et de sauvetage est donc

variable selon les différentes régions. En outre, à l'exception des différents services de formation internes propres à certaines organisations plus spécifiques, il n'existe pas de formation continue, ni de suivi de cette formation.

#### 4.4 Un résumé de la situation

Malgré une situation qui en fait se caractérise par un manque de soutien et d'encadrement de la part des municipalités, les associations de secours et de sauvetage sont présentes à travers toutes les régions du Québec, notamment en régions périphériques ou éloignées. Elles interviennent plus rarement en milieu urbain et sub-urbain, où les services d'incendie peuvent généralement répondre aux interventions de désincarcération. A l'heure actuelle donc, ce sont ces associations qui très souvent assurent ce type d'intervention, en l'absence de tout autre service du genre sur leur territoire. A ce sujet, elles constituent sans aucun doute un élément important du secourisme routier pour l'ensemble de la province. Toutefois, le manque d'encadrement et de soutien matériel ou financier de la part des municipalités ou des agents locaux se traduit souvent, pour plusieurs de ces associations, par l'abandon de leur service d'urgence au bout de quelques années faute de locaux ou du renouvellement des équipements d'urgence, des véhicules, des téléavertisseurs, etc.

Dans ce portrait plus général, on observe également que les régions qui sont géographiquement (ou culturellement) en contact avec les milieux anglophones (américains ou ontariens) sont davantage influencées par le concept de "premiers répondants" ou "first responders", et cherchent parfois à développer un tel concept. Par exemple, les municipalités de Pointe-Claire et de Westmount à Montréal ont déjà mis sur pied des réseaux de premiers répondants bénévoles, centralisés au niveau des services d'incendie, alors qu'ailleurs en province de telles situations sont à peu près inexistantes.

Enfin, parmi les principaux problèmes rencontrés au niveau des organismes communautaires, on doit souligner: le manque d'intérêt, de

soutien et de ressources financières pour aider à développer un réseau municipal de premiers répondants; l'absence de politique uniforme à ce sujet à travers la province; une grande diversité au niveau des groupes de bénévoles existants; le manque d'encadrement et de suivi auprès de ces intervenants.

#### **4.5 Expériences communautaires ailleurs au Canada et aux Etats-Unis**

De façon générale, aux Etats-Unis et dans le reste du Canada, la présence de volontaires oeuvrant au sein d'organismes communautaires de secours et de sauvetage qui interviennent à l'occasion auprès des usagers de la route existe à peu près partout. En fait, ce qui distingue principalement le rôle des organismes communautaires entre les différents pays, c'est leur intégration ou non à un système plus général de coordination des services d'urgence préhospitaliers (EMS aux Etats-Unis, EHS en Ontario et dans certaines autres villes au Canada).

Par exemple, aux Etats-Unis, selon les protocoles établis entre les municipalités et l'agence responsable de la coordination des services médicaux d'urgence (EMS), l'organisation du secourisme routier incombe soit aux services d'incendie municipaux, soit au personnel volontaire de secours spécialisé ("rescue squad") qui intervient auprès des victimes d'accidents routiers pour la désincarcération. Ces équipes de secours volontaires sont généralement formées pour utiliser les équipements de désincarcération et dispenser les premiers soins, mais ils répondent également à de multiples autres situations d'urgence. Dans d'autres cas, les services de secours sont centralisés dans les services d'incendie, ceux-ci pouvant en effet répondre, outre aux opérations de désincarcération, à diverses situations d'urgence médicales telles les détresses respiratoires ou cardiaques, les cas d'électrocution, la protection contre des matières dangereuses, etc.; de plus, ils offrent fréquemment le service de premiers répondants et, dans certaines villes, jusqu'aux services de niveau paramédic. De telles situations sont cependant plus rares en dehors des centres urbains, où ce sont les organisations de secours volontaires qui assurent les interventions de désincar-

cération et où seuls les services préhospitaliers de base sont disponibles.

En Ontario plus spécifiquement, il existe un programme provincial de désincarcération automobile qui, semble-t-il, a été adopté dans un certain nombre d'autre provinces, états ou pays à travers le monde, en particulier aux Etats-Unis (Office of the Fire Marshal, Communication personnelle, 1987). Mis sur pied en 1982, il se caractérise principalement par le soutien matériel et financier du ministère du Solliciteur général (via l'Office responsable des services d'incendie), qui offre des subventions pour aider les municipalités à s'équiper. Par son programme de subventions, le Ministère cherche à développer deux objectifs spécifiques:

1. Etablir pour l'ensemble de la province des services de désincarcération automobile en équipant tous les services d'incendie municipaux en matériel de base;
2. Mettre sur pied, dans des régions plus stratégiques, un service de deuxième ligne de niveau plus spécialisé (unité de secours) pour répondre à la demande des services locaux, qui généralement n'ont pas les équipements spécialisés disponibles dans les stations locales (Ministry of the Solicitor General, 1987).

De plus, par le biais de ce programme, l'ensemble du personnel des départements d'incendie et des unités de secours (volontaires ou professionnels) reçoit une formation spécialisée en désincarcération et en soins d'urgence de base pour les victimes d'accidents de la route. En outre, l'Office prévoit, en collaboration avec le ministère de la Santé et les départements de police, des programmes de sensibilisation qui visent à établir la coopération et la compréhension des rôles et responsabilités de chaque groupe d'intervenants sur la scène d'un accident (policiers, ambulanciers et unité de secours).

## 5. CONCLUSION

Si on compare la formation des premiers intervenants québécois formels (ambulanciers, policiers et groupes communautaires) à la

situation à l'étranger, on constate que ce qui nous différencie principalement des milieux plus avancés c'est bien davantage le degré d'intégration de la formation à un système d'ensemble bien articulé, que le nombre d'heures ou le contenu de la formation.

Nous y reviendrons d'ailleurs dans le chapitre VII, où sont présentées nos conclusions d'ensemble. Avant de passer à ces conclusions, le prochain chapitre, qui termine la section II, se penche sur la formation et l'information des premiers intervenants non-formels, à savoir le grand public.

REFERENCES

- ACT (1985); The Advanced Coronary Treatment Foundation of Canada presents 1st National Advanced Life Support Competition, (Couverture de presse), Ottawa.
- Anonyme (1987a); "Maritimes EMS Training Program New to Prince-Edward Island", Canadian Journal of Prehospital Medicine, 1 (6): 6.
- Anonyme (1987b); "Newfoundland Ambulance Operators Demand Changes" Emergency Prehospital Medicine. Vol. 2 (1): 5.
- AMC (1986); Normes d'agrément des programmes de formation dans les disciplines paramédicales, l'Association médicale canadienne, Ottawa, 69 pages.
- Association des Ambulanciers de l'Outaouais (1986); Mémoire présenté à la Commission d'Enquête sur les Services de Santé et les Services Sociaux, Hull, 29 pages.
- BPCQ (1986); Rapport annuel 1985-1986, Bureau de la protection civile du Québec, Les publications du Québec, Québec, 26 pages.
- BPCQ (1987a); Etudes des crédits, Bureau de la protection civile du Québec 1987-1988, Bureau de la protection civile du Québec, rapport annuel à paraître.
- BPCQ (1987b); Premiers secours - Guide du participant, Programme-cadre expérimental auprès des formateurs en "premiers secours" de la région 03, Direction des plans et opérations, Bureau de la protection civile du Québec, 64 pages.
- CEMT (1983); Le secourisme dans la circulation routière, Conférence Européenne des Ministres des Transports, document miméographié.
- Cloutier, Pierre (1986); "Quelle est l'évolution du travail de l'ambulancier au cours des prochaines années? L'importance du perfectionnement et du recyclage pour la profession dans une dizaine d'années". Les services ambulanciers: "Un monde en changement", Premier symposium sur les soins d'urgence pour les régions 01 et 03 (14 et 15 juin 1986, Cegep de Rivière-du-Loup), document miméographié, 28 pages.
- Comité-conjoint MSSS-MESS (1986); Demande d'implantation d'une attestation d'études collégiales en Techniques ambulancières, Sainte-Foy, 40 pages.
- C.P.Q. (1981); Équipement indispensable dans les véhicules de police, Bulletin d'information, Commission de police du Québec, 4 pages.

- C.P.Q. (1984); Connaissance des policiers en réanimation cardiorespiratoire, Bulletin d'information à l'intention des corps de police du Québec, Commission de police du Québec, Sainte-Foy, 13 pages.
- C.P.Q. (1986); Rapport annuel 1986, Commission de police du Québec, Les publications du Québec, Québec, 61 pages.
- Direction générale de la Sécurité publique (1984); Institut de police du Québec; 1: Prise de connaissance, document de travail, Ministère de la Justice, 25 pages.
- I.P.Q. (1980); Comité de révision du cours de Premiers soins, document de travail, Institution de police du Québec, 13 pages.
- Liaisons (1976); "L'organisation des secours d'urgence aux blessés, accidentés et malades dans la ville de Paris", 227, (août-septembre): 2-23.
- Manuel de protocoles (1985); Manuel de protocoles d'intervention, Transport ambulancier, Région de l'Estrie.
- MAS (1985); Formation du personnel ambulancier, Direction générale de la santé, Ministère des Affaires sociales, 13 pages.
- Ministère de l'Éducation (1985); Monographie, Education des adultes - formation professionnelle, p. 61-62.
- MSSS (1987); Analyse conjoncturelle du transport ambulancier au Québec à l'extérieur de la région 06A, Rapport du groupe de travail MSSS-CRSSS, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 35 pages.
- Ministry of the Solicitor General (1987); The Provincial Auto Extrication Program, Office of the Fire Marshal of Ontario, 5 pages.
- Ontario Ministry of Health (1986); Advanced Life support: Pilot Program Report, Emergency Care Programs, Emergency Health Services, September, 33 pages.
- Table Inter-CRSSS (1987); Rapport d'intervention préhospitalière, Table de travail Inter-CRSSS sur la formation des techniciens-ambulanciers, (document de travail), 19 pages.
- Tremblay, Gilles (1987a); Rapport sur la tarification du transport ambulancier, Commission des transports du Québec, Montréal, 55 pages.
- Tremblay, Gilles (1987b); Etude sur la tarification du transport ambulancier - Région de Montréal, Commission des transports du Québec, Montréal, 11 pages.

RAPPORT D'INTERVENTION PREHOSPITALIER

RAPPORT D'INTERVENTION PREHOSPITALIER SUGGERE PAR UNE TABLE DE TRAVAIL PROVINCIALE

ANNEXE

**A - PRISE EN CHARGE**

DATE:  année  mois  jour

HEURE INTERNATIONALE:

1. TEMPS D'APPEL:  MIN  SEC

2. TYPE D'APPEL:  URGENT  NON-URGENT

3. INTER-ETABLISSEMENT:  URGENT  NON-URGENT

4. ACCIDENT VEHICULE AUTO:  OUI  NON  INCONNU

5. CYROPHARES ET/OU SIRENE DURANT LE TRANSPORT:  OUI  NON

**B - L'IDENTIFICATION DE L'USAGER**

1. NOM: \_\_\_\_\_

2. PRENOM: \_\_\_\_\_

3. SEXE: M  F

4. DATE DE NAISSANCE:  année  mois  jour

5. PAS 810-811:

6. PERSONNE A CONTACTER #TEL:

NOM: \_\_\_\_\_ LIEN: \_\_\_\_\_

**C - RAISON DE L'APPEL**

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

**D - PROBLEME**

1. <input type="checkbox"/> OBST. VOIES RESP	6. <input type="checkbox"/> ALLERGIE	13. <input type="checkbox"/> CONVULSION	17. <input type="checkbox"/> CHOC	22. <input type="checkbox"/> POLYTRAUMA	27. <input type="checkbox"/> BRULURES
2. <input type="checkbox"/> ARRET RESPIRATOIRE	7. <input type="checkbox"/> PERTE DE CONSCIENCE	14. <input type="checkbox"/> OBS / CVM	18. <input type="checkbox"/> TRAUMA TETE	23. <input type="checkbox"/> TRAUMA NON PENETRANT	28. <input type="checkbox"/> CHAUD
3. <input type="checkbox"/> DIFFICULTE RESP.	8. <input type="checkbox"/> PROB. NEURO.	15. <input type="checkbox"/> PROB. COMPORTEMENT	19. <input type="checkbox"/> TRAUMA COLONNE	24. <input type="checkbox"/> TRAUMA PENETRANT	29. <input type="checkbox"/> FROID
4. <input type="checkbox"/> MALAISE GEN.	9. <input type="checkbox"/> MALAISE GEN.	16. <input type="checkbox"/> INTOXICATION	20. <input type="checkbox"/> FRACTURE / LUX.	25. <input type="checkbox"/> BLESSURE TISSUS MOUS	30. <input type="checkbox"/> MATIERE DANGEREUSE
5. <input type="checkbox"/> ARRET CARDIAQUE	10. <input type="checkbox"/> GASTRO INTESTINAL		21. <input type="checkbox"/> AMPUTATION	26. <input type="checkbox"/> HEMORRAGIE	
	11. <input type="checkbox"/> DIABETE		31. <input type="checkbox"/> AUTRE		
	12. <input type="checkbox"/> DOULEUR				

**E - HISTOIRE MEDICALE ANTERIEURE**

	H	HEURE	RESP	POULS	T.A.	ETAT DE CONSCIENCE	D	PUPILLES	G	PEAU
1. <input type="checkbox"/> HYPERTENSION			FREQUENCE	FREQUENCE		CONSCIENT <input type="checkbox"/>		NORMALE		<input type="checkbox"/> NORMALE
2. <input type="checkbox"/> CONVULSIONS			REG SUP LAB	REG IRR		DESORIENTE <input type="checkbox"/>		DILATEE		<input type="checkbox"/> FROIDE <input type="checkbox"/> PALE
3. <input type="checkbox"/> RESPIRATOIRE						INCONSCIENT <input type="checkbox"/>		CONTRACTEE		<input type="checkbox"/> CHAUDE <input type="checkbox"/> CYANOSEE
4. <input type="checkbox"/> ALLERGIE								REACTION		<input type="checkbox"/> MOITE <input type="checkbox"/> AUTRE
5. <input type="checkbox"/> MEDICAMENTS										<input type="checkbox"/> SECHE
6. <input type="checkbox"/> A.C.V.						CONSCIENT <input type="checkbox"/>		NORMALE		<input type="checkbox"/> NORMALE
7. <input type="checkbox"/> DIABETE						DESORIENTE <input type="checkbox"/>		DILATEE		<input type="checkbox"/> FROIDE <input type="checkbox"/> PALE
8. <input type="checkbox"/> CARDIAQUE						INCONSCIENT <input type="checkbox"/>		CONTRACTEE		<input type="checkbox"/> CHAUDE <input type="checkbox"/> CYANOSEE
9. <input type="checkbox"/> AUTRE								REACTION		<input type="checkbox"/> MOITE <input type="checkbox"/> AUTRE
										<input type="checkbox"/> SECHE

**F - EVALUATION PHYSIQUE OBJECTIVE**

OBSERVATIONS PHYSIQUES SANS PARTICULARITE

1.  TETE + COU

2.  BRAS

3.  TROCANTERES

4.  PIEDS

5.  BASSIN

6.  JAMBES

7.  ANGES

8.  ANGES

9.  ANGES

10.  ANGES

11.  ANGES

12.  ANGES

13.  ANGES

14.  ANGES

15.  ANGES

16.  ANGES

17.  ANGES

18.  ANGES

19.  ANGES

20.  ANGES

21.  ANGES

22.  ANGES

23.  ANGES

24.  ANGES

25.  ANGES

26.  ANGES

27.  ANGES

28.  ANGES

29.  ANGES

30.  ANGES

31.  ANGES

32.  ANGES

33.  ANGES

34.  ANGES

35.  ANGES

36.  ANGES

37.  ANGES

38.  ANGES

39.  ANGES

40.  ANGES

41.  ANGES

42.  ANGES

43.  ANGES

44.  ANGES

45.  ANGES

46.  ANGES

47.  ANGES

48.  ANGES

49.  ANGES

50.  ANGES

51.  ANGES

52.  ANGES

53.  ANGES

54.  ANGES

55.  ANGES

56.  ANGES

57.  ANGES

58.  ANGES

59.  ANGES

60.  ANGES

61.  ANGES

62.  ANGES

63.  ANGES

64.  ANGES

65.  ANGES

66.  ANGES

67.  ANGES

68.  ANGES

69.  ANGES

70.  ANGES

71.  ANGES

72.  ANGES

73.  ANGES

74.  ANGES

75.  ANGES

76.  ANGES

77.  ANGES

78.  ANGES

79.  ANGES

80.  ANGES

81.  ANGES

82.  ANGES

83.  ANGES

84.  ANGES

85.  ANGES

86.  ANGES

87.  ANGES

88.  ANGES

89.  ANGES

90.  ANGES

91.  ANGES

92.  ANGES

93.  ANGES

94.  ANGES

95.  ANGES

96.  ANGES

97.  ANGES

98.  ANGES

99.  ANGES

100.  ANGES

101.  ANGES

102.  ANGES

103.  ANGES

104.  ANGES

105.  ANGES

106.  ANGES

107.  ANGES

108.  ANGES

109.  ANGES

110.  ANGES

111.  ANGES

112.  ANGES

113.  ANGES

114.  ANGES

115.  ANGES

116.  ANGES

117.  ANGES

118.  ANGES

119.  ANGES

120.  ANGES

121.  ANGES

122.  ANGES

123.  ANGES

124.  ANGES

125.  ANGES

126.  ANGES

127.  ANGES

128.  ANGES

129.  ANGES

130.  ANGES

131.  ANGES

132.  ANGES

133.  ANGES

134.  ANGES

135.  ANGES

136.  ANGES

137.  ANGES

138.  ANGES

139.  ANGES

140.  ANGES

141.  ANGES

142.  ANGES

143.  ANGES

144.  ANGES

145.  ANGES

146.  ANGES

147.  ANGES

148.  ANGES

149.  ANGES

150.  ANGES

151.  ANGES

152.  ANGES

153.  ANGES

154.  ANGES

155.  ANGES

156.  ANGES

157.  ANGES

158.  ANGES

159.  ANGES

160.  ANGES

161.  ANGES

162.  ANGES

163.  ANGES

164.  ANGES

165.  ANGES

166.  ANGES

167.  ANGES

168.  ANGES

169.  ANGES

170.  ANGES

171.  ANGES

172.  ANGES

173.  ANGES

174.  ANGES

175.  ANGES

176.  ANGES

177.  ANGES

178.  ANGES

179.  ANGES

180.  ANGES

181.  ANGES

182.  ANGES

183.  ANGES

184.  ANGES

185.  ANGES

186.  ANGES

187.  ANGES

188.  ANGES

189.  ANGES

190.  ANGES

191.  ANGES

192.  ANGES

193.  ANGES

194.  ANGES

195.  ANGES

196.  ANGES

197.  ANGES

198.  ANGES

199.  ANGES

200.  ANGES

201.  ANGES

202.  ANGES

203.  ANGES

204.  ANGES

205.  ANGES

206.  ANGES

207.  ANGES

208.  ANGES

209.  ANGES

210.  ANGES

211.  ANGES

212.  ANGES

213.  ANGES

214.  ANGES

215.  ANGES

216.  ANGES

217.  ANGES

218.  ANGES

219.  ANGES

220.  ANGES

221.  ANGES

222.  ANGES

223.  ANGES

224.  ANGES

225.  ANGES

226.  ANGES

227.  ANGES

228.  ANGES

229.  ANGES

230.  ANGES

231.  ANGES

232.  ANGES

233.  ANGES

234.  ANGES

235.  ANGES

236.  ANGES

237.  ANGES

238.  ANGES

239.  ANGES

240.  ANGES

241.  ANGES

242.  ANGES

243.  ANGES

244.  ANGES

245.  ANGES

246.  ANGES

247.  ANGES

248.  ANGES

249.  ANGES

250.  ANGES

251.  ANGES

252.  ANGES

253.  ANGES

254.  ANGES

255.  ANGES

256.  ANGES

257.  ANGES

258.  ANGES

259.  ANGES

260.  ANGES

261.  ANGES

262.  ANGES

263.  ANGES

264.  ANGES

265.  ANGES

266.  ANGES

267.  ANGES

268.  ANGES

269.  ANGES

270.  ANGES

271.  ANGES

272.  ANGES

273.  ANGES

274.  ANGES

275.  ANGES

276.  ANGES

277.  ANGES

278.  ANGES

279.  ANGES

280.  ANGES

281.  ANGES

282.  ANGES

283.  ANGES

284.  ANGES

285.  ANGES

286.  ANGES

287.  ANGES

288.  ANGES

289.  ANGES

290.  ANGES

291.  ANGES

292.  ANGES

293.  ANGES

294.  ANGES

295.  ANGES

296.  ANGES

297.  ANGES

298.  ANGES

299.  ANGES

300.  ANGES

301.  ANGES

302.  ANGES

303.  ANGES

304.  ANGES

305.  ANGES

306.  ANGES

307.  ANGES

308.  ANGES

309.  ANGES

310.  ANGES

311.  ANGES

312.  ANGES

313.  ANGES

314.  ANGES

315.  ANGES

316.  ANGES

317.  ANGES

318.  ANGES

319.  ANGES

320.  ANGES

321.  ANGES

322.  ANGES

323.  ANGES

324.  ANGES

325.  ANGES

326.  ANGES

327.  ANGES

328.  ANGES

329.  ANGES

330.  ANGES

331.  ANGES

332.  ANGES

333.  ANGES

334.  ANGES

335.  ANGES

336.  ANGES

337.  ANGES

338.  ANGES

339.  ANGES

340.  ANGES

341.  ANGES

342.  ANGES

343.  ANGES

344.  ANGES

345.  ANGES

346.  ANGES

347.  ANGES

348.  ANGES

349.  ANGES

350.  ANGES

351.  ANGES

352.  ANGES

353.  ANGES

354.  ANGES

355.  ANGES

356.  ANGES

357.  ANGES

358.  ANGES

359.  ANGES

360.  ANGES

361.  ANGES

362.  ANGES

363.  ANGES

364.  ANGES

365.  ANGES

366.  ANGES

367.  ANGES

368.  ANGES

369.  ANGES

370.  ANGES

371.  ANGES

372.  ANGES

373.  ANGES

374.  ANGES

375.  ANGES

376.  ANGES

377.  ANGES

378.  ANGES

379.  ANGES

380.  ANGES

381.  ANGES

382.  ANGES

383.  ANGES

384.  ANGES

385.  ANGES

386.  ANGES

387.  ANGES

388.  ANGES

389.  ANGES

390.  ANGES

391.  ANGES

392.  ANGES

393.  ANGES

394.  ANGES

395.  ANGES

396.  ANGES

397.  ANGES

398.  ANGES

399.  ANGES

400.  ANGES

401.  ANGES

402.  ANGES

403.  ANGES

404.  ANGES

405.  ANGES

406.  ANGES

407.  ANGES

408.  ANGES

409.  ANGES

410.  ANGES

411.  ANGES

412.  ANGES

413.  ANGES

414.  ANGES

415.  ANGES

416.  ANGES

417.  ANGES

418.  ANGES

419.  ANGES

420.  ANGES

421.  ANGES

422.  ANGES

423.  ANGES

424.  ANGES

425.  ANGES

426.  ANGES

427.  ANGES

428.  ANGES

429.  ANGES

430.  ANGES

431.  ANGES

432.  ANGES

433.  ANGES

434.  ANGES

435.  ANGES

436.  ANGES

437.  ANGES

438.  ANGES

439.  ANGES

440.  ANGES

441.  ANGES

442.  ANGES

443.  ANGES

444.  ANGES

445.  ANGES

446.  ANGES

447.  ANGES

448.  ANGES

449.  ANGES

450.  ANGES

451.  ANGES

452.  ANGES

453.  ANGES

454.  ANGES

455.  ANGES

456.  ANGES

457.  ANGES

458.  ANGES

459.  ANGES

460.  ANGES

461.  ANGES

462.  ANGES

463.  ANGES

464.  ANGES

465.  ANGES

466.  ANGES

467.  ANGES

468.  ANGES

469.  ANGES

470.  ANGES

471.  ANGES

472.  ANGES

473.  ANGES

474.  ANGES

475.  ANGES

476.  ANGES

477.  ANGES

478.  ANGES

479.  ANGES

480.  ANGES

481.  ANGES

482.  ANGES

483.  ANGES

484.  ANGES

485.  ANGES

486.  ANGES

487.  ANGES

488.  ANGES

489.  ANGES

490.  ANGES

491.  ANGES

492.  ANGES

493.  ANGES

494.  ANGES

495.  ANGES

496.  ANGES

497.  ANGES

498.  ANGES

499.  ANGES

500.  ANGES

**G - STABILISATION**

1.  VOIES RESPIRATOIRES LIBEREES

2.  CANULE OROPHARYNGEE

3.  CANULE NASOPHARYNGEE

4.  OXYGENE ADMINISTREE @ \_\_\_\_\_ L.P.M., METHODE \_\_\_\_\_

5.  APPAREIL A SUCCION UTILISE

6.  VENTILATION ARTIFICIELLE, METHODE \_\_\_\_\_

7.  R.C.R. PAR CITOYEN

8.  R.C.R. COMMENCEE @       TEMPS ECOULE       ARRET-R.C.R.

9.  AUTRE

10.  POSITION DE TRANSPORT:  ASSIS  COUCHE  CHOC  DORSAL  VENTRAL  LAT. SECURITE

11.  PANTALON ANTI-CHOC UTILISE

12.  CONTROLE SAIGNEMENT / HEMORRAGIE

13.  IMMOBILISATION COLONNE  COU  DOS  PETITE PLANCHE  GRANDE PLANCHE  COLLET CERVICAL

14.  MEMBRE IMMOBILISE  FIXATION  TRACTION

15.  APPLICATION

**CHAPITRE VI**  
**L'INFORMATION ET LA FORMATION DU GRAND PUBLIC**  
**SUR L'INTERVENTION IMMEDIATE APRES UN ACCIDENT DE LA ROUTE**

## 0. INTRODUCTION

Dans les deux chapitres précédents, nous avons vu comment les premiers intervenants que nous avons qualifiés de "formels" (ambulanciers, policiers, premiers répondants appartenant à divers organismes ou groupes communautaires) étaient formés relativement à la prise en charge des victimes d'accidents de la route au Québec et à l'étranger. Nous terminons maintenant cette seconde section du rapport, en regardant comment on forme et/ou informe le grand public. Le grand public, comme intervenant "non-formel" est en effet souvent le premier témoin d'un accident et c'est généralement lui qui signale aux autorités compétentes le lieu de l'accident, déclenchant ainsi tout le processus d'urgence.

Nous aborderons la dimension du grand public sous deux angles différents. Dans un premier temps, nous regarderons l'information générale qu'il reçoit en regard de son comportement d'automobiliste et lors d'un accident routier. Dans un second temps, nous verrons les différentes stratégies de formation en secourisme offerte au grand public et mises de l'avant ici et à l'étranger.

Signalons toutefois deux phénomènes marquants en relation avec ce groupe d'intervenants. D'une part, il semble qu'un peu partout il règne une certaine unanimité quant à la très grande difficulté d'éduquer en secourisme le grand public de manière satisfaisante, comme le révélait une étude comparative pour l'ensemble des pays européens (ECMT, 1982). Bien que ce dernier soit considéré comme un acteur potentiellement significatif, cela nous indique donc déjà qu'il ne faut pas s'attendre à ce que le grand public devienne un intervenant majeur en terme de secourisme auprès des accidentés de la route.

L'autre phénomène, sur lequel nous n'avons pas trouvé d'études particulières mais qui nous semble avoir un impact significatif sur le comportement du grand public, est celui du rôle ambigu de "bon samaritain". En effet, il semble qu'au Québec la croyance populaire voulant qu'une personne portant secours à un blessé devienne, suite à une

manoeuvre inappropriée, passible de poursuites judiciaires, constitue un frein majeur qui cantonne le grand public dans un rôle de voyeur davantage que dans celui de secouriste.

## 1. L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC EN MATIERE D'ACCIDENTS DE LA ROUTE

Les accidents de la route, avec ce qu'ils entraînent de coûts humains et sociaux, font l'objet de campagnes d'information et d'éducation importantes dans la plupart des pays industrialisés. Toutefois, nous avons rapidement constaté, que la grande majorité de ces campagnes porte sur la **modification des habitudes de conduite** et non pas sur les **comportements à développer face à un accident ou face à l'utilisation des secours d'urgence disponibles**.

En ce sens, les campagnes sur le port de la ceinture de sécurité ou sur la conduite en état d'ébriété, bien qu'elles abondent, ne semblent pas aussi efficaces que les mesures passives visant à protéger les individus un peu malgré eux (Haddon, 1980; Robertson, 1982). Pour le Québec, Sergerie (1986) prétend que la plupart des efforts préventifs visant à contrer les accidents de la route porte principalement sur les comportements humains, alors qu'en fait le mode de construction des véhicules, de même que l'environnement socio-économique, seraient sans doute plus efficaces en termes de réduction de la mortalité/morbidité. Le débat sur le genre de mesures préventives à déployer pour diminuer les accidents de la route reste encore ouvert, et nous ne prétendons pas le régler ici. Le premier constat qui se dégage de notre analyse est que l'emphase pour éduquer le public à des comportements de conducteur différents est plus ou moins appropriée et délaisse complètement la dimension du comportement à déployer face à un accident de la route.

Aux Etats-Unis toutefois, la National Highway Traffic Safety Administration, chargée de voir à l'organisation des systèmes d'urgences (EMS) partout dans le pays et très sensible au fait qu'en plusieurs endroits ces systèmes mis sur pied à grands frais étaient sous-utilisés par le grand public, se préoccupe depuis quelque temps de la dimension information-éducation dans cette optique. Elle a préparé un petit guide

à cet effet, visant à doter les EMS de différentes stratégies d'utilisation des média en vue d'informer le grand public de leur existence (NHTSA, 1986). De plus, cet organisme a subventionné une recherche visant à étudier différents mécanismes de sensibilisation de la population à l'utilisation appropriée des EMS; comparant deux mécanismes d'information publique (messages payés et messages d'intérêt public, ou messages d'intérêt public seulement) à aucune information particulière, cette étude conclut qu'aucune différence significative entre les trois zones étudiées n'a été observée, eut égard au comportement souhaité: rapporter un accident à l'EMS de manière à ce que les polytraumatisés soient transportés en ambulance à l'hôpital et bénéficient le plus rapidement possible des soins préhospitaliers (Wolff et Finn, s.d.). L'impression que nous laisse le peu d'information disponible sur ces programmes nous confirme le constat de départ déjà évoqué: l'information efficace du grand public est fort difficile à faire!

## **2.0 LA FORMATION EN SECOURISME DU GRAND PUBLIC**

### **2.1 L'état de la situation ailleurs dans le monde**

De façon générale, deux types de stratégies sont utilisées relativement à la formation du grand public dans la plupart des pays à travers le monde. La première stratégie, que l'on pourrait qualifier ici de "coercitive", oblige tous les automobilistes à une formation élémentaire en secourisme pour obtenir un permis de conduire. A cette obligation s'ajoute, dans certains cas, celle de munir tous les véhicules d'une trousse de premiers soins. La seconde stratégie que l'on pourrait appeler cette fois celle du "bon samaritain", laisse le libre choix au grand public de prendre ou non une formation de secourisme, comptant sur le sens civique des citoyens. Dans les pays où la stratégie du "bon samaritain" est utilisée, on ne retrouve donc ni obligation, ni recommandation relatives à la formation du grand public en premiers soins; c'est le cas par exemple aux Etats-Unis et au Canada.

La stratégie plus coercitive est le plus souvent caractéristique des pays européens, dont la RFA, l'Autriche, la

Belgique, minimalement l'Espagne, et comme nous l'avons déjà vu, la Suisse. L'Australie, entre autres, cherche elle aussi à développer ce type de formation auprès des usagers de la route. Il semble en effet largement reconnu que la formation du grand public en secourisme et en RCR peut avoir un effet bénéfique sur les taux de mortalité et de morbidité pour l'ensemble des situations d'urgences, notamment les accidents routiers. Le plus souvent, la formation du grand public en secourisme se fait par le biais d'organismes reconnus en la matière, tels l'Ambulance Saint-Jean dans les pays du Commonwealth et la Croix-Rouge dans les autres pays.

Certains organismes internationaux contribuent également à la promotion en ce domaine. Par exemple, la Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant-Rouge, en collaboration avec la Fédération Mondiale des Sociétés d'Anesthésiologistes, a mis sur pied un guide de formation de "Réanimation d'Urgence et de Premiers soins" (mesures immédiates pour sauver la vie) à l'usage des instructeurs du grand public, dans le but d'uniformiser la formation en secourisme pour l'ensemble de l'Europe (Ligue des Sociétés, 1984). En effet, déjà en 1981, l'assistance immédiate par les usagers ordinaires de la route était considérée comme largement insuffisante dans la totalité des pays européens (CEMT, 1983).

Dans au moins huit pays du continent européen, l'obligation d'apporter une assistance immédiate n'est pas requise, alors que dans cinq autres pays, il n'est même pas obligatoire de signaler un accident! En 1981, six pays seulement utilisaient des troussees de premiers soins standardisées dans les véhicules. Quant à la formation des usagers en général, elle est jugée presque partout inadéquate ou insuffisante. Dans huit pays européens, on ne retrouve ni obligation, ni recommandation de participation à des cours de formation en secourisme, alors que quatre seulement exigent une formation élémentaire pour tous les candidats au permis de conduire; dans cinq autres pays, cette exigence existe pour certains groupes d'usagers de la route (les routiers par exemple) (CEMT, 1983). La figure et le tableau suivants résument, pour le grand public

TABLEAU VI.1

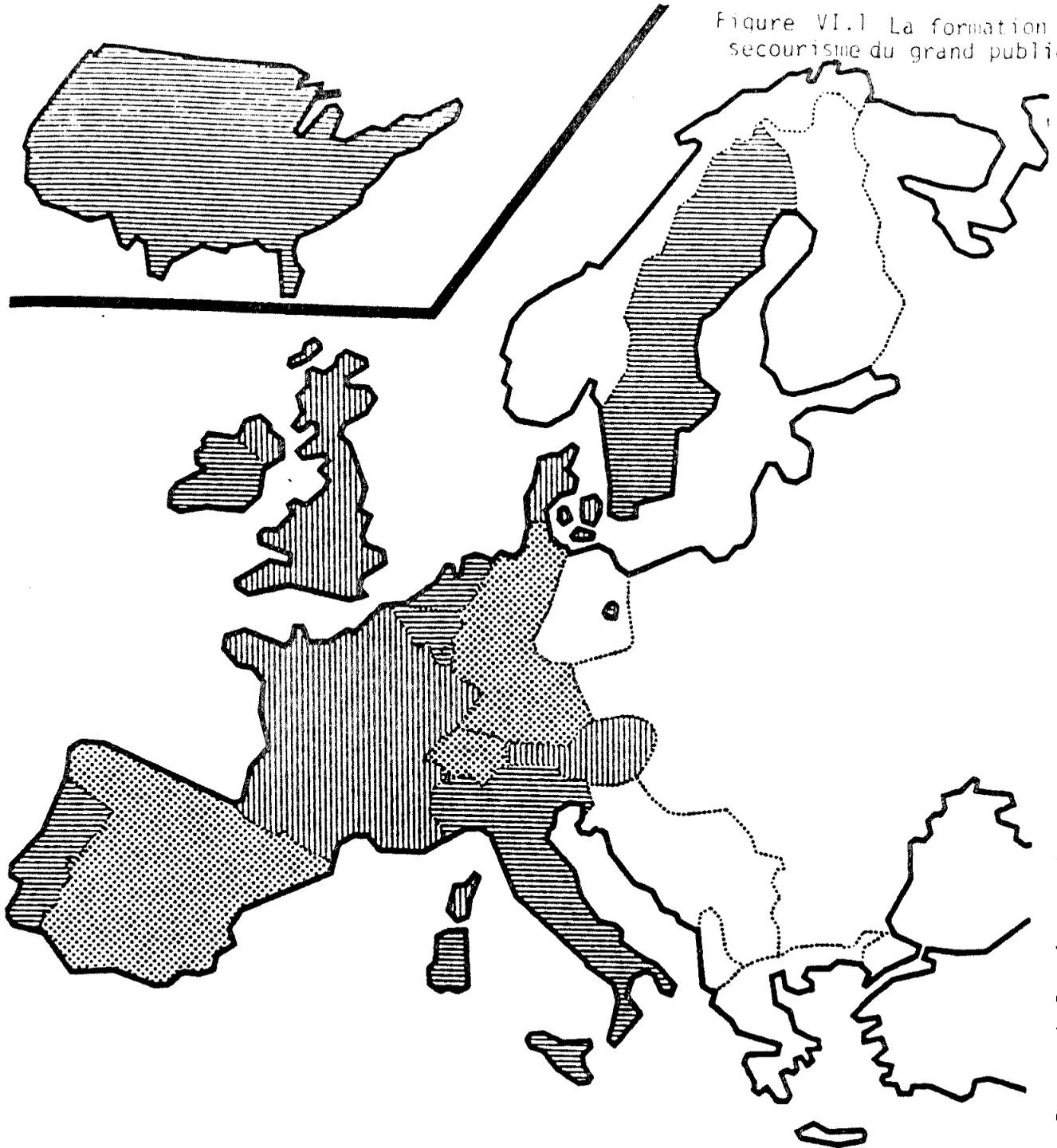
Obligation d'avoir une trousse de secours à bord  
des véhicules pour certains pays européens

- Tous les véhicules	- R.F.A. (incluant Berlin ouest) et R.D.A.* - Belgique - Autriche - Tchécoslovaquie* - Yougoslavie* - Suisse*
- Services publics	- Suède - Royaume-Uni
- Service public et véhicules commerciaux	- Finlande - Danemark - Irlande - France
- Pas d'obligation	- Luxembourg
- Pas d'information	- Le reste

Sources: - Unfallrettung im Strassenverkehr, Bundesanstalt für Strassenwesen, 1984 in Journal of Traffic Medicine, Vol. 12, No 3, 1984, p. 34.

\*Anonyme in Journal of Traffic Medicine, Vol. 12, No 3, 1984

Figure VI.1 La formation en secourisme du grand public



 all applicants for a driving licence  
 tous les candidats au permis de conduire  
 alle Führerscheinbewerber

 only certain road users  
 seulement certain usagers de la route  
 nur bestimmte Verkehrsteilnehmer

 no obligation  
 pas d'obligation de participer  
 keine Teilnahmeverpflichtung

 no information  
 pas de renseignements  
 keine Angabe

Source: Federal Highway Research Institute, Emergency Assistance on the Roads, (ECMT), Cologne, 1982.

**PARTICIPATION IN FIRST AID COURSES**  
**PARTICIPATION A DES FORMATIONS**  
**ELEMENTAIRES DE SECOURISME**  
**TEILNAHME AN ERSTE HILFE-KURSEN**

**figure**  
**figure**  
**Bild**  
**3**

de différents pays, la situation quant à la formation et à l'obligation d'équiper les véhicules de trousse de premiers soins.

Il faut de plus souligner que, dans plusieurs pays, les programmes de formation en secourisme touchent également la clientèle en milieu scolaire. Toutefois, nous n'avons trouvé aucune étude en mesure d'évaluer précisément le coût de cette formation (que ce soit chez les enfants ou chez les adultes) par rapport aux avantages qu'on en retire (OMS, 1981). De plus, certaines études ont démontré qu'une grande partie de ce qui est enseigné tend à être oublié (OMS, 1981). En d'autres termes, il semble que la formation du grand public en secourisme s'avère une stratégie inefficace lorsqu'elle ne s'accompagne pas dans tous les cas de bons programmes de recyclage.

## 2.2 La formation en secourisme du grand public au Canada et aux Etats-Unis

### 2.2.1 La Croix-Rouge

La situation au Canada et aux Etats-Unis concernant la formation en secourisme du grand public ne diffère guère, en fait, de celle de plusieurs pays européens. Nous avons donc ici et chez nos voisins américains une situation correspondant à celle du "bon samaritain".

Aux Etats-Unis, c'est la Croix-Rouge américaine ("American Red Cross") qui est la principale organisation dispensant la formation en secourisme pour le public américain. Elle se distingue en effet par sa présence dans toutes les régions du pays.

Entre 1986 et 1987, la Croix-Rouge américaine a émis plus de 2 260 427 certificats en secourisme (incluant le secourisme général et la RCR) (American Red Cross, Communication personnelle, 1988). Cet organisme établit ses propres standards de formation, en secourisme de base et avancé, pour l'ensemble du pays. En tant que tel, il ne semble pas y avoir de direction particulière concernant la formation en premiers soins du grand public et sa capacité à intervenir en cas

d'accidents de la route. Une seule campagne d'information relativement à la sécurité routière a été entreprise par la Croix-Rouge américaine; toutefois, aucune évaluation de ce programme n'a été effectuée.

On doit aussi souligner qu'il y a plus de 2 000 divisions de la Croix-Rouge, ayant chacune un statut autonome, dispersées à travers tous les états américains. Chacune établit ses propres projets, en collaboration avec les agences locales. Néanmoins, l'état major de la Croix-Rouge, en collaboration avec les agences nationales et régionales, fait la promotion de normes d'agrément concernant la réciprocité des programmes de formation, l'émission de certificats et la formation des instructeurs (American Red Cross, Communication personnelle, 1988).

Au Canada, les activités de la Croix-Rouge sont mieux connues du grand public par son service national de sang et par ses programmes humanitaires que par ses programmes de formation en secourisme. Depuis les années 1980 toutefois, la Société canadienne de la Croix-Rouge cherche à développer de plus en plus ses activités dans le domaine du secourisme: formation de secouristes et mise sur pied de Services d'Urgence d'assistance en cas de catastrophes (Société canadienne de la Croix-Rouge, 1987).

Elle offre plus particulièrement trois cours de secourisme au grand public canadien, soit le secourisme d'urgence (huit heures), le secourisme général (seize heures) et le secourisme d'intervention (vingt heures), ainsi que deux programmes de formation pour moniteurs et instructeurs (trois jours) à des coûts de formation variant de 25 \$ à 75 \$.

En 1986, la Croix-Rouge canadienne a adopté les normes de soins immédiats (RCR) de la Fondation canadienne des maladies du coeur et elle a élaboré une stratégie visant à intégrer cette formation au programme de secourisme. De plus, elle s'est adjointe les services d'un membre de l'Association canadienne des médecins d'urgence à son Comité national de formation en secourisme (Société canadienne de la Croix-Rouge, 1987).

TABLEAU VI.2

La formation en secourisme au Canada dispensée par  
la Croix-Rouge canadienne (1986)

<b>SECOURISME - FORMATION EN MILIEU SCOLAIRE</b>											
COURS	C.-B./Y	ALB.	SASK.	MAN.	ONT.	QUÉ.	N.-B.	N.-É.	Î.-P.-É.	T.-N.	TOTAL
<b>SECOURISME D'URGENCE</b>											
Inscrits	1952	2835	404	1909	8169	561	656	1052	923	1060	18865
Agréés	1935	2772	404	1909	7653	561	637	1052	847	1027	18160
<b>SECOURISME GÉNÉRAL</b>											
Inscrits	1071	3437	1241	825	11156	2973	591	494	495	174	21866
Agréés	1055	3330	1241	825	10457	2973	554	494	477	163	21015
<b>FORMATION SPÉCIALE</b>											
Inscrits	1599	2121	11	1725	2472	412	365	—	3149	1090	12944
Agréés	1593	2099	11	1725	2368	412	365	—	2524	1050	12147
<b>SECOURISME - FORMATION DES MONITEURS</b>											
<b>OBTENTION ET RENOUELEMENT DU CERTIFICAT</b>											
Inscrits	74	143	53	76	480	168	20	20	52	34	1100
Agréés	74	143	53	76	453	168	19	20	52	31	1070
<b>*MONITEURS SPÉCIALISÉS</b>											
<b>OBTENTION DU CERTIFICAT</b>											
Inscrits	20	74	—	46	74	13	—	—	—	11	238
Agréés	20	74	—	46	74	13	—	—	—	9	236

**FORMATION SPÉCIALE**

Les domaines de formation spéciale en Secourisme, soit le secourisme en pleine nature, le cours avancé, la sécurité du nourrisson et de l'enfant et des programmes cooptés ne sont pas disponibles dans toutes les divisions.

Source: La Société canadienne de la Croix-Rouge, Rapport annuel 1986,  
Ottawa, 1987.

Le tableau VI.2 présente les statistiques de formation en secourisme de la Croix-Rouge canadienne pour 1986, dans différentes provinces canadiennes. Au total, environ 50 000 canadiens auraient suivi en 1986 une formation en secourisme avec cet organisme, dispensée d'un bout à l'autre du pays. En nombres absolus, c'est en Ontario, en Colombie-Britannique et en Alberta que la formation donnée par la Croix-Rouge est la plus importante, alors que le Québec arrive en ce domaine au dernier rang.

### 2.2.2 L'Ambulance Saint-Jean

Quant à l'Ambulance Saint-Jean, elle offre depuis plus de cent ans des cours de formation en secourisme au Canada. Elle est donc bien établie depuis longtemps dans toutes les provinces et toutes les régions du pays. L'Ambulance Saint-Jean est constituée de deux groupes distincts mais interdépendants: la **Brigade**, responsable des services bénévoles de secourisme et de soins de santé, et l'**Association** qui est responsable de l'élaboration des programmes de formation en secourisme et en soins de santé en milieu familial.

On compte environ 13 500 bénévoles en uniforme qui composent les brigades locales de l'Ambulance Saint au Canada, 9 250 bénévoles en civil, 8 750 instructeurs certifiés au niveau national, et enfin 275 employés d'un bout à l'autre du pays (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986). L'Ambulance Saint-Jean forme plus de 400 000 canadiens chaque année, dont 332 000 en secourisme, 55 000 en RCR et 21 000 en soins de santé (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986).

L'organisation est très présente en Ontario (34,6% de tous les cours de formation en secourisme), en Colombie-Britannique, en Alberta et au Québec (1). Elle offre une importante variété de cours de secourisme, dont le secourisme d'urgence (huit heures), le secourisme général (seize heures), la RCR, le secourisme avancé, et le nouveau

---

(1) Selon les données de l'Ambulance Saint-Jean, en 1985, 13,4 personnes sur 1 000 habitants ont été formés en secourisme au Canada (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986).

## Statistiques de la formation — 1986

CONSEIL	SECOURISME								SOINS DE SANTÉ						TOTAL GÉNÉRAL
	Urgence	Général	Avancé	Industriel	Priorité Survie	Secourisme routier	RCR	TOTAL	Soins de santé en milieu familial	Le soin de l'enfant à domicile	Je sais garder les enfants	Aînés en santé	Soins de santé pour les aînés	TOTAL	
C.-B.	16 486	12 222	1	—	1 863	71	13 343	43 986*	359	9	816	1 389	—	2 573	46 559
ALB.	8 472	25 815	182	12	1 972	63	4 799	41 315	283	4 235	17	176	—	4 711	46 026
T. du N.-O.	272	1 318	22	—	812	—	496	2 920	18	—	92	—	—	110	3 030
SASK.	4 931	6 234	41	—	285	—	121	11 612	129	—	—	—	—	129	11 741
MAN.	9 797	1 969	81	—	650	37	2 327	14 861	25	—	—	368	—	393	15 254
ONT.	21 074	65 036	287	—	26 589	476	19 600	133 062	1 829	1 358	3 458	1 572	—	8 217	141 279
DIST. FÉD.	2 812	4 880	115	—	3 437	230	1 661	13 135**	16	51	—	248	—	315	13 450
QUÉ.	9 406	13 743	46	—	1 170	57	2 441	26 863	925	—	—	496	—	1 421	28 284
N.-B.	4 161	4 505	297	—	129	—	1 069	10 161	495	—	—	348	—	843	11 004
N.-É.	5 238	4 877	55	—	443	—	1 434	12 047	303	—	72	332	13	720	12 767
I.-du-P.-É.	280	631	17	—	100	—	248	1 276	36	22	218	201	6	483	1 759
T.-N.	9 239	2 116	105	—	95	—	749	12 304	294	23	233	781	38	1 369	13 673
BELL CAN.	9 423	—	—	—	—	—	—	9 423	—	—	—	—	—	—	9 423
CN/VIA	2 549	2 381	—	—	—	—	555	5 485	—	—	—	—	—	—	5 485
CP	3 064	990	—	—	—	—	154	4 208	—	—	—	—	—	—	4 208
GOUV. FÉD.	—	1 568	—	—	—	—	—	1 568	—	—	—	—	—	—	1 568
DÉF. NAT.	24 049	8 924	602	—	285	—	3 788	37 648	—	—	—	—	—	—	37 648
GRC	290	2 553	—	—	—	—	2 411	5 254	—	—	—	—	—	—	5 254
N. TELECOM	125	13	—	—	—	—	94	232	—	—	—	—	—	—	232
EATON	—	156	—	—	—	—	—	156***	—	—	—	—	—	—	156
AIR CAN.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
POSTES CAN.	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
<b>TOTAL</b>	<b>131 668</b>	<b>159 931</b>	<b>1 851</b>	<b>12</b>	<b>37 830</b>	<b>934</b>	<b>55 290</b>	<b>387 516</b>	<b>4 712</b>	<b>5 698</b>	<b>4 906</b>	<b>5 911</b>	<b>57</b>	<b>21 284</b>	<b>408 800</b>

\*En outre, 4 529 personnes ont été formées en Secourisme du travail en vue d'obtenir le diplôme de la Commission des accidents du travail de la Colombie-Britannique.

\*\*Excluant les 506 personnes formées au gouvernement fédéral.

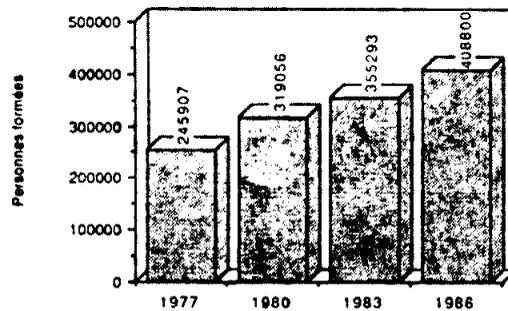
\*\*\*Excluant les 497 personnes formées par le biais des Conseils provinciaux.

Source: Ambulance Saint-Jean Canada, Rapport annuel 1986, Ottawa 1986.

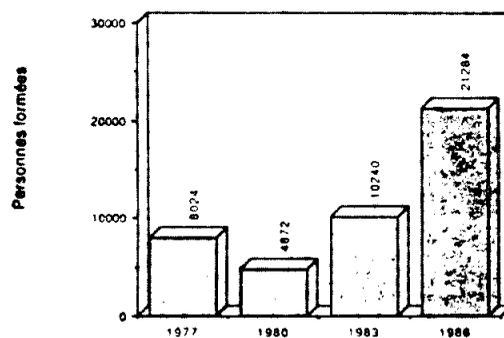
FIGURE VI.2

Evolution de la formation en secourisme de l'Ambulance  
Saint-Jean au Canada (1977-1986)

Courbes de croissance 1977-1986  
Formation en secourisme et en soins de santé



Formation en soins de santé



Source: Ambulance Saint-Jean Canada, Rapport annuel 1986, Ottawa, 1987.

cours de secourisme routier (quatre heures), qui n'est cependant pas encore tout à fait bien implanté comme on peut le constater au tableau VI.3. La figure VI.2, quant à elle, retrace l'évolution de la formation en secourisme du grand public canadien par cet organisme, de 1977 à 1986. Au cours des dix dernières années, le nombre de personnes formées annuellement par l'Ambulance Saint-Jean a donc augmenté de 66%. Il faut souligner toutefois qu'une bonne partie de cette croissance est due à la formation de secourisme général ou de secourisme d'urgence en milieu de travail, qui touche près de 135 000 personnes par année.

L'Ambulance Saint-Jean a en effet des centres spéciaux de formation dans quelque dix grandes entreprises canadiennes publiques ou privées, telles Air Canada, Bell Canada, la Société canadienne des Postes, le Canadien National/Via Rail, le Canadien Pacifique, le ministère de la Défense nationale, Eaton, Northern Telecom, la GRC, etc. (Ambulance Saint-Jean du Canada, 1986). La formation du grand public en général ne représente donc finalement qu'un faible volume de la croissance décrite à la figure VI.2.

Notons qu'il est extrêmement difficile d'évaluer la qualité des cours de formation dispensés par la Croix-Rouge ou l'Ambulance Saint-Jean, d'un bout à l'autre du pays, puisque chaque organisation locale et régionale est autonome sur le plan de son organisation, et qu'on ne peut bien sûr contrôler l'ensemble des volontaires appelés à dispenser ces cours. Les seuls contrôles qui existent actuellement sont relatifs à la formation même des instructeurs, au processus de certification des candidats ainsi qu'au niveau des programmes de formation qui, en principe, sont standardisés pour l'ensemble des régions. Toutefois, les instructeurs de formation ne bénéficient pas toujours de véritable suivi ou d'une formation continue, ce qui est particulièrement vrai pour les régions plus éloignées. Néanmoins, ces organismes sont de plus en plus conscients de leur image auprès du grand public et cherchent à s'adapter aux changements et aux besoins de la société, que ce soit auprès des grandes entreprises susceptibles de former leurs travailleurs en secourisme ou auprès des gouvernements. Enfin, ces organismes sont

implantés dans toutes les régions au Canada, ce qui constitue sans aucun doute un avantage considérable.

## **2.3 La situation au Québec**

### **2.3.1 L'impact de la formation en "secourisme en milieu de travail"**

Au Québec, la situation de la formation du grand public en secourisme n'est pas réellement différente de ce que l'on retrouve dans plusieurs autres provinces canadiennes et dans différents pays. En règle générale, le grand public reste peu sensibilisé à la nécessité de suivre une formation en secourisme et il hésite généralement à intervenir lors de situations d'urgences, par crainte de représailles judiciaires ou plus simplement par indifférence. Sur le plan législatif, on ne retrouve aucune obligation ou recommandation particulière de participation à une formation élémentaire en secourisme, ni pour les automobilistes ou certains groupes d'utilisateurs de la route, ni pour la population en général. La seule exception que l'on retrouve à ce sujet est relative au cours de secourisme en milieu de travail, qui est maintenant obligatoire dans les entreprises québécoises conformément aux règlements de la Commission de la Santé et Sécurité au travail (CSST).

En effet, une grande partie de la formation en secourisme dispensée actuellement par les divers organismes québécois reconnus en la matière se rapporte au secourisme en milieu industriel. A l'heure actuelle, on peut estimer qu'entre 70 et 75% de tous les cours de formation donnés d'un bout à l'autre de la province ont trait au secourisme en milieu de travail. Par conséquent, le grand public en tant que tel ne compte que pour environ le quart de la clientèle.

Depuis 1984, le règlement sur les normes minimales de premiers secours et de premiers soins (Loi sur les accidents de travail et Loi sur la santé et la sécurité au travail) oblige en effet les employeurs à maintenir un service de premiers secours et à assurer la présence d'un nombre minimal de secouristes sur les lieux de travail (un secouriste pour cinquante travailleurs). Dans ce cadre, la CSST subventionne le

cours de "Secourisme en milieu de travail" (seize heures), donné pendant les heures habituelles de travail, et confie par contrat cette formation à des organismes ou des personnes reconnus en la matière (Ambulance Saint-Jean, Croix-Rouge ou autres organismes spécialisés) (CSST, 1985). C'est aussi par le biais des subventions offertes par la CSST, qui représentent somme toute un marché relativement considérable, que plusieurs petites entreprises à but lucratif se sont constituées au cours des dernières années pour offrir la formation en secourisme aux travailleurs. Sans l'existence de ce nouveau marché on peut donc dire que la croissance de la formation en secourisme auprès de la population en général aurait été pratiquement inexistante au cours de la dernière décade.

Traditionnellement, au Québec, c'est surtout par le biais des activités de l'Ambulance Saint-Jean qu'a été faite la formation en secourisme du grand public. Cependant, cet organisme est de plus en plus concurrencé par l'apparition de nouveaux intervenants et de nouvelles petites entreprises spécialisées en ce domaine. Il existe en effet une importante variété de groupes, d'associations, d'entreprises ou d'organismes plus ou moins disparates qui offrent maintenant une formation en secourisme au grand public de même qu'à divers groupes professionnels spécialisés dans les services d'urgence (policiers, pompiers, ambulanciers, secouristes professionnels etc.).

Dans l'ensemble, on retrouve donc au Québec:

- 1) Les organismes à but non lucratif de longue date, tels l'Ambulance Saint-Jean et la Croix-Rouge, qui offrent une certaine variété de cours de formation de base ou avancée à l'intention du grand public, des travailleurs et des professionnels aux prises avec les situations d'urgence (ambulanciers, policiers, pompiers, etc.). Ces organismes se distinguent plus particulièrement par les activités de secourisme de leurs bénévoles (en uniforme ou en civil), par leurs interventions lors d'événements sportifs ou culturels et par leur présence dans les situations de catastrophes.
- 2) Quelques organismes à but non lucratif, en collaboration avec la Fondation du Québec des maladies du coeur, se livrent à la promotion de la réanimation cardio-respira-

toire et offrent une formation en RCR ou en soins d'urgence, selon le cas, à la demande des organismes, des groupes ou de la population en général.

- 3) Des entreprises à but lucratif (des PME) qui offrent leurs services à la communauté en général, mais dont la principale activité concerne la formation des secouristes en milieu de travail par des contrats avec la CSST.
- 4) Des organismes spécialisés dans le domaine de l'urgence, également à but lucratif, qui offrent une gamme de cours spécialisés et des programmes de formation de base et avancée au personnel aux prises avec les situations d'urgence mais également à la clientèle en milieu scolaire, en garderie, en milieu agricole, etc. Ces formations ne sont généralement pas dispensées dans le cadre de contrats avec la CSST.
- 5) Des associations qui regroupent les secouristes en milieu de travail et des professionnels (policiers ou pompiers) qui, sans plan d'action, offrent une formation locale en premiers soins et en RCR tout d'abord à leurs membres, mais également aux autres professionnels de l'urgence et aux individus par le biais des organismes d'éducation et de formation des adultes. (1)

### 2.3.2 Le grand public et la formation en secourisme: quelques facteurs importants

De façon générale, nos entrevues auprès des intervenants dans ce domaine nous confirment que le citoyen québécois adulte qui suit actuellement une formation en secourisme est celui qui a déjà vécu une situation d'urgence (à la maison ou en milieu de travail) face à laquelle il n'a pu intervenir faute de connaissances en premiers soins. En effet, selon certains informateurs, cette motivation serait présente dans environ 90% des cas. A l'exception de ces situations tragiques, il faut en effet reconnaître qu'il n'y a que peu de sensibilisation ou d'encouragement particulier à suivre une formation en secourisme dans notre société. L'absence de programmes d'information ou d'éducation du

---

(1) Il est intéressant de mentionner que dans plusieurs des cas que nous avons rencontrés, la mise sur pied d'entreprises ou d'organismes de formation en premiers soins était l'initiative d'ambulanciers actifs ou inactifs ou encore d'individus impliqués dans le domaine de l'urgence qui possédaient une formation plus avancée en ce domaine, notamment celle de paramédic.

grand public en ce domaine font qu'il existe en quelque sorte une situation d'indifférence du citoyen face à la notion de porter secours. De plus, il semble que la crainte de poursuites judiciaires, de même que les coûts financiers liés à la formation en secourisme, constituent actuellement des obstacles supplémentaires pour le grand public.

### 2.3.3 Formation du grand public et programmes de formation offerts: portrait d'ensemble de la situation québécoise

Parmi les programmes de formation à l'intention du grand public, l'Ambulance Saint-Jean offre une gamme de cours variés, allant d'une formation élémentaire à une formation avancée. Parmi ceux-ci, on peut souligner les cours: "Priorité survie" (deux heures 1/2), secourisme routier (quatre heures), secourisme d'urgence (huit heures), secourisme général (quinze heures), secourisme avancé (quarante heures), secourisme spécialisé en milieu industriel (soixante-quinze heures), etc. En parallèle, elle offre aussi trois cours de formation en réanimation cardio-respiratoire: au grand public (cardio-secours), aux secouristes professionnels (soins immédiats en RCR selon les normes de la Fondation du Québec des maladies du coeur) et aux futurs instructeurs au RCR. Dans chacun de ces cours, l'individu reçoit au terme de sa formation une carte d'attestation valide durant trois ans.

En 1986, l'Ambulance Saint-Jean a formé au Québec environ 27 000 personnes d'un bout à l'autre de la province, ce qui représente environ un ratio de 0,45%/année de la population du Québec. En 1985 toutefois, cet organisme avait formé plus de 37 500 personnes. Elle accuse une perte de 28% de la production totale de la formation, celle-ci étant due essentiellement à la perte du marché de la CSST que se concurrencent actuellement les organismes de formation (Ordre de St-Jean, 1985 et 1986).

Les statistiques de 1985, qui sont actuellement disponibles, permettent d'estimer la formation du grand public au secourisme pour l'ensemble des régions du Québec et notamment d'évaluer le rapport de la formation de ce dernier relativement à la formation en milieu industriel. Au total, 75% de tous les cours de formation dispensés par

L'Ambulance Saint-Jean se rapportent à la formation en milieu industriel. Seul le cours de "secourisme général" représente dans ce portrait un ratio moitié/moitié du grand public et du milieu industriel. C'est en outre dans la grande région de Montréal (région 06) que la formation est la plus importante, représentant environ 60% de toutes les personnes formées (Voir le tableau VI.4.)

Quant à la formation en secourisme dispensée par la Croix-Rouge au Québec, elle est en fait à ses premiers balbutiements. En 1986 et 1987, la Croix-Rouge Division du Québec a dispensé 314 cours de formation en secourisme auprès de 3 334 personnes. L'année précédente, elle avait formé en ce domaine 1 787 personnes (Voir tableau VI.5) (Croix-Rouge, Division Québec, 1987).

Elle offre plus particulièrement au grand public trois cours de formation en secourisme (incluant les détresses respiratoires ou RCR): le secourisme d'urgence (huit heures), le secourisme général (sept heures), et le secourisme d'intervention (vingt heures). Chacune de ces formations est sanctionnée d'une certification (carte d'aptitude au secourisme d'urgence) valide pour une période de trois ans.

Il s'agit donc pour la Croix-Rouge d'une réorganisation de ses activités, et c'est surtout par le biais de la CSST que cette dernière se fait actuellement connaître en ce domaine. La Société canadienne de la Croix-Rouge cherche en effet à s'impliquer de plus en plus dans le domaine du secourisme au Canada et au Québec, et sa présence sera sans aucun doute de plus en plus importante au cours des prochaines années. Nous avons de plus appris que la Croix-Rouge a développé un concept de trousse de premiers soins à l'usage des automobilistes, qu'elle cherche notamment à implanter via le Club automobile du Québec et d'autres organismes tels les Chevaliers de Colomb.

Enfin, en ce qui concerne les autres organismes ou entreprises susceptibles de dispenser une formation en secourisme auprès du grand public, il est extrêmement difficile à l'heure actuelle

TABLEAU VI.4

La formation en secourisme de l'Ambulance Saint-Jean  
dans l'ensemble des régions du Québec en 1985

RÉGIONS		PRODUCTION								TOTALS	
		01	02	03	04	05	06	07	08		09
<u>URGENCE</u>	Industrie	468	471	2,393	839	546	9,194	336	636	412	15,295
	Public	38	44	80	358	55	427	157	160	58	1,377
	Scolaire	103	117	50		135	168	21	70		664
<u>SECOURISME GÉNÉRAL</u>	Industrie	285	300	518	133	167	4,798	232	83	182	6,698
	Public	472	450	1,561	527	522	3,237	244	553	133	7,699
	Scolaire	446	60	650		49	475	49	21	43	1,793
	Brigade	112	7	202	37	20	126	157	5	13	679
<u>COURS AVANCÉS</u>	Industrie						24				24
	Public						36				36
	Scolaire						17				17
<u>R.C.R.</u>	Industrie						1,113				1,113
	Public			3			234			11	248
	Scolaire										
<u>INSTRUCTEUR</u>	Industrie				1		69				70
	Public	5	22	8	1		41	8			85
	R.C.R.						4				4
<u>SECOURISME ROUTIER</u>	Industrie										
	Public						47				47
<u>PRIORITÉ-SURVIE</u>	Industrie										
	Public					29	24	133			186
<u>SANTÉ</u>	Aînés						473				473
	Famille				2	3	22				27
	Brigade	252	10	335	45	34	188	7		3	870
<u>TOTAUX</u>		2,181	1,481	5,800	1,943	1,560	20,713	1,344	1,528	855	37,405

Source: Ambulance Saint-Jean, Conseil de Québec, Rapport annuel 1985,  
Montréal, 1985.

TABLEAU VI.5

Formation en secourisme et autres activités de la  
Croix-Rouge au Québec (1986-1987)

**Santé et action communautaire**

Bilan des activités au 31 mars 1987

	1986-87	1985
<b>Prêt de matériel pour chambre de malade</b>		
• Sections	175	165
• Personnes aidées	10 364	9 790
• Articles prêtés	12 502	11 760
<b>Secours aux sinistrés</b>		
• Nombre d'interventions	592	-----
• Nombre d'adultes aidés	1 287	-----
• Nombre d'enfants aidés	648	-----
<b>Secourisme</b>		
• Cours d'instructeur	1	-----
• Nombre de participants	13	-----
• Cours de moniteurs	19	20
• Nombre de participants	158	137
• Cours donnés	314	164
• Nombre de participants	3 334	1 787
<b>Créations — Assistance nationale et internationale</b>		
• Nombre de sections	45	61
• Nombre de bénévoles	518	1 200
• Ventes	28 156 \$	52 364 \$
<b>Jolie et Santé</b>		
• Ateliers de formation	28	29
• Moniteurs formés	311	270
• Sessions d'activités physiques	4 977	3 191
• Nombre de participants	2 300	1 520
<b>Arts et Métiers</b>		
• Nombre de bénéficiaires	1 223	-----
• Présences aux activités	39 319	-----
<b>Corps de la Croix-Rouge</b>		
• Nombre de membres	130	137
• Heures de bénévolat	8 104	13 183

Source: La Société canadienne de la Croix-Rouge, Division Québec,  
Rapport annuel, janvier 1986-mars 1987, Montréal, 1987.

d'établir un bilan de la situation, compte tenu de l'importante variété qu'on retrouve en la matière. Néanmoins, selon nos informateurs, les cours de formation dispensés en milieu industriel sont généralement conformes aux normes de la CSST et les cours de RCR à celles de la Fondation du Québec des maladies du coeur. Quant aux autres programmes de formation offerts, en l'absence de contrôle et de standards uniformes, ils peuvent varier, selon les individus qui les dispensent, des standards américains de 1960 ou de 1970 aux programmes de formation maison basés sur l'expérience personnelle. De plus, chaque organisme ou chaque entreprise accrédite ses candidats selon ses propres normes et ses propres standards d'évaluation!

A l'heure actuelle donc, il n'existe aucun contrôle ni sur la qualité, ni sur le contenu des cours de formation dispensés en secourisme auprès du grand public québécois. En outre, les équipements et les infrastructures nécessaires peuvent varier d'une région à l'autre et d'un organisme à l'autre, tout comme les mécanismes d'évaluation peuvent changer d'une entreprise ou d'une agence à l'autre. Bien qu'il soit difficile de contrôler de près l'ensemble de la situation, il n'y a pas de doute que l'établissement de normes et de standards provinciaux tendraient à uniformiser les programmes de formation offerts d'un bout à l'autre de la province.

En résumé, pour ce qui est de la formation du grand public québécois en premiers soins, on peut noter:

- un manque d'intérêt et de sensibilisation de la population pour la formation en secourisme et en RCR;
- un manque d'éducation et d'information du grand public quant à sa capacité à intervenir sur les lieux d'un accident;
- l'absence de contrôle sur la qualité des cours offerts en secourisme, y compris les qualifications et l'encadrement des instructeurs;
- l'absence de mécanisme d'encouragement pour le recyclage du grand public;

- l'absence d'un réseau bien intégré de cours de premiers soins.

### 3. CONCLUSION

Pour les premiers intervenants non formels, au même titre que pour les premiers intervenants formels, il semble donc que la formation en secourisme en général (et encore plus en secourisme routier) soit largement déficiente.

REFERENCES

- Ambulance Saint-Jean du Canada (1986); Rapport annuel 1986, Ottawa, 33 pages.
- CEMT (1983); Le secourisme dans la circulation routière, Conférence Européenne des ministres du transport, miméographié, 25 pages.
- Croix-Rouge, Division du Québec (1987); Rapport annuel 86-87, Montréal, 26 pages.
- CSST (1985); Secourisme en milieu de travail, Cahier de formation, Commission de la santé et de la sécurité du travail du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 192 pages.
- ECMT (1982); Emergency Assistance on the Roads, European Conference of Ministers of Transportation, Federal Highway Research Institute, Cologne, 122 pages.
- Haddon, W. (1980); "Options for the prevention of vehicle crash injury"; Israël journal of Medical Sciences, (16) 5: 45-67.
- Ligue des Sociétés (1984); Réanimation d'urgence et premiers secours, Ligue des Sociétés de la Croix-Rouge et du Croissant rouge, Fédération provinciale des sociétés d'anesthésiologistes, Genève, 138 pages.
- NHTSA (1986); Public Information and Education for EMS Providers; U.S. Dept. of Transportation, 96 p.
- OMS (1981); Planification et organisation des services médicaux d'urgence, Bureau régional de l'Europe, Copenhague, Rapports et études # 35, 41 pages.
- Ordre de St-Jean (1985); Rapport annuel 1985, Conseil du Québec de l'Ordre de St-Jean, 50 pages.
- Ordre de St-Jean (1986); Rapport annuel 1986, Montréal, Conseil du Québec de l'Ordre de St-Jean, non paginé.
- Robertson, L.S. (1982); "Active vs passive approaches"; in S. Lecours (ed.), Les interventions en sécurité routière, AQTR, CRT et DMSP, Université de Montréal; pp. 4-18.
- Sergerie, Diane (1986) "Sécurité routière, un virage nécessaire"; Santé et Sociétés, (8) 4: 25-27.
- Société canadienne de la Croix-Rouge (1987); Rapport annuel 1986, Ottawa, 48 pages.

Woolf A. et Finn J.(s.d.); Public education and information documentation project for Emergency Medical Services (EMS); Abt. Associates; miméographie, 21 p.

**SECTION III**  
**CONCLUSIONS**

**CHAPITRE VII**  
**AMELIORER LA FORMATION DES PREMIERS INTERVENANTS QUEBECOIS:**  
**UN FAUX PROBLEME?**

## INTRODUCTION

Dans les premières sections de ce rapport, nous avons analysé la situation de la formation des premiers intervenants québécois auprès des victimes d'accidents de la route, en l'interprétant dans le contexte plus vaste de l'organisation des secours d'urgence telle qu'elle se fait ici et ailleurs. Dans le présent chapitre, nous voulons donc présenter nos principales conclusions qui, pour la plupart, se retrouvaient déjà en filigrane dans les sections précédentes.

### 1. DEUX REMARQUES PRELIMINAIRES

Avant d'énoncer nos conclusions, quelques remarques préliminaires sur leur portée nous semblent indiquées. Premièrement, soulignons qu'en aucun moment, nous ne nous sommes préoccupés de calculer les coûts-bénéfices des diverses mesures étudiées. Comme la dimension économique de la question de la formation ne faisait pas partie des objectifs de la recherche, et comme nous n'avons pas nous-mêmes une formation en économie, nous n'avons pas abordé cette dimension directement. Soulignons qu'elle nous semble toutefois essentielle et, dans la mesure de nos connaissances, nous avons tenté de faire preuve de ce que nous pourrions appeler du "réalisme économique". Nous demeurons aussi fort conscients du contexte très politique où les décisions relatives aux réformes des systèmes de prise en charge des urgences sont prises, au Québec comme ailleurs. Et nous savons fort bien que la rationalité politique peut différer sensiblement de la pure rationalité économique. En ce sens, il nous semblerait important que l'impact économique de toute nouvelle mesure en urgences préhospitalières soit étudié, de préférence sous forme de projet pilote, avant son implantation massive au Québec.

Comme seconde remarque préliminaire, nous voudrions souligner qu'au cours de ce rapport, nous avons postulé que recevoir une formation (de base ou continue) avait un effet positif sur les pratiques des premiers intervenants. Or, nous savons fort bien que les manières de dispenser cette formation de même que son contenu peuvent être d'inégale

valeur; qui plus est, nous savons aussi qu'il est très difficile de faire un lien automatique entre la réussite avec succès d'une formation quelconque et la transposition de ces acquis dans des pratiques concrètes d'intervention. Un nombre impressionnant de facteurs peut en effet empêcher le premier intervenant, si bien formé soit-il, d'appliquer ses nouvelles connaissances; parmi ces facteurs, la non-disponibilité de l'équipement, le genre de routines imposées par un employeur, ou encore simplement l'oubli par manque de pratique sont dignes de mention. Il serait donc nécessaire, à notre sens, que tout nouveau programme de formation soit structuré selon les règles de l'art et régulièrement évalué, pour voir s'il permet effectivement aux intervenants d'acquérir et de maintenir les attitudes, connaissances et habiletés qu'il prétend enseigner.

## 2. LES GRANDES CONCLUSIONS DE NOTRE ETUDE

### 2.1 L'impérieuse nécessité d'insérer la formation des premiers intervenants dans une vision d'ensemble

Si l'on en revient aux trois variables lourdes que nous avons identifiées au chapitre I comme déterminant de façon particulière l'organisation d'un système de premiers secours dans un pays, rappelons d'abord que: 1) le Québec est un vaste territoire peu densément peuplé où l'hiver a un impact considérable; 2) sauf pour une certaine partie des interventions effectuées dans la région de Montréal (où est cependant concentrée une proportion très importante de l'ensemble de la population québécoise), nous avons socialement décidé au Québec de ne pas envoyer de médecin de manière systématique sur les lieux d'un accident; 3) le gouvernement central (provincial dans ce cas-ci) assume une portion des coûts voisine de 100% tout en n'ayant pas encore pris les mesures appropriées pour construire un système bien intégré de prise en charge des urgences préhospitalières au Québec, et ce même si nous considérons que les mesures suggérées par le ministre Dutil début mars 1988 sont un pas très net dans cette direction.

Dans ce contexte, notre première conclusion transparaît de manière évidente dans l'intitulé du présent chapitre de même que dans celui de l'ensemble du rapport. Nous l'avons de plus énoncée à quelques reprises dans les chapitres précédents. Nous croyons en effet que poser la question de la formation des premiers intervenants sans poser la question plus globale du rôle respectif de ces premiers intervenants à l'intérieur du système est mal poser le problème. En ce sens, nous croyons que la problématique de la formation des premiers intervenants n'est pas un faux problème car, comme nous l'avons vu, il y a un besoin très manifeste à cet égard. Nous croyons toutefois qu'il est illusoire de vouloir solutionner le problème de la formation en décidant simplement d'un contenu et/ou d'un nombre d'heures de formation. Il est en effet impérieux d'aborder de front le déploiement des services d'urgence préhospitaliers en un système bien clarifié et bien articulé au système hospitalier, où des rôles précis et complémentaires sont dévolus aux différents acteurs. Sinon, les ambulanciers voudront apprendre des manoeuvres qu'ils n'auront pas le droit de pratiquer légalement, on attendra des policiers des comportements qu'ils n'auront jamais appris et on espérera une illusoire implication de la part du grand public.

## **2.2 Les principaux problèmes actuels du système d'urgences préhospitaliers québécois**

Le principal problème est donc qu'il n'y a pas à proprement parler de système d'urgence préhospitalier au Québec qui intégrerait les diverses activités de secours, de formation et de soins de manière un tant soit peu cohérente afin de maximiser l'utilisation des ressources et d'améliorer le pronostic de survie et/ou de réadaptation des victimes d'accidents (de la route ou autres). Ce problème se manifeste entre autres par les constats suivants (en quelques endroits, ces constats peuvent s'avérer inexacts à cause d'initiatives locales mais ils sont un portrait d'ensemble exact pour le Québec):

- 1) L'absence de rôle clairement défini pour l'ensemble des intervenants.

- 2) L'absence de protocoles d'intervention standardisée pour tous les intervenants.
- 3) L'absence d'articulation claire des interventions préhospitalières avec le système hospitalier.
- 4) L'absence (sauf à Montréal) de systèmes de communication permettant un accès simple et rapide aux secours.
- 5) L'absence de standardisation de la formation pour toutes les catégories de premiers intervenants.
- 6) L'absence de processus de certification/recertification pour l'ensemble des intervenants (sauf en RCR où elle se fait fréquemment de manière peu contrôlée).
- 7) L'absence de mise à jour de leurs connaissances pour la plupart des formateurs.
- 8) La présence dans le transport ambulancier d'intervenants (les propriétaires d'entreprises de pompes funèbres) dont les aspirations économiques normales de toute entreprise à but lucratif peuvent potentiellement engendrer des situations de conflits d'intérêts avec leur rôle de service public.

La situation québécoise témoigne donc d'un faible niveau de coordination, en un système d'ensemble bien intégré, des diverses interventions visant à prendre en charge les urgences préhospitalières. A ce titre, nous ne sommes toutefois moins désorganisés que plusieurs autres provinces canadiennes (en particulier dans l'Est du pays) et que certains pays d'Europe. Quelques mesures significatives, apparentées à celles qu'ont adoptées l'Ontario et la Colombie-Britannique (dont l'intégration gouvernementale des services) ou encore le Manitoba (établissement d'un réseau efficace de premiers répondants bénévoles), permettraient sans doute de grandes améliorations de la situation.

### **2.3 L'impact sur les autres régions des relations de travail des ambulanciers de la région de Montréal**

Une troisième conclusion importante à laquelle nous en arrivons a trait à la très grande importance des relations de travail des ambulanciers de la région montréalaise avec leurs divers employeurs. C'est en effet en regard des relations de travail souvent tendues dans

cette région, face à un service qui a toujours eu une grande popularité auprès de la population, que s'explique largement la dynamique d'évolution des services d'urgence préhospitaliers dans l'ensemble de la province.

Que ce soit du temps de Télé-Médec, lors de la création d'Urgences-Santé, lors de négociations qui entraînent des rapports importants (Marois, Drouin) proposant des ajustements de fonctionnement du système ou encore même récemment, lors des menaces de grève qui suscitèrent en bonne partie la réforme Dutil de mars 1988, il est important de réaliser que les décisions gouvernementales de planification du système d'urgences préhospitalières québécois ont généralement été prises depuis les débuts pour ramener la paix sociale avec les propriétaires et/ou ambulanciers de la région de Montréal. En effet, ces derniers sont syndicalement très actifs et particulièrement militants. Ils sont, entre autres, en quête d'une reconnaissance professionnelle mieux définie qui leur permettrait de tirer une plus grande valorisation d'un travail quotidien souvent difficile; cela leur permettrait aussi d'interagir de manière plus efficace et plus légitime avec les autres intervenants, en particulier ceux du milieu hospitalier. La reconnaissance professionnelle des ambulanciers, qui est chose faite en Ontario et dans plusieurs autres pays, soulève de plus l'épineux problème de la clarification des rôles respectifs des divers intervenants. Elle ouvre tout un débat, à peine amorcé avec les ambulanciers mais qui est depuis longtemps l'objet de luttes serrées avec d'autres professionnels (en particulier les infirmières): celui de la délégation d'actes médicaux, avec son cortège d'arguments à la fois économiques et humanitaires...

On peut donc trouver excessifs cet activisme syndical montréalais et les réactions politiques qu'il provoque. Cela rend en effet difficile la mise sur pied d'un plan d'ensemble bien orchestré parce que les décisions gouvernementales visent surtout à calmer des tensions à court terme. On peut aussi trouver intéressante la dynamique politique des services ambulanciers montréalais car sans elle, il est

fort probable que ces services, même en région, seraient en plus mauvais état qu'ils ne le sont actuellement.

Ce qu'il nous semble toutefois important de souligner, quel que soit le jugement qu'on porte sur les relations de travail dans cette région, c'est qu'elles ont participé à créer et à maintenir de fortes disparités régionales entre ce qui existe à Montréal et ce qui est disponible dans le reste du Québec. Régler le problème de Montréal, c'est effectivement régler une bonne partie des problèmes pour une partie importante de la population votante de la province; mais c'est aussi oublier, comme on a tendance à le faire partout dans le monde, de développer à l'extérieur des métropoles des services appropriés ayant un minimum de qualité.

Il sera donc intéressant de vérifier dans quelle mesure les annonces du ministre Dutil n'auront une fois de plus servi qu'à assainir les relations de travail dans le secteur ambulancier montréalais, ou encore, comme certains des changements qu'elles proposent le laissent entrevoir, si elles seront le premier pas du développement plus intégré d'un système d'ensemble pour tout le Québec. En tant qu'analystes de la situation québécoise, en comparaison avec ce qui se passe ailleurs au monde et dans le reste du Canada, c'est sur ce développement intégré, au-delà de l'aléatoire des changements gouvernementaux, qu'il nous semble donc nécessaire d'insister une fois de plus en conclusion finale à notre rapport.

P 2956

ex.2

O'Neil, M. et al.

AUTEUR

Améliorer la formation des  
premiers intervenants québé-  
cois auprès des victimes d'ac-  
cidents de la route : un faux  
problème?

TITRE

DATE

NUMÉRO

NUMÉRO

P 2956

ex.2

**Faculté des sciences sociales  
Université Laval  
Québec G1K 7P4**

**Téléphone: (418) 656-2674**

**Le Centre de recherche sur les services commu-  
nautaires est subventionné par le programme de  
Subvention Nationale au Bien-Être Social (Santé  
Bien-Être Canada).**