



**FÉDÉRATION ÉTUDIANTE
COLLÉGIALE DU QUÉBEC**

PROGRAMME NATIONAL D'INTÉGRATION CLINIQUE

Comité national sur les services préhospitaliers d'urgence

**Fédération étudiante collégiale du Québec
Février 2014**

Recherche, analyse et rédaction :

J.Marlot, Coordonnateur à la recherche

Révision :

Éliane Laberge, Présidente

Correction :

Émilie Joly, Responsable aux affaires internes

Fédération étudiante collégiale du Québec (FECQ)

La Fédération étudiante collégiale du Québec est un organisme qui regroupe plus de 70 000 étudiantes et étudiants répartis dans 21 cégeps, des secteurs collégiaux pré-universitaire et technique, dans plus d'une douzaine de régions du Québec. Fondée en 1990, la FECQ étudie, promeut, protège, développe et défend les intérêts, les droits et les préoccupations des étudiantes et étudiants des collèges du Québec, en tant qu'étudiantes et étudiants tout comme en tant que citoyennes et citoyens. L'accessibilité universelle de tous les paliers de l'éducation dans un enseignement de qualité constitue la principale base de revendication de la FECQ : tous devraient avoir accès aux études postsecondaires, peu importe leur condition socioéconomique ou celle de leurs parents. De plus, la FECQ s'est donné comme mission première la cause sociale des jeunes Québécoises et Québécois.

La voix des étudiantes et étudiants québécois au niveau national

La FECQ, à travers toutes ses actions se veut l'organisme porteur du message des jeunes Québécoises et Québécois. Autant dans ses activités militantes que politiques, elle livre l'opinion des étudiantes et étudiants de niveau collégial. Présente aux différentes tables sectorielles et nationales du Ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche, de la Science et de la Technologie du Québec, elle est la mieux située pour faire entendre son message, en créant des partenariats utiles tant aux étudiantes et étudiants qu'aux instances du ministère et du gouvernement.

La FECQ entretient des relations avec les partis politiques, autant provinciaux que fédéraux, sans être partisane pour autant. Elle se fait un devoir de communiquer à tous les intentions des politiciens pour que les étudiants effectuent des choix éclairés quand vient le temps de choisir les gestionnaires qui s'occuperont du développement des institutions québécoises.

Fédération étudiante collégiale du Québec

2003, rue Saint-Hubert

Montréal (Québec) H2L 3Z6

Téléphone : 514 396-3320

Télécopieur : 514 396-3329

Site Internet : www.fecq.org

Courriel : fecq@fecq.org

Table des matières

ACRONYMES	4
MISE EN CONTEXTE	5
INTRODUCTION	5
LE FONCTIONNEMENT DU PNIC SELON LE GUIDE AUX NOUVEAUX DIPLÔMÉS	6
L'INSCRIPTION AU PNIC	6
LES ÉCHECS	6
LES RÉSULTATS	6
<i>La révision d'un résultat</i>	6
L'ÉVALUATION THÉORIQUE	7
<i>Le contenu de l'évaluation théorique</i>	7
<i>La distribution approximative des points</i>	7
L'ÉVALUATION PRATIQUE	7
COTE DE RÉSULTATS	8
AUTRES INFORMATIONS RELATIVES AU PNIC	8
APRÈS AVOIR RÉUSSI LE PNIC	8
D'AUTRES ORDRES PROFESSIONNELS	8
ORDRE DES DENTUROLOGISTE DU QUÉBEC	8
ORDRE PROFESSIONNEL DES INHALOTHÉRAPEUTES DU QUÉBEC	9
ORDRE DES TECHNOLOGUES EN IMAGERIE MÉDICALE, EN RADIO-ONCOLOGIE ET EN ÉLECTROPHYSIOLOGIE MÉDICALE DU QUÉBEC	9
ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC	9
COMPARAISON DES TAUX DE RÉUSSITE	9
PROBLÉMATIQUE	10
DIFFÉRENTES CAUSES D'ÉCHEC REPORTÉES	10
<i>L'échec par évaluation d'une extension de la prestation</i>	10
<i>L'échec lié à la préférence de l'évaluateur</i>	10
<i>L'échec lié au jugement clinique</i>	11
<i>L'échec lié au TAP2-évaluateur</i>	12
<i>Les changements appris le jour de l'évaluation</i>	13
<i>La formation complémentaire donné au corps enseignant</i>	13
<i>L'échec lié aux PICTAP</i>	14
APRÈS AVOIR ÉCHOUÉ LE PNIC	15
<i>Possibilité de faire une révision</i>	15
<i>Examens de reprise</i>	16
LE MANQUE D'UNIFORMITÉ ENTRE LE RÉSEAU COLLÉGIAL ET LE PNIC	16
<i>Améliorer la communication</i>	16
<i>Revoir les façons de communiquer</i>	17
<i>Les méthodes d'évaluation</i>	17
<i>La littérature</i>	18
<i>L'inclusion du corps enseignant</i>	18
SE DONNER LE TEMPS DE BIEN FAIRE LES CHOSES	19
UNE DATE FIXE POUR METTRE À JOUR LES PICTA	19
COMPRENDRE LES DIFFÉRENTES PERSPECTIVES	19
AUTRES PROBLÉMATIQUES OBSERVÉES	20
CONCLUSION	20
RÉSUMÉ DES RECOMMANDATIONS	21
BIBLIOGRAPHIE	22

Acronymes

DEC : Diplôme d'études collégiales

ESP : Épreuve synthèse du programme (Sa réussite est conditionnelle pour l'obtention du DEC.
Elle comporte tant de la théorie que de la pratique et se veut la synthèse de l'apprentissage d'un programme.

MESRST : Ministère de l'enseignement supérieur, de la recherche, de la science et des technologies

MSSS : Ministère de la santé et des services sociaux

PICTAP : Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics

PNIC : Programme national d'intégration clinique

PPM : Processus de professionnalisation du métier

RCR : Réanimation cardiorespiratoire

SPU : Soins préhospitaliers d'urgence

TAP : Technicien ambulancier paramédic

TAP2 : Second technicien ambulancier paramédic

Mise en contexte

Ce document est l'aboutissement d'une vaste consultation et recherche qui a duré plusieurs mois. L'enquête a été faite auprès d'étudiants et de membres du personnel de 10¹ des 11 établissements d'enseignement offrant la formation en SPU. Présentement, la FECQ représente les étudiants de 7 de ces 11 établissements. De nombreux gradués², des membres de la direction de cégeps ainsi que des travailleurs ont également été rencontrés. Il a été possible d'avoir un entretien avec Docteur Colette D. Lachaine ainsi qu'avec madame Diane Verreault, respectivement Directrice médicale nationale et Chef du service de la qualité des soins et des normes professionnelles. Il est à noter que la totalité des individus ayant participé à ces recherches ont préféré garder l'anonymat, la communauté des services préhospitaliers d'urgence au Québec étant une petite communauté. Il sera donc possible de voir, dans le document, des citations sans source indiquée. Finalement, la recherche a permis de mettre de l'avant un fil conducteur qui relie tous les problèmes énoncés dans ce document : le système de communication complètement archaïque et défaillant utilisé.

Introduction

La structure de la FECQ faisant en sorte que ses mandats proviennent de sa base, des membres étudiants en soins préhospitaliers d'urgences (SPU) ont travaillé à ce que leur Fédération prenne position concernant le PNIC. Ils dénonçaient alors un taux d'échec très élevé à la première tentative au PNIC et, par conséquent, une réduction drastique de l'accès à la profession. Il a été possible de constater que la situation n'est pas catastrophique mais qu'il y a une grande place pour l'amélioration. De prime abord, il est important de mentionner trois faits de façon claire et précise :

- Malgré ses critiques envers le PNIC, la Fédération n'a pas la compétence nécessaire pour remettre en doute les protocoles et techniques mis en place par la Direction médicale nationale et s'abstient de le faire;
- Aucune des personnes consultées ne s'est montrée en défaveur de l'existence d'un examen d'accès à la profession. Au contraire, la tenue de ce genre d'évaluation est vue comme une étape de plus vers la création d'un éventuel ordre professionnel pour les TAP. C'est plutôt la forme actuelle de l'examen d'accès à la profession qui cause des insatisfactions.
- La Directrice médicale nationale actuelle a, de manière générale, énormément fait progresser les soins préhospitaliers d'urgences au Québec depuis le début de son mandat. Nul n'a remis ce fait en doute. Malgré cette unanimité, plusieurs ont tout de même soulevé des critiques importantes et des améliorations à apporter.

Ce document ne se veut donc pas le procès de qui que ce soit, mais bien une réponse à la question que nous nous sommes posée : pourquoi autant d'étudiants échouent le PNIC? Il se veut également porteur de réponses et de propositions afin d'améliorer la situation. L'ensemble des recommandations, même lorsqu'elles ne concernent pas directement le PNIC, visent l'amélioration de la formation des étudiants, ainsi que de leur processus d'accès à la profession.

¹ Nous n'avons pas réussi à joindre le Collège Ellis.

² Dans le présent document, le gradué désigne la personne qui a obtenu un DEC mais qui n'a pas encore le droit d'exercer.

Le fonctionnement du PNIC selon le Guide aux nouveaux diplômés

Le Guide aux nouveaux diplômés produit par Urgences-Santé indique que le PNIC est un examen qui dure deux jours consécutifs : une évaluation théorique le premier jour et une évaluation pratique le second. La partie théorique de l'évaluation comporte une centaine de questions dont les réponses peuvent être variées : courtes, à choix multiples, vrai ou faux, etc. Un maximum de trois (3) heures est alloué pour l'examen dont la note de passage est de 60%. Toujours selon le guide, l'évaluation pratique est composée d'un scénario d'une trentaine de minutes et de deux techniques à exécuter en quinze minutes. Chaque partie de l'examen doit être réussie. Le PNIC comporte donc quatre (4) seuils de réussites, d'abord l'examen théorie, le scénario et les deux techniques.

L'inscription au PNIC

Pour pouvoir faire le PNIC, la candidate ou le candidat doit s'inscrire au Registre national de la main-d'œuvre. Idéalement, il faut avoir fait des démarches d'embauche auprès d'une compagnie située sur le territoire d'une des seize (16)³ agences de la santé et des services sociaux. Faute d'avoir fait ces démarches, l'agence par défaut est celle qui couvre la région où réside le candidat. Une fois que l'agence aura sélectionné le ou la candidat pour embauche, elle ou il sera invité à s'inscrire au PNIC en remplissant le formulaire prévu à cette fin et en acquittant les frais.

Les échecs

Il est possible de tenter un maximum de trois (3) fois de réussir le PNIC, selon la nature des échecs. Des frais sont exigés pour chacune des reprises. D'ailleurs, la section pratique étant constituée du scénario et des techniques, les deux performances doivent être reprises en cas d'échec de l'une ou l'autre.⁴

Un retard non motivé à l'un ou l'autre des jours d'évaluations entraîne automatiquement un échec, de même qu'une absence à l'examen. Une section non complétée du PNIC entraîne également un échec, « selon les circonstances » précise le guide⁵. Ainsi, il est possible de supposer que dans certains cas, une section non complétée n'équivaudrait pas à un échec.

Les résultats

Les résultats sont transmis par courriel dans les 10 jours ouvrables suivant l'évaluation pratique. Une copie électronique de cette lettre est envoyée aux autorités compétentes. Une copie originale de la lettre est envoyée au candidat ou à la candidate par la poste.

La révision d'un résultat

Les demandes de révisions ne sont traitées que si elles sont envoyées par la poste à la Direction médicale nationale des services préhospitaliers d'urgence. Les demandes de révisions ne concernant pas un échec ne seront pas traitées. Des frais sont également exigés pour réviser sa note.

³ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p23

⁴ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p5

⁵ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p6

L'évaluation théorique

Cette évaluation est divisée en trois types de question représentant chacune environ 33% de l'examen : les questions dites de connaissance, les questions d'application et les questions d'intégration de connaissances. Il est précisé qu'il «faut faire le choix de la **meilleure réponse**,»⁶ même si plusieurs réponses sont acceptables. Il est demandé à nouveau de ne laisser aucune question sans réponse.

Le contenu de l'évaluation théorique

Les questions théoriques sont tirées de documents ministériels cliniques diffusés dans les dernières années ou encore des textes de loi et règlements relatifs aux services préhospitaliers d'urgence. Ces documents sont disponibles sur le site web d'Urgences-santé.

La distribution approximative⁷ des points

La distribution approximative des points va comme suit :

- Médico-légal et réglementaire 7%
- Généralités 10%
- Médical 30%
- Réanimation 20%
- Traumatologie 15%
- Éthique 3%
- Autres 15%

Dans le Guide, « Autres » réfère à : Mesures d'urgence, obstétrique, pédiatrie, contexte environnemental. On explique ensuite de manière plus précise les thèmes abordés.

L'évaluation pratique

Les scénarios et techniques sont tirés de documents réglementaires ou cliniques comme la Loi sur les services préhospitaliers d'urgence (L.R.Q., chapitre S-6.2) ou encore le Guide de prévention des infections. Différents vidéos sont également disponibles sur le site web d'Urgences-santé.

Avant le début du scénario, le candidat a deux minutes pour planifier l'intervention et sélectionner le matériel à utiliser. Il est exigé de ne pas prendre plus de matériel qu'il n'est possible de transporter avec les mains.

Lors du scénario, une personne simule une situation clinique qui doit être traitée. Un évaluateur partenaire assiste le candidat. Il demeure passif durant l'évaluation et effectue les consignes que lui donne le candidat, mais sans prendre d'initiative. Toutes les étapes effectuées après le délai de trente (30) minutes sont considérées comme n'ayant pas eu lieu. Par conséquent, les points attribués à ces étapes sont retranchés du résultat total. Il est précisé que « seules les étapes chronodépendantes cruciales à la survie sont chronométrées (délai pour la défibrillation, délai de reconnaissance de l'ACR, délai d'action en cas de problème de gestion des voies respiratoires). »

Hormis de devoir la compléter dans le délai prescrit, il y a deux critères de passage pour cette évaluation. D'abord, il ne faut qu'aucune erreur mettant la vie ou l'intégrité du patient en danger

⁶ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p12

⁷ Nous n'avons trouvé aucune ventilation des points non approximative à ce jour (février14)

n'ait été commise. Il faut également que 80% des gestes d'évaluation ou de traitement aient été fait correctement.

Cote de résultats

Depuis 2012,⁸ une cote de résultats a été instaurée :

- Réussite
 - A. Excellent – Performance au-delà des standards attendus
 - B. Très bien – Atteinte des standards attendus
 - C. Bien – Atteinte des standards minimums
- Échec

Le scénario et les techniques sont tout simplement tirés au sort le matin de l'évaluation pratique. « Aucun feedback ne sera donné » [sic]⁹ après avoir effectué le scénario. Finalement, tous les examens pratiques sont enregistrés sur vidéo.

Autres informations relatives au PNIC

Lors des deux jours d'évaluations, il y a deux sessions de formation complémentaire sur les services préhospitaliers du Québec. Ces sessions portent notamment sur les responsabilités légales du TAP, la gestion des risques, le code de conduite et la gestion du stress.

L'ensemble du PNIC est filmé notamment pour permettre aux évaluateurs de reprises de visionner ce qui a été fait lors de l'évaluation. Personne, hormis le personnel du PNIC et du MSSS autorisé, n'a accès à ces vidéos, pas même les gens évalués.

Après avoir réussi le PNIC

Après avoir réussi le PNIC, le candidat est officiellement inscrit au Registre et « reçoit son statut actif ».¹⁰ Il peut travailler au sein d'une entreprise ambulancière qui pourra lui donner une formation complémentaire comportant des spécificités internes. Une lettre de confirmation et une carte de statut lui sont envoyées par la poste par le Ministère de la santé et des services sociaux.

D'autres ordres professionnels

Pour mieux être en mesure de comprendre la situation des SPU, une analyse rapide du fonctionnement de d'autres ordres s'est imposée. Cette section contient nos observations.

Ordre des denturologiste du Québec

Il n'y a pas d'examen à passer pour être membre de cet ordre. Il suffit de réussir un DEC en denturologie (ou une équivalence), de remplir les quelques documents administratifs et d'acquitter les frais exigibles. La reconnaissance des acquis est d'ailleurs assez ouverte. Selon la représentante à qui a été contactée, cela fait 8 ans qu'il n'y a pas eu d'examen.

⁸ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p4

⁹ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p15

¹⁰ SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, p13

Ordre professionnel des inhalothérapeutes du Québec

Il n'y a pas non plus d'examen pour être membre de cet ordre. Il suffit d'obtenir un DEC en inhalothérapie (ou une équivalence), de remplir les quelques documents administratifs et d'acquitter les frais exigibles. Il y a déjà eu un examen d'entrée à la profession, mais il a été aboli en 1998. À ce moment, le *Règlement sur le régime d'étude collégial* a instauré l'épreuve synthèse pour tous les programmes collégiens. Faisant confiance au réseau collégial pour évaluer la formation des futurs travailleurs, l'ordre n'a pas poursuivi avec son examen. Ce dernier était alors disponible dans les deux langues officielles.

Ordre des technologues en imagerie médicale, en radio-oncologie et en électrophysiologie médicale du Québec

Il y a un examen pour être membre de cet ordre pour toute personne ayant un DEC en imagerie médicale, en radio-oncologie ou en médecine nucléaire. C'est un examen écrit divisé en deux parties, l'une ayant lieu l'avant-midi et l'autre en après-midi de la même journée. Dans le cas d'électrophysiologie, il n'y a pas d'examen, il suffit d'avoir le DEC en électrophysiologie. Finalement, pour être membre de l'ordre, il faut remplir les quelques documents administratifs et d'acquitter les frais exigibles. Il est à noter que, s'il y a lieu, l'examen est disponible dans les deux langues officielles.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

Les candidats à la profession doivent faire un examen qui comporte un volet pratique et un volet théorique. Ce dernier prend la forme d'une centaine de questions à réponses courtes. Dans la partie pratique, il y a plusieurs stations exposants des situations cliniques avec des patients acteurs et le candidat doit intervenir adéquatement. Toutefois, dès septembre 2014, il n'y aura plus d'évaluation pratique. Les situations cliniques seront évaluées grâce à l'examen écrit qui sera modifié en conséquence. La nouvelle évaluation durera une seule journée et comportera deux sessions d'évaluation d'environ deux heures 45 minutes chacune.

Comparaison des taux de réussite

Il était légitime de se questionner sur les résultats aux examens d'ordres des gradués dans ces différents domaines afin de déterminer s'il y a une disparité importante. Cette disparité entre le taux de réussite au PNIC et dans d'autres ordres existe bel et bien. Malheureusement, peu de cégeps ont accepté de donner ces statistiques. Le CNSPU devra faire une recherche plus approfondie pour avoir les résultats exacts. Selon les commentaires recueillis, ce tableau est tout de même plutôt représentatif. Voici donc une moyenne calculée à partir des résultats recueillis.

Résultats aux examens des ordres professionnels à la première tentative

<u>Années scolaire / ordre</u>	<u>Inhalothérapie</u>	<u>Radio-oncologie</u>	<u>Radiodiagnostic</u>	<u>Soins infirmiers</u>	<u>PNIC</u>
2012-2013	97%	91%	92%	n. d.	55%
2011-2012	96%	93%	95%	85%	n.d.
2010-2011	98%	89%	90%	83%	n.d.

Problématique

En surface, il ne semble pas y avoir trop d'incohérences dans le PNIC. Pourtant, en investiguant, on réalise qu'il y a de graves problèmes liés à cet examen. D'ailleurs, les taux de diplomation comparés aux taux de réussite de l'examen le démontrent bien. Par exemple, le 29 octobre dernier, les différentes directions des études recevaient une lettre leur indiquant que le taux de réussite au PNIC de la province était de seulement 55%. Près de la moitié des 231 diplômés en SPU ont échoué le PNIC. De manière générale, il y a un grave problème de communication au sein du milieu. Plus précisément sur le PNIC, toutes les personnes consultées ont été presque unanime : l'évaluation est conçue pour des travailleurs dotés de plusieurs années d'expérience. L'étudiant fraîchement gradué n'a pas forcément l'expérience nécessaire pour réussir l'évaluation.

Recommandation : révision du PNIC

1- Que les critères d'évaluations du PNIC soient revus et adaptés à la réalité d'un paramédic à sa première journée de travail.

Différentes causes d'échec reportées

L'échec par évaluation d'une extension de la prestation

Comme mentionné précédemment, les étudiants sont évalués notamment par rapport à la morbidité ou la mortalité du client, deux cas qu'il faut éviter pour réussir l'évaluation. Toutefois, lors du PNIC, plusieurs étudiants ont reporté avoir échoué pour des événements n'ayant pas eu lieu dans la simulation mais qui seraient «logiquement» survenu dans un cas réel. Par exemple, lors d'un scénario, un étudiant a appris avoir échoué parce qu'une électrode avait été mal placée et l'évaluateur a estimé qu'une fois rendu à l'hôpital, le patient aurait été victime de morbidité. Le gradué explique : «je me suis rendu compte que j'avais mal placé l'une des électrodes, je voulais la remettre mais, sur le coup, je me suis dit que, dans la réalité, je le replacerais une fois rendu dans l'ambulance. La vie du patient n'était pas en danger et les lectures importantes étaient faites. Le patient était en vie mais devait être amené à l'hôpital rapidement et le chrono tournait... Je l'ai mentionné au TAP2-évaluateur et ça semblait okay avec lui.» (*sic*) Ainsi, bien que le transport jusqu'à l'hôpital ne faisait pas parti de la simulation et que l'étudiant en question avait mentionné ses intentions, on a présumé que les lectures qui seraient prises en route vers l'hôpital seraient faussées et qu'il en résulterait une situation de morbidité. Dans des cas comme celui-ci, l'échec est dans l'extension de la prestation alors que le gradué a quitté la salle d'évaluation. Conséquemment, il est impossible de savoir si le gradué se serait bien comporté en présence d'une détérioration potentielle et aurait posé un geste adéquat afin d'éviter que l'état du patient se détériore.

Recommandation : une évaluation juste

2- Que les gradués soient évalués uniquement en fonction de ce qui figure réellement à l'évaluation.

L'échec lié à la préférence de l'évaluateur

Le principe de préférence est un principe reconnaissant que, pour une situation donnée, il peut y avoir plusieurs possibilités de réaction relativement équivalente. La préférence est donc de choisir l'une des réactions possibles plutôt qu'une autre. Dans les PICTAP, les préférences peuvent être indiquées, mais parfois elles ne le sont pas. Par exemple, dans le cas d'une confusion aiguë (MED. 6), il est indiqué à l'étape 6 de donner «assistance ventilatoire/respiratoire, lorsque

requis».¹¹ Ainsi, un établissement pourra suggérer à ses étudiants de préférer une méthode x pour une majorité de situation de confusion aiguë tandis que l'évaluateur du PNIC préférera une méthode y. Comme mentionné dans le guide de préparation, c'est la meilleure réponse qui est recherchée. Ainsi, pour une question de préférence, un étudiant peut rater son évaluation. Certains étudiants ont mentionné ce fait lors de l'évaluation et ils se sont fait répondre qu'il fallait tout simplement respecter les protocoles et techniques du PICTAP. Malheureusement, ce n'est pas toujours la bonne méthode en ce qui a trait à la préférence des évaluateurs. Par exemple, certains évaluateurs préfèrent le ventilateur manuel SmartBag alors que leurs propres littératures recommandent le masque de poche. Il en résulte donc confusion et instabilité pour les gradués.

L'échec lié au jugement clinique

Plusieurs gradués ont reporté s'être fait dire ou avoir entendu «Un TAP n'a pas à interpréter [ce sont les médecins qui le font]». Toutefois, dans les compétences visées par le programmes, il est clairement mentionné que le TAP doit être en mesure d'«utiliser des méthodes d'appréciation de la condition clinique»¹² (052E) et d'«interpréter une situation clinique»¹³ (052F). Il est d'ailleurs précisé dans le PICTA 2007 qu'«il se peut que plus d'un protocole soit applicable dans certaines situations. Le technicien ambulancier-paramédic devra alors établir une priorité dans la série de protocoles à appliquer et veiller à leur application dans la mesure où ils ne sont pas contradictoires.»¹⁴ Lors du scénario, l'étudiant doit vérifier l'état du patient avant de l'entrer dans l'ambulance. Théoriquement, selon les procédures officielles, il doit prendre tous les signes vitaux du patient avant de l'embarquer. Imaginons qu'on soit l'hiver et que le patient réagit à la douleur, il est logique de présumer qu'il est toujours vivant. Lors de sa formation collégiale, le gradué a appris à prendre les signes vitaux prioritaires et à embarquer le patient dans l'ambulance (au chaud!) avant de prendre, par exemple, sa tension artérielle. Toutefois, ce n'est pas inscrit dans les techniques et il semblerait que «le patient [n'aurait] pas le temps de faire de l'hypothermie de toute façon...»¹⁵ Des cas comme celui-ci ont été reporté en grand nombre par des enseignants qui maintiennent le contact avec leurs anciens étudiants.

Avant d'aller plus loin, il est important de spécifier que la pratique médicale repose habituellement sur des lignes directrices qui permettent aux intervenants de s'adapter selon la situation. Ces lignes directrices sont les principes qui doivent obligatoirement être enseignés. Les préférences «protocoles» doivent être également enseignées. Cependant, plus il y a de préférence, plus le protocole est spécifique et moins il s'adapte à toutes les situations. En situation simulée, cela fonctionne car le scénario est écrit en fonction de ce que l'évaluateur veut voir. En contrepartie, lors de situations réelles, cela devient ingérable étant donné la diversité des situations. Ce qui ramène donc à la préférence de l'évaluateur quant à l'appréciation clinique. Ainsi, des étudiants plus attentionnés vis-à-vis les clients peuvent échouer le PNIC tandis que d'autres qui ne font qu'exécuter le protocole, sans plus, vont réussir. La question qui se pose : une personne en situation d'accident, en plein hiver, se sentira-t-elle mieux servi par la première catégorie de TAP ou la seconde?¹⁶

¹¹ PICTA 2007 MED. 6 Confusion aiguë

¹² INFOROUTEFTP, Soins péhospitaux d'urgence, <http://inforoutefpt.org/>

¹³ INFOROUTEFTP, Soins péhospitaux d'urgence, <http://inforoutefpt.org/>

¹⁴ PICTA 2007 p1

¹⁵ Ces propos auraient été dits par un évaluateur

¹⁶ ATTENTION : les protocoles doivent toujours être respectés, en tout temps.

Il faut savoir que de l'AEC au DEC, il y a eu une évolution des diplômés en SPU. Les formations dites «terrains» sont conçues pour être données à des gens d'expériences (parfois avec un moins grand bagage théorique, mais avec d'autres forces). Ces formations «terrain» sont encore aujourd'hui axées sur l'application de protocole et/ou des techniques, pour diverses raisons. Les évaluations du PNIC semblent avoir pris la même tangente mais, pourtant, le PNIC ne visent pas le même public cible. Ainsi, l'évaluation devrait regarder l'ensemble des trois ans d'études et non pas seulement évaluer sur les dernières formations données aux SPU déjà sur le terrain.

Plusieurs enseignants rencontrés qui travaillent également en tant de TAP ont avoué que les différentes directions régionales de la santé ne demandaient pas exactement les mêmes procédures que celles prescrites par le national. Par exemple, certains vont encourager les TAP à aller un peu plus loin qu'un protocole pour un meilleur bien-être du client. C'est d'ailleurs très problématique en stage. Les procédures varient d'une région à l'autre puisque les formations sont données sur mesure aux praticiens de niveaux différents. L'exposition des stagiaires est erratique. Les enseignants qui expliquent aux étudiants comment se passe le métier sur le terrain sont dans un dilemme continu : devraient-ils préparer les étudiants à entrer sur le marché du travail en enseignant le métier tel qu'il est pratiqué ou devraient-ils leur apprendre à seulement suivre les protocoles? La formation étant déjà l'une des plus chargées au Canada pour un niveau de pratique comparable, il faut obligatoirement faire un choix. Cela qui peut causer des situations absurdes comme l'échec au PNIC d'un gradué qui était pourtant dans les meilleurs de sa promotion ainsi que l'un des plus appréciés par l'employeur lors du stage de fin de DEC.

Recommandations : une évaluation qui correspond au type de formation

3- Que l'évaluation du PNIC tienne compte du profil de sortie prescrit par le MESRST conformément au programme de formation de soins préhospitaliers d'urgence.

4- Que le profil de sortie prescrit par le MESRST soit conforme aux exigences de la Direction médicale nationale.

L'échec lié au TAP2-évaluateur

Les gradués qui vont faire le PNIC reçoivent notamment comme instruction de tenir pour acquis que le TAP2-évaluateur est apte à faire correctement son travail. Il faut tout simplement lui donner les consignes. Or, il semblerait que le TAP2-évaluateur n'ait aucune (ou très peu) des initiatives qui seraient normalement attendues d'un TAP2. Par exemple, il est arrivé que le gradué constate lors de la simulation que le patient éprouve des difficultés respiratoires. Il peut donc signifier à son partenaire qu'il faudra installer un combitube. Logiquement, suite à ce constat, le TAP2 offrirait une assistance respiratoire pendant la préparation du combitube (du moins, c'est ce qui est enseigné dans les cégeps.) Lors du PNIC, le gradué qui ne dit pas explicitement au TAP2-évaluateur de faire respirer le patient après avoir constaté son besoin respiratoire échouera son PNIC. En effet, une personne qui ne respire pas est propice à être victime de morbidité ou de mort. Cela augmente considérablement le stress du gradué : il doit penser presque à 100% pour deux personnes (lui-même et son collègue.) C'est bien au-dessus des attentes pour un novice à sa première journée de travail. Pour ajouter au stress, il se doit d'avoir au moins 80% pour réussir. Dans la vraie vie, une vérification mutuelle est faite par les TAP et chacun peut avoir confiance en l'autre pour faire ce pour quoi ils sont formés. Ce n'est pas le cas au PNIC, selon les informations obtenues. Pourtant, en situation de stress comme le PNIC, lorsque l'étudiant est confronté à un contexte qui ne ressemblent pas à ce qu'il a vécu ni en formation, ni en stage, c'est beaucoup demander d'être deux cerveaux. C'est peut-être là une

cause des échecs de gradués qui avaient pourtant d'excellents résultats académiques et des promesses d'emplois (conditionnelles à la réussite du PNIC).

Recommandation : le reflet de la réalité

5- Que le technicien ambulancier paramédic évaluateur agisse comme le ferait un collègue en situation de travail.

Les changements appris le jour de l'évaluation

Lors de l'examen, les étudiants reçoivent un guide de poche contenant les PICTAP 2007. Toutefois, certaines pages sont en fait tirées des PICTAP 2013. Il s'agit de techniques ou protocoles de 2013 qui seront évalués plutôt que la version 2007. Il y a également quelques consignes qui sont données avant le début du PNIC. Une fois rendu en situation d'évaluation, il semblerait qu'il ne soit pas si simple de mettre de côté les apprentissages de trois années de DEC pour utiliser les nouveaux protocoles. Il faut se rappeler que dans les salles d'examen, autant théorique que pratique, tout est enregistré avec des caméras. Cela rend l'exercice d'autant plus stressant. L'examen étant déjà l'un des moments les plus importants et les plus stressants de la vie d'un gradué en SPU. Il n'a que trois chances pour réussir un examen extrêmement difficile lui permettant de pouvoir accéder à la profession pour lequel il étudie depuis trois ans. Avec tout ce stress causé uniquement par la façon dont est fait l'examen, le gradué est plus propice à ne pas se souvenir des modifications apprises séances tenantes, ou plutôt, il sera plus propice à utiliser les acquis de sa formation.

La formation complémentaire donné au corps enseignant

La Direction médicale nationale offre à chaque année plusieurs formations à l'attention des TAP. Les enseignants en SPU de la province sont invités à suivre ces formations mais doivent passer en dernier. Selon l'organisation du travail au sein des campus, le nombre d'étudiants et le nombre d'enseignant, il arrive qu'il soit impossible pour plusieurs d'entre eux de s'y présenter. Certains expliquent qu'ils voudraient y aller mais que ces formations tombent généralement lors de cette intense période de corrections qu'est la fin de session, quand ce n'est pas en plein milieu de la session. Les PICTAP changent régulièrement, même après la parution officielle. Le personnel enseignant doit donc faire «désapprendre» aux étudiants des éléments pour les remplacer par des nouveaux. C'est sans compter que le corps enseignant doit parfois enseigner du contenu pour lequel il n'est pas encore parfaitement formé. Cela fait en sorte qu'ils ne connaissent pas les préférences de la Direction médicale nationale.

Recommandations : formation complémentaire

6- Que les enseignants soient mieux outillés pour adapter le contenu de la formation aux exigences de l'examen.

7- Que la formule des formations destinées au personnel enseignant soit revue et adaptée aux réalités du réseau collégial.

8- Qu'une formation soit conçue uniquement à l'usage du personnel enseignant.

9- Que la formation dédiée au personnel enseignant offre une intégration rapide des nouvelles procédures au programme.

L'échec lié aux PICTAP

Les PICTAP se composent d'un algorithme et d'un texte qui sont tous deux associés. L'algorithme permet au TAP de voir en un coup d'œil la procédure à suivre. Toutefois, les algorithmes ne correspondent pas toujours aux textes qui leur sont associés. Par exemple, dans le cas d'une obstruction des voies respiratoires par corps étranger (patient de moins de (1) an) (PED.6), l'algorithme indique qu'il faut réagir si « l'obstruction persiste après 3 cycles de désobstruction»¹⁷ alors que le texte indique plutôt 5 cycles. Un autre exemple de disparité se trouve dans le MED16. Il traite des problèmes diabétiques/hypoglycémiques. Pour les dosages de glucagon, l'algorithme prescrit :

« Administrer le glucagon :
0.5 mg s/c: moins de 8 ans ou < 25 kg,
1 mg s/c: 8 ans et plus ou \geq 25 kg.»

Pourtant, dans le texte il est clairement indiqué qu'il faut administrer un dosage différent :

« Dosage de glucagon :
8ans et plus, ou > 25 kg : 1 mg
moins de 8 ans ou \leq 25 kg: 0.5 mg»

Un autre exemple concerne le MED13 qui porte sur l'obstruction des voies respiratoires par un corps étranger. Le premier point indique d'appliquer les techniques de désobstruction des voies respiratoire et demande de se référer au protocole de la Fondation des maladies du cœur du Québec. Le premier alinéa indique les démarches à suivre si l'obstruction persiste après 3 cycles de désobstructions. Selon les directives de la Fondation, la désobstruction se poursuit jusqu'à ce que l'obstruction se dégage ou le patient tombe inconscient. Il semblerait qu'il n'y ait pas de cycles de désobstructions définis. Comment alors calculer les cycles de désobstructions?

Dans le cas de l'oxygène / saturométrie (TECH. 10), il est indiqué qu'il s'agit d'une technique, pourtant, l'algorithme contient des losanges, symbole de prises de décisions. S'il faut prendre une décision, ne serait-ce pas plutôt là un protocole? Dans tous les cas, il semblerait que plusieurs étudiants aient échoué pour s'être fié au texte plutôt qu'à l'algorithme ou l'inverse. Certains se sont fait indiquer que l'un avait préséance sur l'autre, et d'autres étudiants se sont faire dire le contraire. Il est important de noter qu'un effort a été fait au niveau des PICTAP 2013 qui indiquent dorénavant s'il faut suivre le texte ou les protocoles. Malgré tout, il y a un flagrant manque d'uniformisation de l'information donnée. On est en droit de s'attendre à plus de rigueur dans les documents produits par la Direction médicale nationale.

Urgences-Santé a mis plusieurs outils à la disposition des étudiants pour les aider à réussir le PNIC, dont des vidéos. Si la volonté est louable, le résultat l'est moins. En effet, il a été rapporté que nombre de vidéos contiennent des erreurs ou sont incomplets. Par exemple, le positionnement des électrodes à l'ECG12D est incorrect dans la vidéo.

¹⁷ PICTA 2013 Obstruction des voies respiratoires par corps étranger (patient de moins de (1) an) PED. 6

Recommandation : professionnalisme gouvernemental

10- Que l'ensemble des documents produits par la Direction médicale nationale fassent l'objet d'une révision clinique et linguistique professionnelle.

Après avoir échoué le PNIC*Possibilité de faire une révision*

Les vidéos de l'évaluation pratique sur lesquels se basent les évaluateurs du PNIC ne sont pas disponibles pour les gradués. Ceux-ci ne peuvent donc pas voir pourquoi ils ont échoué et ne peuvent pas se servir de leurs erreurs pour faire mieux à leur prochaine tentative. De plus, pour qu'une révision ait lieu, il est demandé de pointer assez précisément l'aspect qui doit être revu. Le gradué ne peut pas demander de réviser l'ensemble du scénario par exemple. Le PNIC étant l'un des moments les plus stressants de la vie d'un futur TAP, les gradués ne se souviennent pas toujours de leur performance avec la minutie d'un sténographe. Donc, s'ils échouent l'examen et qu'ils souhaitent demander une révision de note, il semblerait que plusieurs gradués n'arrivent pas répondre assez précisément à la question «Pourquoi demandez-vous une révision?» Par exemple, parce qu'ils ne savent pas forcément l'aspect précis de l'ECG12D qu'ils ont raté. Si le gradué parvient à passer au travers de ce processus, une révision sera faite par ... des évaluateurs du PNIC. Au moins, la Directrice médicale nationale a assuré que ce n'était pas le même évaluateur qui révisé les examens qu'il officiait. Actuellement, il est impossible pour un gradué de comprendre ses erreurs sans mettre précisément le doigt dessus.

Il semble que les formateurs et correcteurs de l'examen national craignent que les étudiants utilisent leur révision d'examen comme d'outils pour les prochains à faire l'examen. Il existe des milliers de scénarios. Revoir son examen est tout à fait légitime pour s'améliorer et viser un apprentissage par la compréhension des erreurs commises. Qui ne répèterait pas les mêmes erreurs si on ne lui montre pas concrètement celles-ci?

Une révision de l'examen devrait se faire sous des modalités plus équitables pour l'étudiant. En plus d'être bénéfique pour tous, cela causerait, du même élan, une interruption de commentaires désobligeant envers les évaluateurs du PNIC. Dans les collèges, si l'étudiant n'est pas d'accord avec le comité de révision d'un examen, il peut présenter son dossier à l'ombudsman pour un avis indépendant évitant ainsi des abus de droit de la part des enseignants. Cela ajoute au processus d'apprentissage en plus d'instaurer une plus grande confiance de l'étudiant envers le processus. Le PNIC gagnerait à mettre en place un processus semblable.

Recommandation : révision indépendante

11- Que le processus de révision d'examen soit fait par une équipe indépendante, par exemple, un comité composé selon une recommandation du comité de formation provinciale composé de deux directeurs des études, deux enseignants, le MESRST et de la Direction médicale nationale.

Recommandation : visionnement des examens

12- Qu'il soit possible pour les gradués de voir l'enregistrement de leur examen pratique, et que cela soit gratuit et géographiquement accessible.

Examens de reprise

Après s'être acquitté des frais, il est possible de faire un examen de reprise. Malheureusement, plusieurs gradués ont expliqué : «pour ma reprise, j'ai axé mon étude notamment sur l'oxylator parce que je sais qu'ils [les évaluateurs du PNIC] aiment qu'on l'utilise plutôt que [d'autres moyens].» Savoir ce que préfère les évaluateurs «c'est le meilleur moyen de passer l'examen» croient plusieurs des gradués, nombre d'enseignants et plusieurs travailleurs qui sont sur le marché du travail. Le deuxième meilleur moyen serait «d'agir comme un robot, appliquer les protocoles froidement sans prendre en compte le contexte ou la situation». Il y a là un problème de perception¹⁸ assez important. Pour ajouter à la confusion, plusieurs enseignants ont déclaré que même cette attitude n'était pas un gage de réussite sinon, ils la recommanderaient à leurs étudiants. Il est tout de même important de garder en mémoire qu'une journée de formation est offerte aux gradués avant qu'ils ne tentent une seconde fois de réussir le PNIC. Il semblerait que suite à cette formation, un grand nombre d'entre eux réussissent leur reprise. Une question s'impose : pourquoi en quelques heures cette formation peut-elle combler des lacunes non corrigées en trois ans de formation? Probablement parce qu'alors, le gradué est plus à même de comprendre les préférences des évaluateurs. Dans tous les cas, c'est une nouvelle démonstration que le PNIC est conçu pour des gens qui sont régulièrement sur le terrain selon le principe de formation courte suivi d'un examen. Finalement, le gradué, n'étant plus étudiant, n'a pas accès tous les jours à des environnements propices à la pratique. Il doit s'arranger à l'amiable avec ses anciens enseignants pour se pratiquer et se préparer à sa reprise.

Le manque d'uniformité entre le réseau collégial et le PNIC

Améliorer la communication

Le PNIC est très hermétique. Les enseignants ne savent pas exactement quels sont les problèmes vécus par leurs anciens étudiants. Par exemple, il y a quelques années, les gradués avaient de la difficulté avec les refus de transport. Les cégeps ont reçu une lettre les avisant que beaucoup des gradués avait échoué en lien avec les refus. Les enseignants ont donc poussé les étudiants à insister un peu plus. L'année d'après, les nouveaux gradués échouaient encore, cette fois-ci ils insistaient trop. Une lettre envoyée par le Docteur Lachaine à une direction des études d'un campus indiquait que des erreurs critiques «demeurent fréquentes dont : [...] Technique Oxylator®».¹⁹ Qu'est-ce qui ne fonctionne pas avec la Technique Oxylator®? La lettre ne le précise pas mais, les enseignants doivent essayer d'améliorer la situation. De plus, selon notre informateur, les cégeps reçoivent tous la même lettre. Ainsi, ils reçoivent les erreurs fréquentes de l'ensemble des étudiants québécois ayant tenté leur chance au PNIC. Le personnel enseignant se voit forcé de fonctionner à l'aveuglette par essai et erreur. Ce sont évidemment les étudiants qui en pâtissent. Au moins, depuis quelques années, les différentes directions des études reçoivent une lettre plus précise en plus de celle susmentionnée. Toutefois, plusieurs enseignants avouent rester dans une grande incompréhension notamment puisque ces gestes étaient réussis par l'ensemble des étudiants gradués tant pour obtenir leur DEC que lors de leur dernier stage pratique. Plus qu'une incompréhension, c'est un sentiment profond d'impuissance et d'injustice. Ils voient échouer leurs anciens étudiants de manière qui leur semble totalement aléatoire. C'est d'autant plus frustrant que même les meilleurs de leur promotion n'y échappent pas. Comme il n'est pas possible de voir ce qu'ont fait les étudiants, notamment grâce aux vidéos, les

¹⁸ Nous parlons d'un problème de perception puisque nous ne sommes pas en mesure de vérifier si c'est plus qu'un problème de perception.

enseignants font de leur mieux pour tenter d'améliorer la performance de leurs étudiants au PNIC...

Recommandation : amélioration continue

13- Que le personnel enseignant puisse connaître précisément les raisons d'échec de leurs anciens étudiants et soient suffisamment outillés pour améliorer la situation.

Revoir les façons de communiquer

Lors de la cueillette de données qui a rendu possible ce document, il a été constaté qu'il est possible voire même très courant pour un enseignant d'entrer en communication directe avec la Directrice médicale nationale pour lui poser des questions ou obtenir des précisions. C'est bien qu'elle soit facile d'accès, mais il est tout de même inconcevable que la majorité des situations exigent l'intervention de la Direction médicale nationale. La Direction médicale nationale qui répond directement (et individuellement) aux enseignants sur le « comment on devrait intervenir » à chaque mise en situation créé énormément de problèmes. C'est comme si un policier obtenait toujours l'avis du juge à chaque contravention, ce serait ingérable et inefficace. Ces communications directes ont pour résultat que, même au sein d'un établissement, ce ne sont pas tous les enseignants qui ont les mêmes informations. Un intervenant a qualifié cette situation de «boîte à confusion». L'image correspond plutôt bien au sentiment qu'ont les étudiants de recevoir des informations concernant le PNIC complètement différentes par chacun de leurs enseignants.

Le milieu est très petit, tout le monde se connaît. Il semblerait qu'il arrive que des considérations personnelles entre des enseignants et Docteur Lachaine (ou son personnel) influencent grandement la qualité et la quantité de leurs échanges. Certains étudiants s'en voient donc avantagés et d'autres pénalisés. Avant de s'inscrire à un établissement, il peut être difficile de savoir si les enseignants s'entendent ou pas avec la bonne personne. Dans un souci d'équité et d'uniformité, il faut impérativement qu'une structure qui permettrait à tout le corps enseignant d'avoir les mêmes informations soit mise en place. Une bonne méthode serait de respecter la hiérarchie actuellement en place et de faire transiger l'information par les directions des études des différents campus par exemple.

Recommandation : une communication uniforme et saine en tout temps

14- Qu'une structure soit instaurée afin que les communications avec le personnel enseignant et la Direction médicale nationale passent par la direction des études des collèges offrant le programme de soins préhospitaliers d'urgence.

15- Que les communications entre les différents acteurs du milieu soient écrites et uniformes.

Les méthodes d'évaluation

Au cours de leurs parcours dans le réseau collégial, les étudiants sont évalués de manière régulière afin de vérifier s'ils ont bien acquis les compétences visées par les cours. Ces évaluations peuvent prendre plusieurs formes. Des évaluations pratiques et des évaluations théoriques sont donc réparties dans l'ensemble de la formation. Toutefois, elles sont présentées sur la base des préférences et expériences de l'enseignant qui donne le cours d'évaluation du patient. Prenons exemple sur l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. L'Ordre produit un guide de préparation pour l'examen professionnel dans lequel se trouve des exemples de questions et de mise en situation ainsi que des exemples de réponses attendues. Le personnel

enseignant en soins infirmiers peut donc facilement adapter leurs propres évaluations pour les faire correspondre à ce qui est attendu à l'examen. Cela permet donc aux étudiants en soins infirmiers d'être mieux préparé à l'examen et, surtout, de faire en sorte qu'ils soient réellement évalués selon leur compétence et non selon leurs capacités à comprendre un nouveau type d'examen. Dans le cas des soins préhospitaliers d'urgence, il n'en est rien. Les enseignants ne savent pas comment les questions sont faites et ni quelles sont les réponses attendues. Ils n'ont que les anciens étudiants pour leur donner des informations. Évidemment, cela ajoute au stress des futurs gradués de ne pas savoir comment ils seront évalués. Ils sont donc encore plus propices à écouter les rumeurs et, jumelé aux nombreux échecs de leurs camarades, ils ne peuvent que voir leur confiance être sapée.

Recommandation : préparer la réussite des étudiants

16- Que le personnel enseignant ait minimalement accès à d'anciennes versions du PNIC afin de mieux préparer les étudiants à leur réussite.

La littérature

Les PICTA produits par le MSSS ne contiennent aucune bibliographie. Cela complique donc les choses pour quiconque souhaite connaître les ouvrages de références ayant mené à l'élaboration des différentes procédures à appliquer lors de soins préhospitaliers d'urgence. L'ensemble des enseignants consultés ont avoué ignorer la littérature utilisée par le MSSS/Urgences-santé en tout ou en partie. Certains auraient obtenu de manière non officielle quelques noms d'auteurs. Ce souci du secret a pour résultat que les enseignants des différents cégeps utilisent une littérature différente pour bâtir leurs cours. Ainsi, même si tous les étudiants gradués en SPU ont les compétences nécessaires à l'obtention du DEC, ils n'ont pas tous eu des cours basés sur la même littérature. Cela peut être problématique une fois rendu au PNIC notamment en raison du principe de préférence. Il serait bien plus intéressant pour l'ensemble de la profession que la littérature servant à définir les procédures soient connues de ceux qui sont chargés des les enseigner.

Recommandation : littérature

17- Que le personnel enseignant ait accès à la littérature servant à élaborer les procédures de soins préhospitaliers d'urgence au Québec.

L'inclusion du corps enseignant

De manière générale, il semble y avoir une volonté de la Direction médicale nationale d'exclure les enseignants du processus entourant le PNIC. Les enseignants ne peuvent pas enseigner à l'aveuglette en espérant que les étudiants réussissent le PNIC après avoir obtenu leur DEC. C'est un non sens qu'ils ne puissent absolument pas savoir comment se déroule l'examen ou encore quelle littérature est utilisée par la Direction médicale nationale.

Recommandation : collaboration entre le personnel enseignant et la Direction médicale nationale

18- Que la Direction médicale nationale cesse d'exclure le personnel enseignant du PNIC et adopte une attitude de collaboration dans le meilleur intérêt de la population québécoise.

Se donner le temps de bien faire les choses

Une date fixe pour mettre à jour les PICTAP

Il semble y avoir une urgence à inclure immédiatement sur le terrain tout changement dans les protocoles. Prenons les normes RCR, elles sont révisées aux 3 ans. Il est donc possible de savoir à l'avance quels seront les changements et quand ceux-ci prendront effet. Ces changements ont même pu être validés plusieurs fois avant d'être diffusés. Cela réduit donc le risque d'y retrouver des erreurs. Les normes en RCR s'améliorent régulièrement selon l'augmentation des connaissances. Toutefois, elles n'ont jamais pour effet de sauver des vies une journée et de tuer une autre. Les normes sont bonnes mais améliorées avec les années. Il semble y avoir une urgence à appliquer immédiatement tout petit changement dans les SPU. Ce qui amène des problématiques : disparités dans les régions pour un temps «x», informations changées en cours de formations puisque certains éléments ne s'appliquent pas dans la réalité des SPU...

Les protocoles actuellement en place ne sont pas conçus pour tuer, au contraire! Pourquoi donc ne pas cumuler tous les changements pour une date préalablement fixée et connue de tous? Cette méthode comporte plusieurs avantages et pour les étudiants et pour le corps de métier. Pour les étudiants, c'est beaucoup plus simple puisqu'ils seront formés précisément en ayant conscience de ce qui sera au PNIC. Pour le métier, cela éviterait probablement des erreurs dans les documents présentant les PICTAP.

Comprendre les différentes perspectives

Plus qu'un problème de communication, il y a un réel problème de compréhension des différentes perspectives. Du côté des collègues, les enseignants apprennent principalement à des jeunes qui quittent le secondaire. Des jeunes qui, progressivement, vont cheminer vers le statut d'adulte. Certains n'ont jamais eu de contacts avec des personnes âgées et ils sont encore plus nombreux à n'avoir jamais eu de contact avec la mort, ou encore avec le sang en quantité sur une scène d'accident ou de crime. Ce genre d'événements vieillit énormément une personne. Ce vécu dépasse l'expérience technique comme conduire tant d'heure ou pratiquer telle ou telle technique. Ce vécu donne une perspective complètement différente à la vie. Les enseignants partagent les connaissances reliées au métier, mais ils accompagnent également leurs étudiants dans leur évolution personnelle. Après tout, le cégep c'est aussi fait pour se découvrir et devenir un adulte!

Du côté de la Direction médicale nationale, on doit faire régulièrement avec des professionnels accomplis qui en ont vu d'autres. La plupart ont déjà été en contact avec la mort, avec la peur de découvrir le pire à chaque appel d'affectation, avec le courage de surmonter l'horreur pour faire ce pour quoi ils sont formés : sauver des vies. Lorsqu'ils viennent en formation, ils viennent chercher un élément précis qui va leur permettre de faire mieux dès le lendemain. Ils savent quelle différence cela peut faire. Ils s'attendent donc à des formations qui vont droit au but.

Bien que l'enseignant ne soit pas la mission du MSSS, ce dernier et le MESRST doivent se donner le temps de travailler de pair et comprendre qu'ils visent les mêmes buts : soit former un ensemble de professionnels qui seront disposés à travailler au meilleur de leurs compétences pour la population québécoise.

Autres problématiques observées

Quelques autres situations problématiques ont attiré notre attention durant la recherche. Le but de notre démarche étant de se documenter sur le PNIC, elles n'ont pas été approfondies. Le CNSPU pourrait peut-être se pencher sur la question de l'accès au métier en lien avec l'obligation d'exercer plusieurs mois par année. Il apparaît un peu absurde que plusieurs des personnes qui forment la relève SPU ne puissent plus jamais retourner sur le marché du travail des SPU. Les militaires et les femmes enceintes peuvent également être touchés bien que nous n'ayons pas évalués dans quelles mesures. Il faudrait également se pencher sur la question de l'évaluation des évaluateurs du PNIC. Il semblerait que peu d'entre eux aient de DEC. Les soins avancés sont en train de faire leur entrée au Québec. Toutefois, il semblerait qu'ils soient limités à la zone métropolitaine alors que la plupart des appels sont à quelques minutes d'un hôpital contrairement aux régions éloignées. Plus encore, le programme de soins avancés semble ne pas tenir compte du DEC et ne l'exigerait pas comme préalable. Une autre problématique se trouve dans le fait qu'il n'a pas été possible de trouver une analyse de la fonction de travail en soins préhospitaliers d'urgence. Il semblerait même qu'une telle analyse n'existe tout simplement pas.

Finalement, la question de la complexité des PICTAP comparativement à ce qui se fait ailleurs en Amérique du Nord est une question qui doit absolument être approfondie. En effet, plusieurs intervenants du corps enseignant ou de TAP en situation d'emploi ont mentionné une démission massive de gens qui reste en emploi. Des protocoles et des techniques trop longs et complexes font en sorte que plusieurs les appliquent en suivant le principe mais sans suivre une à une les étapes. C'était évidemment affirmé du bout des lèvres : aucun n'aurait osé dire qu'il ne respectait pas les PICTAP québécois. Certains se sont contentés d'un sobre «ils manquent d'esprit de synthèse» en parlant de l'équipe chargée d'écrire les PICTAP. Il y a là un sérieux problème à approfondir. Ce n'aurait pas été mentionné dans ce mémoire si le nombre de personne ayant abordé le sujet avait été moindre. À leur défense, lorsque les PICTAP québécois sont [considérés] trop complexe, plusieurs disent utiliser les PICTAP de l'une ou l'autre des provinces canadienne.

Conclusion

Il semblerait qu'il y ait un important phénomène de manque de confiance vis-à-vis tant le personnel du PNIC que l'évaluation en elle-même. Le refus systématique de montrer des évaluations du PNIC contribue d'ailleurs à augmenter cette perception. Il est à noter qu'une volonté de communiquer s'est manifestée à l'automne. Il en a résulté une rencontre réunissant des individus des différents groupes concernés. Malgré tout, plusieurs enseignants consultés ont conclu que les scénarios du PNIC ne correspondent ni à la formation, ni à la réalité de la profession, en plus d'être conçus pour des travailleurs expérimentés. Les scénarios doivent impérativement être adaptés à un novice à sa première journée de travail. Or, la formation a pour but d'outiller l'étudiant à entrer sur le marché du travail, pas à lui donner 10 ans d'expérience. Certains allaient même jusqu'à dire que le PNIC évaluait les gradués d'une façon qu'on ne ferait même pas au professionnel. Ils le disaient en avouant qu'ils ne savaient pas si eux-mêmes obtiendraient la note de passage malgré leur expérience. En apparence, ce test semble relativement normal. C'est dans son application que se trouve la majorité des problèmes. Il faudra également se pencher sur les questions soulevées dans la dernière partie de ce document. Pour nous, il est important que plus aucun gradué ne puisse se sentir comme celui qui nous disait :

«Le jour où j'ai gradué, c'était le plus beau jour de ma vie! Jusqu'à ce que j'arrive au PNIC et que l'enfer commence.»

Résumé des recommandations

- 1- Que les critères d'évaluations du PNIC soient revus et adaptés à la réalité d'un paramédic à sa première journée de travail.
- 2- Que les gradués soient évalués uniquement en fonction de ce qui figure réellement à l'évaluation.
- 3- Que l'évaluation du PNIC tienne compte du profil de sortie prescrit par le MESRST conformément au programme de formation de soins préhospitaliers d'urgence.
- 4- Que le profil de sortie prescrit par le MESRST soit conforme aux exigences de la Direction médicale nationale.
- 5- Que le technicien ambulancier paramédic évaluateur agisse comme le ferait un collègue en situation de travail.
- 6- Que les enseignants soient mieux outillés pour adapter le contenu de la formation aux exigences de l'examen.
- 7- Que la formule des formations destinées au personnel enseignant soit revue et adaptée aux réalités du réseau collégial.
- 8- Qu'une formation soit conçue uniquement à l'usage du personnel enseignant.
- 9- Que la formation dédiée au personnel enseignant offre une intégration rapide des nouvelles procédures au programme.
- 10- Que l'ensemble des documents produits par la Direction médicale nationale fassent l'objet d'une révision clinique et linguistique professionnelle.
- 11- Que le processus de révision d'examen soit fait par une équipe indépendante, par exemple, un comité composé selon une recommandation du comité de formation provinciale composé de deux directeurs des études, deux enseignants, le MESRST et de la Direction médicale nationale.
- 12- Qu'il soit possible pour les gradués de voir l'enregistrement de leur examen pratique, et que cela soit gratuit et géographiquement accessible.
- 13- Que le personnel enseignant puisse connaître précisément les raisons d'échec de leurs anciens étudiants et soient suffisamment outillés pour améliorer la situation.
- 14- Qu'une structure soit instaurée afin que les communications avec le personnel enseignant et la Direction médicale nationale passent par la direction des études des collèges offrant le programme de soins préhospitaliers d'urgence.
- 15- Que les communications entre les différents acteurs du milieu soient écrites et uniformes.
- 16- Que le personnel enseignant ait minimalement accès à d'anciennes versions du PNIC afin de mieux préparer les étudiants à leur réussite.
- 17- Que le personnel enseignant ait accès à la littérature servant à élaborer les procédures de soins préhospitaliers d'urgence au Québec.
- 18- Que la Direction médicale nationale cesse d'exclure le personnel enseignant du PNIC et adopte une attitude de collaboration dans le meilleur intérêt de la population québécoise.

Bibliographie

INFOROUTEFTP, Soins péhospitatiers d'urgence, <http://inforoutefpt.org/> [en ligne]

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC. *Protocoles d'intervention clinique à l'usage des techniciens ambulanciers-paramédics*, Montréal, 2013, 197p

SERVICES DE SANTÉ ET MÉDECINE UNIVERSITAIRE, Guide aux nouveaux diplômés : inscription au registre national, Montréal, Urgences-Santé, c2013 31p