



COMMUNITY PARAMEDICINE IN CANADA

EMERGENCY MEDICAL SERVICES CHIEFS OF CANADA

"EMS MUST PURSUE INNOVATION AND NEW MODELS OF SERVICE DELIVERY TO MEET THE COMMUNITY-DEFINED NEEDS. COLLABORATION OF EMS AND COMMUNITY ORGANIZATIONS, SOCIAL SERVICE AGENCIES, AND PUBLIC SAFETY GROUPS WILL ENABLE INNOVATIVE INITIATIVES THAT HAVE THE POTENTIAL TO IMPROVE THE LEVEL OF HEALTH CARE WITHIN A COMMUNITY."

– EMSCC WHITE PAPER

ACKNOWLEDGEMENTS

This paper has been prepared with the invaluable input from Paramedic Services across Canada that are leading the way in developing innovative programs that have created the foundations of Community Paramedicine.

We would like to thank the paramedics who have embraced the concept of Community Paramedicine and continue to provide excellence in care to their respective communities.

From the Authors:



Michael Nolan

President, Emergency Medical Services Chiefs of Canada
Chief, County of Renfrew Paramedic Service
Ontario



Tim Hillier

Contributing Editor, EMSCC
Director of Professional Development,
MD Ambulance, Saskatoon
Saskatchewan



Carmen D'Angelo

Writer and Research Coordinator, EMSCC
Commander, Hamilton Paramedic Service
Ontario

CONTENTS

INTRODUCTION	58
EXECUTIVE SUMMARY	59
WHAT IS COMMUNITY PARAMEDICINE?	59
THE POSITIVE OUTCOMES OF COMMUNITY PARAMEDICINE	60
EXAMPLES OF COMMUNITY PARAMEDICINE IN CANADA AND INTERNATIONALLY	62
THE COST SAVINGS ACHIEVED	66
RECOMMENDATIONS TO THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH	67
REFERENCES	68

INTRODUCTION

In the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) White Paper entitled *The Future of EMS in Canada*, a Vision was developed that embraced EMS as a mobile health care service. Overall, as illustrated (right), the future of EMS in Canada is at the centre of the community, providing primary health care in a mobile setting.

To achieve this Vision, the White Paper included eleven recommendations that would strategically guide the leaders of EMS and associated public policy. One of the recommendations was that, "EMS must pursue innovation and new models of service delivery to meet the community-defined needs. Collaboration of EMS and community organizations, social service agencies, and public safety groups will enable innovative initiatives that have the potential to improve the level of health care within a community."

This recommendation has been adopted by several Paramedic Services across Canada via programming entitled Community Paramedicine. These initial programs, in association with the concept of Community Paramedicine, were presented to the Federal Standing Committee on Health in 2011.

The purpose of this document is to present the reader with an understanding of Community Paramedicine and create a basis for the development of a national strategy.





EXECUTIVE SUMMARY

Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) is working collaboratively with their international partners on Community Paramedicine. The work is organized via the International Roundtable on Community Paramedicine (IRCP) and thereby allows a dedicated forum where various countries and regions can exchange information and innovative programming. The goal of the IRCP is to focus on exploring the promotion and delivery of improved health care through the utilization of “traditional” and “non-traditional” models of care.(2)

On November 28, 2011 the EMSCC President Michael Nolan presented “The Role of the Community Paramedic in Canadian Health Care” to the Federal Standing Committee on Health relative to the management of chronic diseases and ageing in Canada. As a primary provider of front-line health care, the EMSCC has identified two fundamental problems in the current health care system:

- (1) accessibility to primary health care
 - a. in remote and rural Canada, and
 - b. with seniors and marginalized members of the community in urban centres; and
- (2) rising cost of institutional primary health care.

It is the position of the EMSCC that Community Paramedicine, in partnership with other community services and agencies, can improve the accessibility to health care and the quality of life of Canadians. It has also been demonstrated via existing programs that Community Paramedicine is a cost effective chronic disease management strategy for remote, rural and urban Canadian centres.



WHAT IS COMMUNITY PARAMEDICINE?

Traditionally, paramedics are educated to respond to emergency 911 calls, treat patients who are ill and injured, and transport the patients to emergency departments for additional acute care treatment. However, not all patients require transport to an emergency department. Many simply need basic assessment and referral to an appropriate community service. This is particularly evident with seniors, residents in rural and remote areas, and vulnerable members of the community.

Representing just 14% of the current population, seniors use 40% of hospital services in Canada and account for about 45% of all provincial and territorial government health spending. As reported by the Canadian Institute for Health Information, one in four Canadians will be over the age of 65 representing 25% of the population by 2036, thereby placing further pressures on health care costs.(3)

In Canada, 60% of Paramedic responses are for patients over the age of 60. Upon further analysis, the EMSCC has identified that patients over the age of 80 represent in excess of 27% of all requests for assistance through 911. In a direct correlation, with

an ageing population, the paramedic response call volume to seniors requesting health care assistance is increasing.

In an effort to maximize efficiencies in patient care and resources, many paramedic services are finding innovative programs and best practices to address the non-emergent primary care needs of seniors and other vulnerable members of their respective communities. One such innovative program is Community Paramedicine; where paramedics are engaged in non-traditional roles to assist in the health care of the population.

According to the International Roundtable, Community Paramedicine is a model of care whereby paramedics apply their training and skills in “non-traditional” community-based environments, often outside the usual emergency response and transportation model. The community paramedic practices within an “expanded scope”, which includes the application of specialized skills and protocols beyond the base paramedic training. With this expanded scope, the paramedic can be located in communities where there is a shortage of other health care providers (such as in remote and rural areas of Canada). The community paramedic can also be viewed as the “canary in the coal mine”, where the paramedics often find members of the

urban community who cannot access - or are unaware how to access - both health care and social services.

By expanding the role of paramedics, and working collaboratively with other community agencies, paramedics can manage patients who do not require transportation to an emergency department. Via an expanded paramedic scope of practice, paramedics can manage and subsequently refer the patient to the most appropriate community agency (such as the patient's family doctor, community care access centre, family health team, home care, public health, mental health, addiction services, and/or domestic violence services). At times, it may only require the Paramedic assisting the patient to contact a family member or friend to attend their home to provide basic support or monitoring. By referring the patient to the most appropriate community agency or family/friend, there will be a significant reduction in visits to emergency departments, hospitalizations, re-admissions. The referral also defers the need for the need for placement in a long-term care facility.

Research Focus

PERIL Study - Paramedics assessing Elders at Risk for Independence Loss (Sunnybrook Research Institute)

Background

While the majority of the elderly are independent, frail older people are a sub-group at increased risk for preventable events such as falls, delirium or functional decline: 20% of people over 65 and 44% of those over 85 lack the support they need to function daily. A minor change can trigger a chain of events leading to adverse outcomes. For example, being trapped on the floor after a fall, developing skin breakdown and becoming delirious may ultimately require admission to a nursing home. Interventions that prevent adverse outcomes exist, but they are effective only when they are appropriately targeted to high-risk groups. Older adults are the highest users of ambulance or emergency medical services (EMS), and are five times more likely than younger adults to need an ambulance. Because of their social isolation and lack of support and timely access to primary care, frail older people frequently depend on EMS to function as a safety net and the proportion of non-urgent calls paradoxically increases with age. Consequently, paramedics are uniquely positioned to observe older persons in their homes and identify those at risk for adverse outcomes.

Objective

The goal of the current study is to complete the empiric derivation of the PERIL clinical prediction tool, using paramedic's observations in the homes of older people to identify those at high risk for adverse outcomes after an EMS encounter.



THE POSITIVE OUTCOMES OF COMMUNITY PARAMEDICINE

Due to advancements in technology, training delivery, and evidence based research – the scope of paramedic clinical practice can be easily increased to meet the community needs. Paramedics are already educated in advanced patient care assessments and skills, including: 12-Lead ECG acquisition and interpretation, blood glucose testing, obtaining oxygen saturation levels, wound care, intravenous therapy and medication administration. This can be complimented with phlebotomy, expanded drug administration, antibiotic therapy, and delivery of vaccinations. An expanded scope of practice in paramedics leads to the ability to initiate a Community Paramedicine program.

Community Paramedicine will assist in alleviating the increasing pressure on our health care system. Overall, as evident with many innovative programs across Canada and globally, Community Paramedicine will achieve significant savings in health care by:

Reducing the volume of 911 calls

- By entering designated communities - such as in Saskatoon with the innovative Health Bus - patients can access medical advice and care rather than calling 911 for assistance. This will directly reduce the 911 call volume, take pressure of the 911 system, and allow 911 call takers to manage other priority emergency calls.
- A reduction in emergency calls also reduces the need of Tiered Responses by allied emergency services (police, fire and EMS). This decrease in tiered response allows allied emergency services to focus on other priority calls, and, increases community safety by reducing emergency vehicles needlessly traveling rapidly through neighbourhoods with lights and sirens.

Reducing emergency department visits

- With paramedics referring patients to appropriate community agencies, there is a decrease in need of transporting these patients to local emergency departments.
- Reducing emergency department visits will lessen the burden of overwhelmed hospitals and the associated wait times for patients to see an emergency physician.
- Reducing the visits to emergency departments will also assist in decreasing ambulance off-load delays (where patients



cannot be transferred from paramedics to emergency department staff because there are no emergency beds available). During off-load delays, paramedics are confined with their patients at the hospital waiting for an emergency bed, rather than be available for other 911 emergency calls in the community. This “off-load delay” problem has been negatively affecting EMS system performance globally.

- An example of this positive outcome is evident in Nova Scotia, on Long and Brier islands. With this community paramedicine program, trips to the mainland hospital emergency department fell by 40% over a five year period.

Reducing hospitalizations

- By the early detection of medical problems with seniors and other vulnerable members of the community, medical conditions can be prevented from advancing into further complex cases and/or emergencies. With early detection, and associated health promotion, the wellness of a community’s population is increased.
- With the reduction in hospitalization via early detection and health promotion, there is an improvement in hospital capacity and alternate level of care availability.
- The “Ageing at Home” initiative, involving the County of Renfrew Paramedic Service and their community partners, is an example of a Community Paramedicine program that has reduced hospitalizations. In a 16-month period, of the patients assessed by Paramedic and Personal Support Workers, only 34% required transportation to an emergency department and subsequent admission to hospital.

Reducing the demand on long-term care beds

- By providing seniors with the ability to stay at home longer – supported by family, friends, home care, EMS and other community agencies – there will a decrease in demand on long-term care (LTC) beds.
- From reducing the demand on LTC beds, there is associated reduction in seniors held idle at hospitals due to the lack of



Technology Focus

- Many paramedic services have implemented the infrastructure to capture and distribute health information via electronic reporting. This e-Health information can then be shared with other healthcare and social organizations in the continuum of patient care.
- Significant advancements have been made in mobile diagnostic equipment (such as cardiac monitoring, ultrasound, oximeters, and glucometers) thereby enabling paramedics to conduct mobile clinical assessments.
- Advancements in communication technology (video, voice and data) has created the ability for paramedics to consult 24/7 with off-site medical practitioners.

LTC vacancy. This translates to a reduction in the congestion of patients at the emergency departments awaiting beds in the other hospital wards.

Reducing mortality and morbidity

- Community Paramedicine, associated with other community programs focused on the early detection and health promotion of seniors, there is prevention in the untreated chronic diseases of seniors. This will lead to a reduction in patient mortality and morbidity.

Filling in the health care gaps

- Many communities in rural and remote areas of Canada are experiencing a shortage of doctors and nurses providing health care services. An alternative model is enabling paramedics to provide health and education services, when not engaged in emergency services.
- Paramedics, on average, are less costly when compared to the wages of doctors and nurses.

INNOVATIVE EXAMPLES OF COMMUNITY PARAMEDICINE IN CANADA & INTERNATIONALLY

In Canada, there are many innovative Community Paramedicine programs that have been implemented with significant success.

In **Nova Scotia**, access to health care can be quite challenging on the islands of Long and Brier where the recruitment of a doctor is not possible. Also, the travel times to hospital and clinics on the mainland are lengthy and often hindered by inclement weather. This prompted the Emergency Health Services (EHS) Nova Scotia to establish 24/7 emergency paramedic coverage on the islands. When not engaged in emergency calls, the paramedics work collaboratively with a nurse practitioner and an off-site physician in providing non-emergent health care by administering flu shots, holding clinics, and checking blood pressures.

REDUCTION IN DOCTOR VISITS BY 28% AND A DECREASE IN TRIPS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT BY 40%

In addition, paramedics began to take phone calls from the community residents for non-emergent services such as diabetic assessments, wound care, drawing blood for subsequent lab tests, congestive heart failure assessment, administration of antibiotics, urinalysis assessment, suture/staple removal, identifying medication compliance, and providing education sessions (such as fall prevention, Cardio Pulmonary Resuscitation and first aid, proper child seat installation, and bicycle helmet safety).

Overall, as the program was communicated to the residents on the islands,



National Award Focus

Extended Care Paramedic Nursing Home Program

Emergency Medical Care Inc. is Nova Scotia's provider of land and air ambulance services. In association with Emergency Health Services and Capital Health, the Extended Care Paramedic Nursing Home Program delivers primary care to seniors at the nursing homes without the need to be transported to the local hospital. The program is part of the Better Care Sooner plan.

According to Federal Health and Wellness Minister Maureen MacDonald, "Nova Scotia has a skilled and talented team of paramedics who are responsible for providing all residents of the province with quality care when they need it most. It's wonderful to see the Extended Care Paramedic program nationally recognized, especially in its first year of operation," The Honourable Minister MacDonald continues, "One of the goals of our Better Care Sooner plan is to improve emergency care for seniors and this program is doing just that."

As a result of this innovative program, on February 13, 2012 the Better Care Sooner plan won "Gold" in the Public Sector Leadership Award in the Health Care category from the Institute of Public Administration of Canada and Deloitte.

patient contact climbed to 250-300 per month.(4) This innovative model of care resulted in decreased costs, increased access to health services, a high level of acceptance and satisfaction within the community, and effective collaboration amongst health and social care providers. Visits to the doctor on mainland Nova Scotia decreased by 28%, and trips to a hospital emergency department fell by 40% over a five year period. According to researchers, direct annual health care cost diminished from \$2380 to \$1375 per person over the three years of the study.(5)

In **Ontario**, Toronto Emergency Medical Services commenced their Community Paramedicine referral program in 2006. The program was initiated to address the growing number of paramedic responses (over 60,000 non-emergency calls per annum) where many of the patients did not require transport to emergency departments, but required simple primary care or access to other community services.

Toronto EMS has identified specific demographics within their community who were calling 911 for Paramedics because they were unaware how to access other health and social services.

When paramedics respond to a 911 call, they are often in the unique position of witnessing some of the more intimate and private circumstances of the patients living conditions. Difficulties with the management of medical conditions, mobility, or performing activities of daily living are just a few of issues that



may not be apparent to family, friends, healthcare providers, or social assistance. Patients can live with these issues for extended periods of time without receiving any assistance. Often EMS is the first health care provider to identify a need for services to help these patients.

Toronto's Community Referrals by EMS (CREMS) allows the paramedic to make a referral to the Community Care Access Centre (CCAC) on behalf of the patient with their consent.

**IN FEBRUARY 2010, THERE WAS A 73.8%
REDUCTION IN PARAMEDIC RESPONSES.**

Some patients are not aware of the services that CCAC provides. Others do not recognize that they themselves are in need or could benefit from CCAC assistance. For many patients, having a paramedic offer them a CCAC referral is the first step to connecting them with much needed help.(6) The CREMS program was awarded the 2006 Innovations In Health Care Award from the Ontario Ministry of Health.

Via the CREMS program, Toronto EMS identified that of the patients that have been referred to a CCAC, the majority are seniors 65 years and older. More troubling, 49% of the patients do not have a family doctor.

According to Toronto EMS, a snapshot of February 2010 call volume revealed a 73.8% reduction in calls from individuals who would have previously called 911. This reduction is attributed to 79 CREMS received in the same month.(7) Typically, many of the patients referred by the Community Paramedicine Program are:

- Vulnerable due to chronic health issues, poor living environments, or other factors such as age or gender;
- Marginalized due to low socio-economic status; many of these patients are on fixed and/or low incomes and do not have the financial resources to access even the most basic health care; and/or
- Isolated both socially and culturally from any type of support network; patients may be estranged from family/friends or simply may not have any close social contacts that could provide assistance on a regular basis or in times

of need; likewise, patients may reside in a community or neighbourhood that is culturally different than their own identity; this poses some significant challenges to social integration.

In **rural Canada**, such as the Town of Deep River in the County of Renfrew, Ontario a Community Paramedic program is assisting seniors staying in their own home longer despite being eligible for a long-term care bed. With this program, paramedics in association with other community partners (such as personal support workers, housekeepers, and maintenance workers), provide 24-hour flexible support to the elderly living in their own homes. The "home visits" by an integrated community team prevented the residents from being admitted to a long-term care facility. Furthermore, Renfrew County Paramedic Service discovered that this "Ageing at Home" program has significantly decreased the incidence of 911 calls for Paramedic responses, decreased the number of Emergency Department visits, and decreased the utilization of acute care bed hours.(8)

The **Saskatchewan** provincial government has announced the transition of Emergency Medical Services (EMS) to a Mobile Health Services (MHS) system. The new MHS system will continue to provide strong emergency care services while providing opportunities for augmented, high quality patient care. (9)

One such augmented patient care program is the Saskatoon Health Bus.

**SERVICES PROVIDED 5,936 VISITS, WHERE
43% WERE REPEAT CLIENTS.**

This mobile unit is a joint partnership amongst M.D. Ambulance, Central Urban Métis Federation Inc., First Nations agencies, Saskatoon Health Region and the provincial Ministry of Health. The Health Bus was implemented to reduce the barriers faced by people who are geographically, socially, economically, and / or culturally isolated from accessing health care services. Staffed by paramedics and nurse practitioners, the Health Bus is scheduled 7 days a week on a rotating schedule.

In an 8 hour day, the staff will provide a number of services



and community referrals to various populations (including seniors, First Nations, Métis, children, immigrants, refugees and those with chronic diseases). Specifically, the Health Bus staff diagnose and treat common illness and injuries, testing for sexual transmission infections, pregnancy testing, birth control, provide free condoms, chronic disease monitoring, wound care & management, stitches and removal of stitches. Relative to community referrals, the staff will connect individuals to addiction, social and mental health agencies. According to the province, during 2009-10, approximately 5,936 visits to the Health Bus were recorded, where 43% were repeat clients.

In **Alberta**, there was a systemic transition of EMS from a municipal responsibility (in terms of governance and funding) to the one provincial health authority, Alberta Health Services (AHS). To guide this transition, AHS developed a 5-year strategic plan (2010-2015) entitled EMS: On the Move. In the strategic plan, AHS adopted primary focus areas, including the focus of co-locating EMS practitioners at healthcare facilities, as appropriate, enhancing the integration of EMS within health facilities and improving system efficiencies.(10) According to



their 2010-2011 key initiatives, AHS has identified a number of key goals that support the notion of the community paramedic:

- Undertake activities to shift the initiation of definitive care to the point of first patient contact with EMS. Priority activities include development and implementation of assess, treat and refer protocols, referral processes and alternative transport destinations; and
- Integrate the EMS service plan with health services across the care continuum with a priority focus on opportunities to positively impact Senior's Health/Home Care, Mental Health, Public/Community Health and emergency departments.

There are many examples cited (11) where AHS key initiatives have been implemented. In specific communities (such as Fort MacLeod, Fort Vermillion, Peace River and High Level) paramedics are working in the Emergency Departments as part of their regular scheduled ambulance duties because of the shortage of doctors. At Rainbow Lake, where there is no

available doctor, paramedics either work with a nurse practitioner or alone in order to staff the community's health care clinic. In the urban centres of Calgary and Edmonton, paramedics have been permitted to refer clients needing extra services to Home Care via Community Care Access. And in Medicine Hat, paramedics work in partnership with the Home Care system to deliver in-home IV therapy and medication administration during off hours and weekends.

Overall, the innovative Community Paramedicine programs across Canada have assisted seniors, communities where there is a shortage of doctors and nurses, and marginalized members of the community – in meeting their non-emergent healthcare needs. The programs have also benefited hospitals and emergency resources by diverting away from emergency services towards more appropriate medical clinics, community care centres, and social agencies.

There is a well-established Community Paramedicine program in Fort Worth, Tarrant County, **Texas** (population of 1.8 million). The program is a collaborative effort between MedStar Emergency Medical Services (MedStar), the Emergency Physicians Advisory Board (EPAB), John Peter Smith Health System (JPS), Tarrant County Public Health (TCPH) and the Mental Health and Mental Retardation Services of Tarrant County (MHMR).

The program was initiated because patients were seeking emergency medical care as they were unable or unwilling to obtain medical care in a more appropriate setting. The program administrators discovered without proper preventive or routine medical services, minor medical conditions may become acute, prompting the need for emergency medical care. Thus, the partnership concluded that the Community Health Program will significantly reduce the overall cost of emergency care and provide a more appropriate use of pre-hospital and in-hospital emergency services.(12)





A \$13.5 MILLION REDUCTION IN CHARGES AND COSTS OVER A 2-YEAR PERIOD.

The MedStar EMS Community Health Program has indeed generated significant success. In Tarrant County alone, from July 2009 to August 2011, the Community Health Program has decreased EMS call volume by 58.2% achieving a savings of over \$3.7 million (patient charges and EMS costs). Over this same period, the program has also reduced emergency bed occupancy by 14,334 hours which can be translated to a cost savings of over \$9.8 million. Overall, the program has realized a \$13.5 million reduction in costs and charges over a 2-year period.

In **Colorado**, the Community Paramedic (CP) model is described as "...an innovative, proven solution to provide high quality primary care and preventative services by employing a currently available and often underutilized healthcare resource". This model has been adopted because in July 2011, it was reported that 52 of Colorado's 64 counties (81%) were either fully or partially designated as a Health Professional Shortage Area. How does the CP model work? A primary care partner refers a patient to Emergency Medical Services (EMS) personnel to provide services in the home that are within their current scope of practice, including: hospital discharge follow-up, fall prevention in the home, blood draws, medication reconciliation and/or wound care. The CP provides care and communicates health records back to the referring physician to ensure quality of care and appropriate oversight. The goals of the program are twofold: 1) To improve health outcomes among medically



vulnerable populations; and 2) save healthcare dollars by preventing unnecessary ambulance transports, emergency department visits, and hospital readmissions. Overall, the program has successfully filled the gap in health care access and has achieved a cost savings of \$4,451 per client/patient.

In **rural United States**, where rural-dwelling seniors experience unique issues related to accessing medical and social services, researchers discovered that a Community Paramedicine program can facilitate the needed linkages between vulnerable rural-dwelling older adults and needed community-based social and medical services.(13)

In the **United Kingdom**, the South Yorkshire Ambulance Service developed the Paramedic Practitioner Older People's Support scheme that set out to deliver patient-centred care to seniors calling 911 for an ambulance, but with conditions triaged as not immediately life threatening. Paramedics were trained in extended skills to assess and, when possible, treat older people in the community. Researchers, seeking to evaluate the cost effectiveness of the program, discovered a modest EMS savings of £140 per patient. However, when the Quality Adjusted Life Years (QALY) was considered simultaneously, the community paramedics had a greater than 95% chance of being cost effective at £20 000 per QALY.(14)

Similar challenges of providing health care services in rural and remote areas can be found in **Australia**. A review (15) of ambulance services discovered three service delivery models in addressing these challenges:

- **Primary Health Care Model** – Where ambulance services recognized that 25% of patients did not need transportation to hospital and that these patients could be safely assessed and managed or referred without needing to leave the comfort of their own home. Not only was this model implemented in the rural areas of New South Wales, the model was also introduced by Queensland Ambulance Service to meet the needs of seniors and marginalized community members living in urban centres.
- **Substitution Model** – Where paramedics are staffed in some South Australian Country hospitals (due to shortages in general practitioners) and in Alice Springs Emergency Department (due to shortages in nursing staff).
- **Community Coordination Model** – A focus on recruiting, retaining and supporting existing volunteers whilst providing support to existing health services when required.

As part of their discussion, the Australian reviewers suggest paramedics are well placed health professional that can play a key role in contributing to health outcomes of Australians. In rural and remote areas, paramedics have capacity to contribute positively to the sustainability and social capital of communities due to their medium to low emergency response workloads. It is also suggested that paramedic services, in association with other community services, can apply this expanded scope in urban settings to meet the needs of seniors.

The efforts of paramedic services cannot be done in isolation. Although there is great variety of Community Paramedicine programs, there are two common elements relevant to all programs: (1) meeting a local need for services using paramedics; and (2) engaging multiple stakeholders to ensure a seamless integration of the program into the health care continuum. A comprehensive, collaborative strategic plan will be integral to the successful implementation of a community paramedic program. (16)

THE COST SAVINGS ACHIEVED

In Canada, although the innovative Community Paramedicine programs have been very successful, there has been no formal and systemic quantifiable cost-benefit analysis conducted. This shortage of analysis also exists in Australia, which prompted the Australian Federal Government Health Workforce Agency to ask researchers to conduct and report back on the economic benefits of community paramedics. However, based on the regional experiences, some financial projections can be estimated.

According to the Ontario Municipal Benchmark Initiatives (OMBI) 2010 Report (17), Toronto EMS operates at \$232 per unit hour with weighted in-service of 248 hours per 1,000 people. If Toronto EMS was able to reduce their patient transportation to hospital call volume by 10 % via Community Paramedicine initiatives, then the potential savings to EMS would equate to over \$8.4 million per annum. The impact to emergency departments would be an estimated reduction of 109,500 bed hours (based on the MedStar projection of 6 hours per primary care visit). These savings would be reduced by the costs to administer the program, educate the paramedics in an expanded scope of practice, and continuous quality improvement initiatives. Including these off-set costs, the savings to primary health care is in the tens of million of dollars in the Greater Toronto Area. In formulating public policy, one would need to consider the impact of these savings across other urban areas of Canada.

Significant savings were also identified with the Community Paramedicine program at an urban adult detoxification centre

in Winnipeg, which produced a 52% reduction in ambulance utilization (when compared to the average in the previous 3 years). The provision of an expanded-scope paramedic at an urban intoxication center resulted in an alternate route for the medical management of the resource-heavy acutely intoxicated patient population. (18) The savings were estimated at approximately \$250,000 per annum.

The preliminary economic analysis of the Health Bus in Saskatoon is very encouraging. In one year, a total of 2,909 clients visited the health bus at a cost of approximately \$157 per visit. In comparison, if these patients went directly to a hospital, the emergency department cost would be approximately \$297 per visit (not including any diagnostic costs). Overall, the estimated savings of the program is over \$407,000 per annum.

In rural and remote areas of Canada, although the economic impact is not as high as in urban areas, the financial advantages remain. In Nova Scotia, researchers identified direct annual health care costs were reduced from \$2380 to \$1375 per person (over the three years of the study). Reducing annual health care costs by 42% will allow policy makers the flexibility to reinvest the savings into other community programs.

With a tsunami of ageing population on the horizon, it is projected Paramedic call volume, Emergency Department visits and subsequent hospital admissions, and dependency on Long-Term Care beds will significantly increase. A Community Paramedicine program - that is designed to the unique needs of the local community - will provide an alternative model in the delivery of non-emergent primary health care and referral to social support services. It is projected that Community Paramedicine will provide health care savings in the hundreds of millions of dollars.

EMSCC is striving to work with academic researchers to



evaluate current Community Paramedicine programs to further analyze the financial impacts to the health care system.

RECOMMENDATIONS TO THE STANDING COMMITTEE ON HEALTH

On November 28, 2011 EMSCC President Michael Nolan was invited to the federal Standing Committee on Health to discuss "Chronic Diseases Related to Ageing". In the discussion, President Nolan informed the committee members relative to the concepts of Community Paramedicine. The Committee was interested in the concept and invited EMSCC to submit further information. On January 4, 2012 a briefing document was sent to the Committee, which contained the following recommendations:

1. Federal government supports the efforts of EMSCC in developing both rural and urban Community Paramedicine programs in association with provincial and territorial regulators, the medical community, and social networks. This includes expanding the scope of paramedic practice to non-traditional roles and thereby improving mobile health services.

2. EMSCC work with senior levels of government to secure funding in developing best practice models of Community Paramedicine. These pilot projects can then be emulated across the nation, thereby allowing Canadians greater access to health care and social assistance.

3. Federal government support EMSCC to work collaboratively with researchers in validating the positive outcomes of Community Paramedicine. This includes quantifying the cost savings achieved by the health care system.

CONSULTATION AND INPUT

The Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) welcomes input from paramedic services, allied emergency services and community partners. If you have a Community Paramedicine program you would like to share, or would like to comment on Community Paramedicine in Canada, your input is valued.

Contact Information:

Michael Nolan, President, EMSCC, president@emsc.ca

Kelly Nash, Executive Director, ed@emsc.ca

Carmen D'Angelo, Writer and Researcher, EMSCC,
carmen.dangelo@sympatico.ca

EMS Chiefs of Canada, 201 - 4 Florence Street, Ottawa, Ontario Canada K2P OW7
www.emsc.ca

References

1. The Future of EMS in Canada: Defining the Road Ahead (2006). Emergency Medical Services Chiefs of Canada. (Accessed via <http://www.emscc.ca/docs/EMS-Strategy-Document.pdf> on April 4, 2012).
2. For more information of the International Roundtable on Community Paramedicine (IRCP) please visit www.ircp.info).
3. Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Ageing. Canadian Institute for Health Information. (Accessed via <https://secure.cihi.ca> on December 5, 2011).
4. Debbie Misner. (2005) Community Paramedicine: A Part of an Integrated Health Care System. (Accessed via <http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf> on November 29, 2011).
5. Ruth Martin-Misener, Barbara Downe-Wamboldt, Ed Cain and Marilyn Girouard (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development*, 10, pp 14-25.
6. Toronto EMS Backgrounder (2010) Community Referrals by Emergency Medical Services. . (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads/ExpandedRole/CREMS.aspx> on November 30, 2011).
7. Toronto EMS Presentation (2010) Community Referrals by EMS: An Extension of Service. (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads/ExpandedRole/CREMS.aspx> on November 30, 2011).
8. Ruest, M., Stichman, A., Day, C (2011) Evaluating the Impact of Community Paramedics on the 24-hour flexible in-home support housing. (Received directly from author, Submitted for publication).
9. Donald Cummings (2009) Saskatchewan Emergency Medical Services (EMS) Review. Government of Saskatchewan. (Accessed via <http://www.health.gov.sk.ca/ems-review> on November 28, 2011).
10. Alberta Health Services (2009) EMS: On the Move. Government of Alberta (Accessed via <http://www.albertahealthservices.ca/ahs-ems-5-year-plan-2010.pdf> on November 29, 2011).
11. Hui Wang (2011) Community Paramedicine Summary of Evidence. (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads> on December, 1 2011).
12. MedStar (2011) Community Health Program (Accessed via www.medstar.org on December 2, 2011).
13. Shah, M. N. et al. (2010) A Novel Emergency Medical Services-Based Program to Identify and Assist Older Adults in a Rural Community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 2205-2211.
14. Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H., Gorringer, R., Perrin, J., & Nicholls, J. (2009). Is it cost effective to introduce paramedic practitioners for older people to the ambulance service? Results of a cluster randomized control trial. *Emergency Medicine Journal*, 26 (6), pp. 446-451.
15. Blacker, N., Pearson, L., & Walker, T. (2009). Redesigning paramedic models of care to meet rural and remote community needs. The 10th National Rural Health Conference, Cairns, Australia, May 17-20, 2009. (Accessed via http://10thnrhc.ruralhealth.org.au/papers/docs/Blacker_Natalie_D4.pdf on November 30, 2011).
16. Sioban M. Kennedy (2011) The Future of Emergency Medical Service: Less Emergency, More Medical Services (Received directly from author, Submitted for publication).
17. 2010 Performance Benchmarking Report (2010) Ontario Municipal CAOs Benchmark Initiative. (Accessed via www.ombi.ca on November 28, 2011).
18. Leeies, M. et al (2011) Impact of a Novel Community-Based Paramedic Program on the Care of Intoxicated Persons (Submitted as an abstract to the National Association of Emergency Medical Services Physicians).



PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE AU CANADA

DIRECTEURS DES SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE DU CANADA

"LES SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE (SMU) DOIVENT POURSUIVRE L'INNOVATION ET DE NOUVEAUX MODÈLES DE PRESTATION DE SERVICES POUR RÉPONDRE AUX BESOINS DÉFINIS PAR LES COMMUNAUTÉS. LA COLLABORATION DES SMU ET LES ORGANISMES COMMUNAUTAIRES, LES AGENCES DE SERVICES SOCIAUX ET LES GROUPES RELIÉS À LA SÉCURITÉ PUBLIQUE PERMETTRONT DES INITIATIVES NOVATRICES QUI ONT LE POTENTIEL D'AMÉLIORER LE NIVEAU DES SOINS DE SANTÉ AU SEIN D'UNE COMMUNAUTÉ."

– LIVRE BLANC, DSMUC

REMERCIEMENTS

Ce document a été préparé avec l'aide précieuse des services paramédicaux partout au Canada qui ouvrent la voie à l'élaboration des programmes innovateurs qui ont créé les infrastructures de la communauté para médecine.

Nous tenons à remercier les paramédics qui ont accueilli le concept de paramédecine communautaire et qui continuent à fournir des soins exemplaires dans leur communauté respective.

Des auteurs:



Michael Nolan
Président, Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC)
Directeur, Service paramédic du comté de Renfrew
Ontario



Tim Hillier
Collaborateur à la rédaction, DSMUC
Directeur du développement professionnel
Ambulance Saskatoon
Saskatchewan



Carmen D'Angelo
Rédacteur et Coordonnateur de la recherche, DSMUC
Commandant, Service paramédic d'Hamilton Ontario

CONTENU

INTRODUCTION	70
SOMMAIRE EXÉCUTIF	71
QU'EST-CE QUE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE ?	71
LES RÉSULTATS POSITIFS DE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE	72
EXEMPLES DE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE AU CANADA	
ET À L'ÉCHELLE INTERNATIONALE	74
LES ÉCONOMIES RÉALISÉES	78
RECOMMANDATIONS AU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ	79
RÉFÉRENCES	80

INTRODUCTION

Dans le Livre blanc des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) intitulé *L'avenir des SMU au Canada*, une vision a été développée qui adoptait les services médicaux d'urgence (SMU) comme un service de soins de santé mobile. Dans l'ensemble, comme illustré ci-dessous, l'avenir des SMU au Canada est au milieu de la communauté, fournissant des soins de santé primaires dans un contexte mobile.

Pour réaliser cette vision, le Livre blanc comprenait onze recommandations qui guideront stratégiquement les dirigeants des SMU et la politique publique associée. Une des recommandations était que, «Les SMU doivent poursuivre l'innovation et les nouveaux modèles de prestation de services pour répondre aux besoins définis communautaires. La collaboration des SMU et de la communauté, des organismes de services sociaux et des groupes de sécurité publique permettra des initiatives novatrices qui ont le potentiel d'améliorer le niveau des soins de santé au sein d'une communauté.»

Cette recommandation a été adoptée par plusieurs services paramédicaux de partout au Canada par l'intermédiaire de la paramédecine communautaire. Ces programmes initiaux, en association avec le concept de paramédecine communautaire, ont été présentés au Comité permanent fédéral de la santé en 2011.

Le but de ce document est de présenter au lecteur une compréhension de paramédecine communautaire et créer une base pour l'élaboration d'une stratégie nationale.





SOMMAIRE EXECUTIF

Les directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) travaillent en collaboration avec leurs partenaires internationaux sur la paramédecine communautaire. Le travail est organisé par une Table ronde internationale sur la paramédecine communautaire et permet ainsi un forum dédié auquel les différents pays et régions peuvent échanger des informations et des programmes innovateurs. Le but de la Table ronde est de se concentrer sur l'exploration de la promotion et la prestation des soins de santé améliorés grâce à l'utilisation de modèles de soin "traditionnels" et "non-traditionnels". (2)

Le 28 Novembre 2011, le président du DSMUC, Michael Nolan, a présenté "Le rôle des paramédics communautaires dans le système de santé au Canada au Comité fédéral permanent sur la santé par rapport à la gestion des maladies chroniques et le vieillissement au Canada. En tant que principal fournisseur de soins de santé de première ligne, le DSMUC a identifié deux problèmes fondamentaux dans le système de soins de santé actuel:

- (1) l'accessibilité aux soins de santé primaires
 - a. dans les régions éloignées et rurales du Canada, et
 - b. avec les aînés et les membres marginalisés de la communauté dans les centres urbains, et
- (2) hausse du coût des soins de santé institutionnel primaire.

Les DSMUC croient que la paramédecine communautaire, en partenariat avec d'autres services communautaires et organismes, peut améliorer l'accessibilité aux soins de santé et la qualité de vie des Canadiens. Il a également été démontré par l'intermédiaire de programmes existants que la paramédecine communautaire est une stratégie de gestion rentable pour les maladies chroniques éloignées, rurales et urbaines canadiennes.



QU'EST-CE QUE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE ?

Traditionnellement, les paramédics sont formés pour répondre aux appels d'urgence 9-1-1, de traiter les patients qui sont malades et blessés, et de transporter les patients vers les départements d'urgence pour les soins supplémentaires. Toutefois, ce n'est pas tous les patients qui ont besoin de transport pour un département d'urgence. Plusieurs d'entre eux nécessitent simplement d'une évaluation de base et d'être dirigé vers un service communautaire approprié. Ceci est particulièrement évident avec les personnes âgées, les résidents dans les zones rurales et éloignées, et les membres vulnérables de la communauté.

Représentant seulement 14% de la population actuelle, les personnes âgées utilisent 40% des services hospitaliers au Canada et comptent pour environ 45% de toutes les dépenses de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux. Tel que rapporté par l'Institut canadien d'information sur la santé, un Canadien sur quatre sera âgé de plus de 65 ans représentant 25% de la population par 2036, plaçant ainsi d'autres pressions sur les coûts des soins de santé.(3)

Au Canada, 60% des réponses des paramédics sont pour les

patients âgés de plus de 60 ans. Suite à une analyse plus approfondie, les DSMUC ont identifié que les patients âgés de plus de 80 représentent plus de 27% de toutes les demandes d'assistance par le biais du 9-1-1. Dans une corrélation directe, avec le vieillissement de la population, le volume d'appels des paramédics aux personnes âgées demandant de l'aide pour des soins de santé augmente.

Dans un effort pour maximiser l'efficacité des soins aux patients et des ressources, de nombreux services paramédicaux trouvent des programmes novateurs et des meilleures pratiques pour répondre aux besoins non urgents de soins primaires des personnes âgées et des autres membres vulnérables de leurs communautés respectives. Un tel programme innovateur est la paramédecine communautaire, où les paramédics sont engagés dans des rôles non traditionnels afin d'aider à la prise en charge de la santé de la population.

Selon la Table ronde internationale, la paramédecine communautaire est un modèle de soins où les paramédics appliquent leur formation et leurs habiletés dans un environnement communautaire "non-traditionnels", souvent en dehors de l'intervention d'urgence et modèle de transport habituel. La paramédecine communautaire est pratiquée au sein d'un "champ d'application élargi", qui comprend l'application de compétences spécialisées et des protocoles au-delà

de la formation de base paramédicale. Avec ce périmètre élargi, le paramédic peut être situé dans des communautés où il y a une pénurie de fournisseurs différents en soins de santé (comme dans les régions rurales et éloignées du Canada). La paramédecine communautaire peut aussi être considérée comme le «canari dans la mine de charbon», où les paramédics ont souvent des membres de la communauté urbaine qui n'ont pas accès - ou ne savent pas comment accéder à autant les soins de santé que les services sociaux.

En élargissant le rôle du personnel paramédical et en collaborant avec d'autres organismes communautaires, les paramédics peuvent gérer les patients qui ne nécessitent pas de transport vers un département d'urgence. Via un périmètre élargi de pratique paramédicale, les paramédics peuvent gérer et ensuite référer le patient à l'organisme communautaire le plus approprié (comme le médecin de famille du patient, un centre communautaire d'accès aux soins, l'équipe de santé familiale, les soins à domicile, santé publique, santé mentale, les services de toxicomanie et/ou des services de violence conjugale). À certains moments, le patient peut avoir recours au paramédic afin de communiquer avec un membre de la famille ou un ami pour l'assister à son domicile dans le but de lui apporter un soutien de base ou de la surveillance. En référant



le patient à l'organisme communautaire le plus approprié ou à la famille/amis, il y aura une réduction significative par rapport au nombre de visites aux services d'urgence, les hospitalisations, les réadmissions. L'orientation aux bons services reporte également la nécessité de placer le patient dans un établissement de soins de longue durée.

LES RÉSULTATS POSITIFS DE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

En raison de l'avancement de la technologie, la prestation de la formation et de la recherche fondée sur les preuves - le champ d'application de la pratique clinique paramédicale peut facilement être augmenté pour répondre aux besoins de la collectivité. Les paramédics sont déjà éduqués par rapport à l'évaluation des soins avancés des patients et compétences, y compris: l'interprétation d'un électrocardiogramme de 12 dérivés, les tests de glycémie, l'obtention des niveaux de saturation en oxygène, les soins des plaies, la thérapie intraveineuse et l'administration des médicaments. Cela peut être complété par la phlébotomie, l'administration du médicament élargi, un traitement antibiotique et la livraison de vaccins. Un champ d'exercice élargi dans la pratique clinique paramédicale conduit à la capacité d'initier un programme de paramédecine communautaire.

La paramédecine communautaire aidera à atténuer la tension sur notre système de soins de santé. En général, tel qu'il est apparent par les nombreux programmes innovateurs partout au Canada et dans le monde, la paramédecine communautaire permettra de réaliser des économies considérables dans les soins de santé par :

Réduire le volume d'appels au 9-1-1

- En entrant dans les collectivités désignées, telles qu'à Saskatoon avec l'autobus santé innovateur - les patients peuvent accéder à des conseils médicaux et aux soins plutôt que d'appeler le 9-1-1 pour de l'assistance. Ceci contribuera directement à réduire le volume d'appels au 9-1-1, retirer la tension du système 9-1-1 et permettre les preneurs d'appels du 9-1-1 à gérer d'autres appels d'urgence prioritaires.
- Une réduction des appels d'urgence permet également de réduire la nécessité de réponses échelonnées par les services d'urgence connexes (police, pompiers et SMU). Cette diminution de temps de réponse à plusieurs niveaux permet aux services d'urgence alliés de se concentrer sur d'autres appels prioritaires et augmente la sécurité des collectivités en réduisant les véhicules d'urgence qui voyagent inutilement et rapidement à travers les quartiers avec des lumières et des sirènes.

Réduire les visites à l'urgence

- Puisque les paramédics dirigent les patients vers les organismes

Domaine de recherche

Étude PERIL - Les paramédics qui évaluent les aînés à risque de perte d'indépendance (Institut de recherche Sunnybrook)

Historique

Bien que la majorité des personnes âgées sont indépendantes, les personnes âgées frêles sont un sous-groupe à risque accru en ce qui a trait aux événements évitables tels que les chutes, le délire ou le déclin fonctionnel: 20% des personnes de plus de 65 ans et 44% de ceux de plus de 85 manque le soutien dont ils ont besoin pour fonctionner à chaque jour. Un changement mineur peut déclencher une chaîne d'événements conduisant à des résultats indésirables. Par exemple, être pris au piège sur le sol après une chute, le développement de lésions cutanées et devenir délirant pourrait finalement entraîner l'admission dans une maison de retraite. Les interventions qui empêchent les résultats négatifs existent, mais ils ne sont efficaces que lorsqu'ils sont bien ciblés aux groupes à risques élevés. Les personnes âgées sont les plus grands utilisateurs des services d'ambulance ou de services médicaux d'urgence (SMU), et sont cinq fois plus susceptibles que les adultes plus jeunes à requérir d'une ambulance.

En raison de leur isolement social, leur manque de soutien et l'accès opportun aux soins primaires, les personnes âgées et frêles dépendent souvent de SMU pour fonctionner comme un filet de sécurité et la proportion des appels non-urgents augmente paradoxalement avec l'âge. Par conséquent, les paramédics sont particulièrement bien placés pour observer les personnes âgées à leur domicile et identifier les personnes à risque de résultats défavorables.

Objectif

L'objectif de l'étude actuelle est de compléter la dérivation empirique de l'outil de prédiction clinique PERIL, en utilisant les observations des paramédics dans les résidences de personnes âgées pour identifier ceux à risque élevé d'effets néfastes après une rencontre avec les SMU.



communautaires appropriés, il y a une diminution dans le besoin de transporter ceux-ci aux départements d'urgence locaux.

- Réduction des visites à l'urgence allégera le fardeau des hôpitaux qui sont débordés et les délais associés à l'attente pour les patients à voir un médecin d'urgence.
- Réduire les visites aux départements d'urgence aidera également à réduire les retards d'ambulance à décharger le patient (où les patients ne peuvent pas être transférés de paramédics au personnel service d'urgence parce qu'il n'y a pas de lits d'urgence de disponibles). Au cours de la décharge, les paramédics sont confinés avec leurs patients à l'hôpital dans l'attente d'un lit d'urgence, plutôt qu'être disponible pour d'autres appels d'urgence 9-1-1 dans la communauté. Ce "retard de décharge de patient" est un problème qui affecte de façon négative la performance du système SMU à l'échelle mondiale.
- Un exemple de ce résultat positif est évident sur les îles Long et Brier en Nouvelle-Écosse. Grâce au programme de paramédecine communautaire, les voyages vers le département d'urgence de l'hôpital du continent ont chuté de 40% sur une période de cinq ans.

Réduction des hospitalisations

- Par la détection précoce des problèmes médicaux des personnes âgées et d'autres membres vulnérables de la communauté, les conditions médicales peuvent être empêchés d'avancer vers des cas plus complexes et/ou urgences. Grâce au dépistage précoce et la promotion de la santé, le bien-être de la population d'une collectivité est augmenté.
- Avec la réduction de l'hospitalisation par l'intermédiaire d'une détection précoce et la promotion de la santé, il y a une amélioration par rapport à la capacité de l'hôpital et les autres niveaux de disponibilité de soins.
- L'initiative «Le vieillissement chez soi», qui implique le Service paramédic du Comté de Renfrew et leurs partenaires communautaires, est un exemple d'un programme de paramédecine communautaire qui a réduit les hospitalisations. Dans une période de 16 mois, des patients évalués par les



Mise au point technologique

- De nombreux services paramédicaux ont mis en place l'infrastructure nécessaire pour capturer et diffuser l'information santé par le biais de déclaration électronique. Cette information santé en ligne peut ensuite être partagée avec d'autres organismes en soins de santé et les organisations sociales dans le continuum des soins aux patients.
- Les progrès significatifs ont été réalisés dans les équipements de diagnostic mobile (tels que la surveillance cardiaque, échographie, oxymètres et glucomètres), permettant ainsi de mener des évaluations cliniques mobiles par les paramédics.
- Les progrès de la technologie de communication (vidéo, voix et données) ont créé la possibilité pour les paramédics de consulter des praticiens médicaux hors-site 24/7.

paramédics et le personnel de soutien, seulement 34% d'entre eux ont eu besoin de transport vers un département d'urgence et par la suite être admis à l'hôpital.

Réduire la demande de lits pour les soins de longue durée

- En procurant aux aînés la possibilité de demeurer à la maison plus longtemps – supporter par la famille, les amis, les soins à domicile, les SMU et autres organismes communautaires - il y aura une baisse rapport aux demandes de (SLD) lits pour les soins de longue durée.
- En réduisant la demande de lits pour les soins de longue durée, il y a une réduction associée chez les personnes âgées qui attendent en vain dans les hôpitaux en raison de l'absence de lits pour les soins de longue durée (SLD) vacants. Cela se traduit à une réduction de la congestion de patients aux services d'urgence en attente de lits dans les autres services hospitaliers.

Réduire la mortalité et la morbidité

- La paramédecine communautaire, associée à d'autres programmes communautaires axés sur la détection précoce et la promotion de la santé des personnes âgées, il y a une prévention dans les maladies chroniques non traitées des personnes âgées. Cela conduira à une réduction de la mortalité et la morbidité des patients.

Comblent les lacunes dans les soins de santé

- De nombreuses communautés dans les zones rurales et éloignées du Canada connaissent une pénurie de médecins et d'infirmières qui offrent des services en soins de santé. Un modèle alternatif est de permettre aux paramédics de fournir des services de santé et d'éducation lorsqu'ils ne sont pas engagés dans les services d'urgence.
- Les paramedics, en général, sont moins dispendieux que les honoraires des médecins et infirmières.

RÉDUCTION DES VISITES CHEZ LE MÉDECIN DE 28% ET UNE DIMINUTION DU NOMBRE DE VOYAGES AU SERVICE D'URGENCE DE 40%

EXEMPLES INNOVATEURS DE PARAMÉDICNE COMMUNAUTAIRE AU CANADA ET INTERNATIONALEMENT

Au Canada, il existe de nombreux programmes innovateurs de paramédecine communautaires qui ont été mis en œuvre avec un succès notable.

En **Nouvelle-Écosse**, l'accès aux soins de santé peut être très difficile sur les îles de Long et Brier où le recrutement d'un médecin n'est pas possible. En outre, les temps de déplacement à l'hôpital et les cliniques sur le continent sont longs et souvent entravés par les intempéries. Cette situation a incité les services de santé d'urgence (SSU) en Nouvelle-Écosse d'établir une couverture d'urgence paramédicale 24/7 sur les îles. Lorsque les paramédics ne sont pas engagés dans des appels d'urgence, ceux-ci travaillent en collaboration avec une



infirmière praticienne et un médecin hors site afin d'offrir des soins de santé non urgents en administrant le vaccin antigrippal, la tenue de cliniques et en vérifiant la pression artérielle. De plus, les paramédics ont commencé à prendre des appels téléphoniques de la communauté pour des services non urgents tels que les évaluations diabétiques, les soins de la plaie, les prélèvements de sang pour des tests de laboratoire ultérieurs, les évaluations d'insuffisance cardiaque, l'administration d'antibiotiques, les évaluations d'analyse d'urine, les sutures et enlèvements de base, l'identification de la conformité des médicaments et la tenue de séances d'éducation (tels que la prévention des chutes, la réanimation cardio-pulmonaire et les premiers soins, l'installation appropriée des sièges d'enfant et la sécurité des casques de vélo).



Dans l'ensemble, comme le programme fut transmis aux résidents sur les îles, le contact avec le patient a augmenté jusqu'à 250-300 par mois.(4) Ce modèle innovateur de soins a entraîné une baisse des coûts, une amélioration à l'accès aux services de santé, un niveau élevé d'acceptation et de satisfaction au sein de la communauté et une collaboration efficace entre les fournisseurs de soins de santé et les fournisseurs de services sociaux. Les visites chez le médecin sur le continent en Nouvelle-Écosse ont diminué de 28% et

les voyages vers un service hospitalier d'urgence ont diminué de 40% sur une période de cinq ans. Selon les chercheurs, le coût direct annuel des soins de santé diminue de 2 380 \$ à 1 375 \$ par personne au cours des trois années de l'étude.(5)

Mise au point sur le prix national

Programme paramédical en soins prolongés dans les résidences pour personnes âgées

Emergency Medical Care Inc est un fournisseur d'ambulance terrestre et aérienne de la Nouvelle-Écosse. En association avec « Emergency Health Services and Capital Health », le « Extended Care Paramedic Nursing Home Program » délivre des soins primaires dans les résidences pour personnes âgées, sans la nécessité de transport vers un hôpital local. Le programme s'inscrit dans le cadre du programme « Better Care Sooner ».

Selon Maureen MacDonald, ministre de la Santé et du Bien-être du gouvernement de la Nouvelle-Écosse, "la Nouvelle-Écosse dispose d'équipe de paramédics compétente et talentueuse qui sont responsables de fournir des soins de qualité à tous les résidents de la province quand ils ont le plus besoin. Il est merveilleux de voir que le Programme paramédical en soins prolongés dans les résidences pour personnes âgées soit reconnu au niveau national, surtout dans sa première année de fonctionnement, «L'honorable ministre MacDonald continue," L'un des objectifs de notre projet « Better Care Sooner » est d'améliorer les soins d'urgence pour les personnes âgées et ce programme y réponds efficacement."

Suite à ce programme innovateur, le projet "Better Care Sooner" a décroché le prix "or" le 13 février, 2012 dans la Gold" dans le Prix de leadership du secteur public dans la catégorie des soins de santé de l'Institut d'administration publique du Canada et Deloitte.

En **Ontario**, les Services d'urgence de Toronto ont commencé leur programme de référence de paramédecine communautaire en 2006. Le programme a été lancé pour répondre au nombre croissant de réponses par les paramédics (plus de 60 000 appels non urgents par année) où la plupart des patients n'avaient pas besoin de transport vers un service d'urgence mais nécessitaient simplement des soins de santé primaires ou l'accès à d'autres services communautaires.

Les SMU de Toronto ont identifié des données démographiques spécifiques au sein de leur communauté qui ont fait appel au 9-1-1



pour des paramédics car ils ne savaient pas comment accéder à d'autres fournisseurs de soins de santé et services sociaux.

Lorsque les paramédics répondent à un appel 9-1-1, ils sont souvent dans l'unique position d'être témoin à des circonstances les plus intimes et privées dans la condition de vie de leur patient. Des difficultés avec la gestion des conditions médicales, la mobilité ou l'exécution d'activités quotidiennes ne sont que quelques-uns des problèmes qui peuvent ne pas être apparents à la famille, les amis, les fournisseurs en soins de santé ou l'aide sociale. Les patients peuvent vivre avec ces problèmes pendant de longues périodes de temps sans recevoir aucune aide. Souvent, les SMU sont le premier fournisseur en soins de santé qui identifie un besoin de services pour aider ces patients.

EN FÉVRIER 2010, IL Y AVAIT UNE RÉDUCTION DE 73,8% DANS LES RÉPONSES DE PARAMÉDIC.

Les références communautaires de Toronto par les SMU permettent au paramédic d'effectuer une référence au Centre d'accès aux soins communautaires (CASC) au nom du patient avec leur consentement. Certains patients ne sont pas au courant des services que le CASC fournit. D'autres ne reconnaissent pas qu'ils sont eux-mêmes dans le besoin ou pourrait bénéficier du soutien du CASC. Pour de nombreux patients, le fait d'avoir l'aide d'un paramédic qui leurs offrent une orientation vers le CASC, est la première étape de liaison avec le soutien requis.(6) En 2006, le ministère ontarien de la Santé a attribué un prix au programme de référence communautaire pour l'innovation en soins de santé.

Par le programme de référence communautaire, les SMU de Toronto ont identifié que les patients qui avaient été référé à un CASC avaient une majorité d'âge de 65 ans et plus. Le plus inquiétant était le fait que 49% de ces patients n'avaient pas de médecin de famille.

Selon les SMU de Toronto, un portrait rapide des volumes d'appels de février 2010 a révélé une réduction de 73,8% d'appels de personnes qui auparavant auraient téléphoné au 9-1-1. Cette réduction est attribuable à 79 références communautaires reçues



dans le même mois.(7) En règle générale, la plupart des patients visés par le programme de paramédecine communautaire sont les suivants:

- Vulnérable à cause de problèmes de santé chroniques, environnements de vie médiocres, ou autres facteurs comme l'âge ou le sexe;
- Marginalisés en raison du faible statut socio-économique, plusieurs de ces patients ont des revenus fixes et/ou de faibles revenus et ne disposent pas de ressources financières pour accéder aux soins de santé de base et/ou
- Isolé à la fois socialement et culturellement de tout type de réseau de soutien, les patients peuvent être désuni de leur famille/amis, ou tout simplement ne peuvent pas avoir tous les contacts sociaux principaux qui pourraient fournir une assistance sur une base régulière ou en cas de besoin, de même, les patients peuvent résider dans une communauté ou un quartier qui est culturellement différente de celle de leur propre identité, ce qui pose des défis importants à l'intégration sociale.

Dans les régions rurales du Canada, telles que la Ville de Deep River dans le comté de Renfrew, Ontario, un programme de paramédecine communautaire assistent les aînés à demeurer plus longtemps dans leur propre maison malgré le fait d'être admissible à un lit pour des soins de longue durée. À l'aide de ce programme, les paramédics, en association avec d'autres partenaires communautaires (tels que le soutien personnel, les femmes de ménage et les préposés à l'entretien), de fournir un soutien flexible de 24 heures pour les personnes âgées vivant dans leur propre foyer. Les «visites à domicile» par une équipe communautaire intégrée empêchent les résidents d'être admis dans un établissement de soins de longue durée. En outre, le service paramédic du comté de Renfrew a découvert que ce programme de «vieillesse à la maison» a diminué de façon significative l'incidence des appels au 9-1-1, a diminué le nombre de visites aux services d'urgence et a diminué le nombre d'heure d'utilisation de lits pour les soins aigus. (8)

Le gouvernement provincial de la Saskatchewan a annoncé la transition des services d'urgence médicale (SMU) à un service de santé mobile (SSM). Le nouveau système SSM continuera de fournir de bons soins d'urgence tout en offrant la possibilité d'une meilleure qualité de soins et de vie aux patients.(9)

Un tel programme qui a augmenté les soins aux patients est l'autobus de la Santé de Saskatoon. Cette unité mobile est un partenariat entre MD Ambulance, le Central Urban Métis Federation Inc, les organismes des Premières Nations, la région sanitaire de Saskatoon et le ministère provincial de la Santé. L'autobus de la Santé a été mis en œuvre pour réduire les obstacles rencontrés par les personnes qui sont géographiquement, socialement, économiquement et/ou culturellement isolés pour accéder aux services de soins de santé. Composée de paramédics et d'infirmières praticiennes, l'autobus de la Santé est cédulé 7 jours par semaine sur un horaire rotatif. En une journée de 8 heures, le personnel fournira un certain nombre de services et des références communautaires

SERVICES OFFERTS SUR 5 936 VISITES, AUQUEL
43% ÉTAIT DES CLIENTS RÉPÉTÉS.



pour diverses populations (y compris les aînés, les Premières Nations, les Métis, les enfants, les immigrants, les réfugiés et ceux atteints de maladies chroniques). Plus précisément, le personnel de l'autobus de la Santé diagnostique et traite les maladies courantes et les blessures, les tests pour les infections de transmission sexuelle, les tests de grossesse, la contraception, offre gratuitement des préservatifs, la surveillance des maladies chroniques, les soins de plaies et de gestion, les points et la suppression des points de suture. Relative aux références communautaires, le personnel va relier ces individus à des organismes de toxicomanie, sociaux et mentaux. Selon la province, en 2009-10, environ 5 936 visites à l'autobus de la Santé ont été enregistrées, dont 43% étaient des clients réguliers.

En Alberta, il y eu une transition systémique des SMU de la responsabilité municipale (en termes de gouvernance et de financement) à la seule autorité de santé provinciale, l'Alberta Health Services (AHS). Pour guider cette transition, le AHS a élaboré un plan stratégique de 5 ans (2010-2015) intitulé EMS: On the Move. Dans le plan stratégique, le AHS a adopté des domaines d'intervention principaux, y compris la mise au point de la co-localisation des praticiens SMU dans les installations de soins de santé, le cas échéant, renforcer l'intégration des SMU au sein des établissements de santé et l'amélioration de l'efficacité du système.(10) Selon leurs initiatives clés 2010-2011, le AHS a identifié un certain nombre d'objectifs clés qui appuient la notion du paramédic communautaire :

- Entreprendre des activités pour transférer l'initiation des soins définitifs au point de premier contact avec le patient avec les SMU. Les activités prioritaires incluent le développement et la mise en œuvre de l'évaluation, le traitement et la consultation des protocoles, le processus d'aiguillage et les destinations de transport alternatifs, et
- Intégrer le plan de service des SMU avec les services de santé à travers le continuum des soins, en s'assurant de prioriser les possibilités d'un impact positif sur la santé des aînés/soins à domicile, santé mentale, publique/santé communautaire et les départements d'urgence.

Il existe de nombreux exemples cités (11), où les initiatives clés de l'Alberta Health Services (AHS) ont été mise en œuvre. Dans des communautés spécifiques (telles que Fort MacLeod, Fort Vermillion,

Peace River et High Level) les paramédics travaillent dans les départements d'urgence dans le cadre de leurs fonctions régulières de paramédics en raison de la pénurie de médecins. À Rainbow Lake, où il n'y a pas de médecin de disponibles, le personnel paramédical doit soit travailler avec une infirmière praticienne ou seul pour renflouer la clinique communautaire en soins de santé. Dans les centres urbains de Calgary et Edmonton, les paramédics ont été autorisés à référer les clients ayant besoin de services supplémentaires pour les soins à domicile par l'intermédiaire d'accès aux soins communautaires. Aussi, à Medicine Hat, les paramédics travaillent en partenariat avec le système de soins à domicile pour livrer à domicile les traitements IV et l'administration de médicaments pendant les heures tranquilles et les fins de semaine.

Dans l'ensemble, les programmes innovateurs de paramédecine communautaires partout au Canada ont aidé les personnes âgées, les communautés où il y a une pénurie de médecins et d'infirmières et membres marginalisés de la communauté - à répondre à leurs besoins de soins de santé non urgents. Les programmes ont également bénéficié les hôpitaux et les ressources d'urgence en détournant l'écart des services d'urgence vers les cliniques médicales appropriées, centres de soins communautaires et les organismes sociaux.

Il existe un programme de paramédecine communautaire bien établi à Fort Worth, comté de Tarrant, Texas (1,8 million d'habitants). Le programme est une collaboration entre les services médicaux d'urgence MedStar, le Conseil consultatif de médecins d'urgence (EPAB), John Peter Smith du système de santé (JPS), comté de Tarrant la santé publique (TCPH) et les services de santé mentale et les services de retard mental du comté de Tarrant (MHMR). Le programme a été lancé parce que les patients étaient à la recherche de soins médicaux d'urgence car ils étaient incapables ou peu désireux d'obtenir des soins médicaux dans un cadre plus approprié. Les administrateurs du programme ont découvert que sans véritables prévention ou de services médicaux de routine, les affections mineures peuvent devenir aiguë, d'où la nécessité pour les soins médicaux d'urgence. Ainsi, le partenariat a conclu que le programme communautaire de santé permettra de réduire considérablement le coût global des soins d'urgence et fournira une utilisation plus appropriée des services pré-hospitaliers et d'urgence à l'hôpital.(12)



UNE RÉDUCTION DE 13,5 MILLIONS DE DOLLARS EN TAXES ET LES FRAIS SUR UNE PÉRIODE DE 2 ANS.

Le Programme de santé communautaire MedStar a en effet généré un succès considérable. Dans le comté de Tarrant seul, de juillet 2009 to août 2011, le programme de santé communautaire a diminué le volume d'appels des SMU de 58,2% réalisant des économies de plus de 3,7 millions (frais imposés aux patients et les coûts SMU). Au cours de cette même période, le programme a également réduit l'occupation des lits d'urgence par 14,334 heures, ce qui peut être traduit en une économie de plus de 9,8 millions. Globalement, le programme a réalisé une réduction de 13,5 millions de dollars en frais et charges sur une période de 2 ans.

Au Colorado, le modèle du profil de paramédic communautaire (PC) est décrit comme « une solution innovatrice, s'étant révélé efficace pour assurer la prestation de soins primaires



et des services préventifs de haute qualité en employant des ressources de soins de santé existantes et souvent sous-utilisées (1) ». Ce modèle a été adopté en juillet 2011, lorsqu'il a été rapporté que 52 des 64 comtés (81 %) du Colorado étaient entièrement ou partiellement en situation de pénurie de professionnels de la santé. Comment fonctionne le modèle du PC? Un partenaire des soins primaires recommande un patient au personnel des services



médicaux d'urgence (SMU) qui fournit des services à domicile relevant du champ de pratique actuel, y compris : les suivis de congé hospitalier, la prévention des chutes à la maison, les prises de sang, les bilans comparatifs de médicaments et le soin de plaies. Le PC prodigue des soins et communique les informations du dossier de santé au médecin traitant et afin d'assurer la qualité des soins et une surveillance appropriée. Les objectifs du programme sont de deux ordres : améliorer l'état de santé chez les personnes vulnérables médicalement et économiser les argents destinés aux soins de santé par la prévention des transports ambulanciers non nécessaires, de visites aux urgences et de réadmissions à l'hôpital. Globalement, le programme a réussi à combler les lacunes d'accès aux soins de santé et a permis de réaliser des économies de 4451 \$ par client/patient.

Dans les zones rurales des États-Unis, où les aînés vivant en milieu rural-rencontrent des problèmes particuliers liés à l'accès aux services médicaux et sociaux, les chercheurs ont découvert que le programme de paramédicine communautaire peut faciliter les liens nécessaires entre les adultes âgés vulnérables vivant en milieu rural et les services sociaux et médicaux de base nécessaires.(13)

Au Royaume-Uni, les services d'ambulance South Yorkshire ont développé le concept de praticien paramédical de soutien pour les personnes âgées qui vise à offrir des soins aux aînés qui composent le 9-1-1 pour une ambulance, mais avec des conditions d'un triage ne mettant pas immédiatement la vie en danger. Les paramédics ont été formés à des compétences élargies afin d'évaluer et, si possible, traiter les personnes âgées dans la communauté. Les chercheurs, voulant évaluer le rapport coût-efficacité du programme, ont découvert une modeste économie des SMU de _ 140 par patient. Toutefois, lorsque les unités de mesure en économie de la santé (QALY) a été examiné parallèlement, les paramédics communautaires avaient 95% de plus de chance d'être rentable à £ 20 000 par QALY.(14)

Des défis similaires à fournir des services de soins de santé dans les zones rurales et éloignées peuvent être retrouvés en Australie. Un examen (15) des services d'ambulance a permis de découvrir trois modèles de prestation de services pour répondre à ces défis:

- Modèle soins de santé primaires - Où les services d'ambulance ont reconnu que 25% des patients n'ont pas besoin de transport à l'hôpital et que ces patients pourraient être évalués et gérés en toute sécurité ou référé sans avoir à quitter le confort de leur propre domicile. Non seulement ce modèle fut mis en œuvre dans les zones rurales de la Nouvelle-Galles du Sud, ce modèle a également été introduit par le Service d'ambulance de Queensland afin de répondre aux besoins des aînés et des membres de la communauté marginalisées qui vivent dans les centres urbains.
- Modèle de substitution - Où les ambulanciers sont dotés à certains hôpitaux de l'Australie du Sud (en raison de la pénurie de médecins généralistes) et au département d'urgence d' Alice Springs (en raison de la pénurie de personnel infirmier).
- Modèle de coordination communautaire - Un accent sur le recrutement, la rétention et au soutien de bénévoles existants tout en fournissant un soutien aux services de santé existants

lorsque cela est nécessaire.

Dans le cadre de leur discussion, les critiques **australiens** suggèrent que les paramédics sont des professionnels de la santé bien placés qui peuvent jouer un rôle clé en contribuant à la santé des Australiens. Dans les zones rurales et éloignées, les paramédics ont la capacité de contribuer positivement à la durabilité du capital social des communautés en raison de leur charge de travail à moyen et à faible intervention d'urgence. Il est également suggéré que les services paramédicaux, en association avec d'autres services communautaires, peuvent appliquer cette portée élargie en milieu urbain afin de répondre aux besoins des personnes âgées.

Les efforts des services paramédicaux ne peuvent s'effectuer dans l'isolement. Bien qu'il n'y ait une grande variété de programmes de paramédecine communautaire, il y a deux éléments communs applicables à tous les programmes: (1) réponse aux besoins locaux pour les services utilisant les paramédics, et (2) la participation des intervenants multiples pour assurer une intégration transparente du programme sur le continuum des soins de santé. Un plan complet de collaboration stratégique sera une partie intégrante au succès de la mise en œuvre d'un programme de paramédecine communautaire. (16)

LES ÉCONOMIES RÉALISÉES

Cette pénurie d'analyse existe aussi en Australie, ce qui a incité le Australian Federal Government Health Workforce Agency à demander aux chercheurs de mener et rapporter les avantages économiques de la paramédecine communautaire. Toutefois, se basant sur les expériences régionales, certaines projections financières peuvent être estimées.

Selon un rapport de 2010 publié par les Initiatives d'analyse comparative des services municipaux de l'Ontario (IACSM) (17), les SMU de Toronto fonctionne à 232 \$ par unité l'heure unité avec une pondération de 248 heures en service par 1 000 personnes. Si les SMU de Toronto ont réussi à réduire le transport de leurs patients à l'hôpital à 10% de leur volume d'appels grâce à des initiatives de paramédecine communautaire, alors les économies potentielles pour les SMU équivaldraient à plus de 8,4 millions de dollars par année. L'impact lié aux départements d'urgence serait une réduction approximative de 109 500 heures de lit (basé sur la projection MedStar de 6 heures par visite des soins primaires). Ces économies seraient réduites par les coûts pour administrer le programme, l'éducation des paramédics dans un champ d'exercice élargi, et les initiatives d'amélioration continue de la qualité. L'inclusion de ces coûts hors-jeu, les économies en matière de soins de santé primaires sont dans les dizaines de millions de dollars dans la région du Grand Toronto. Dans la formulation de la politique publique, il serait nécessaire de considérer l'impact de ces économies dans d'autres régions urbaines du Canada.

Des économies importantes ont également été identifiées avec le programme de paramédecine communautaire à un centre de désintoxication pour adultes en milieu urbain à Winnipeg, qui a produit une réduction de 52% de l'utilisation d'ambulance (par rapport à la moyenne dans les 3 années précédentes). La disposition d'un paramédic à champ élargi dans un centre d'intoxication en milieu urbain a entraîné une route alternative pour la prise en charge médicale de la population de patients en état d'ébriété aiguë qui



alourdissent les ressources de la population. (18) Les économies ont été estimées à environ \$ 250,000 par année.

L'analyse économique préliminaire de l'autobus de la santé à Saskatoon est très encourageante. En un an, un total de 2 909 clients ont visité l'autobus de la santé à un coût d'environ 157 \$ par visite. En comparaison, si ces patients avaient été directement à l'hôpital, le coût au département d'urgence aurait été d'environ \$ 297 par visite (n'incluant pas les frais de diagnostic). Dans l'ensemble, les économies estimées de ce programme sont au-delà de \$ 407 000 par année.

Dans les zones rurales et éloignées du Canada, bien que l'impact économique ne soit pas aussi élevé que dans les zones urbaines, les avantages financiers demeurent. En Nouvelle-Écosse, les chercheurs ont identifié que les coûts annuels directs en soins de santé avaient été réduits de 2 380 \$ à \$ 1 375 par personne (au cours des trois années de l'étude). Réduire les coûts annuels de soins de santé de 42% permettra aux décideurs la possibilité de réinvestir les économies dans d'autres programmes communautaires.

Avec un tsunami du vieillissement de la population à l'horizon, il est prévu que le volume d'appels des paramédics, les visites au département d'urgence, les hospitalisations subséquentes et la dépendance sur des lits de soins de longue durée augmentera de façon significative. Un programme de paramédecine communautaire - qui est conçu pour répondre aux besoins uniques de la communauté locale - fournira un modèle alternatif à la prestation des soins non urgents de santé primaires et l'aiguillage vers des services de soutien social. Il est prévu que la paramédecine communautaire réalisera des économies de soins de santé dans les centaines de millions de dollars.

DSMUC s'efforce de travailler avec des chercheurs universitaires pour évaluer les programmes actuels de paramédecine communautaires afin de continuer à analyser les impacts financiers du système de soins de santé.

RECOMMANDATIONS AU COMITÉ PERMANENT DE LA SANTÉ

Le 28 Novembre, 2011 le président des DSMUC, Michael Nolan a été invité par le Comité permanent fédéral de la santé pour discuter des «maladies chroniques liées au vieillissement». Dans la discussion, le président Nolan a informé les membres du comité des concepts de paramédecine communautaire. Le Comité était intéressé par le concept et a invité les DSMUC à soumettre des informations supplémentaires. Le 4 janvier 2012, un document d'information a été envoyé au comité, qui contenait les recommandations suivantes:

1. Que le gouvernement fédéral soutienne les efforts des DSMUC dans le développement autant rural et urbain des programmes de paramédecine communautaire en association avec les régulateurs provinciaux et territoriaux, la communauté médicale et les réseaux sociaux. Ceci comprend l'élargissement du champ de pratique paramédical à des rôles non traditionnels et ainsi d'améliorer les services de santé mobiles.

2. Que les DSMUC travaillent avec les paliers supérieurs de gouvernement pour assurer le financement dans le développement de modèles de meilleures pratiques de paramédecine communautaire. Ces projets pilotes peuvent ensuite être émulés à travers le pays, permettant ainsi l'accès des Canadiens aux soins de santé et à l'assistance sociale.

3. Que le gouvernement fédéral soutienne les DSMUC à travailler en collaboration avec des chercheurs dans la validation des résultats positifs de paramédecine communautaire. Cela inclut la quantification des économies de coûts réalisées par le système de soins de santé.

CONSULTATION ET PARTICIPATION

Les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) recueillent les commentaires des services paramédicaux, les services d'urgence alliés et les partenaires communautaires. Si vous avez un programme de paramédecine communautaire dont vous aimeriez partager ou si vous souhaitez faire des commentaires sur la paramédecine communautaire au Canada, votre contribution est appréciée. Personnes ressources:

Michael Nolan, Président, DSMUC, president@emsc.ca

Kelly Nash, Directeur exécutif, ed@emsc.ca

Carmen D'Angelo, Rédacteur et Coordonnateur de la recherche, DSMUC, carmen.dangelo@sympatico.ca

EMS Chiefs of Canada, 201 - 4 Florence Street, Ottawa, Ontario Canada K2P 0W7
www.emsc.ca

RÉFÉRENCES

1. The Future of EMS in Canada: Defining the Road Ahead (2006). Emergency Medical Services Chiefs of Canada. (Accessed via <http://www.emscc.ca/docs/EMS-Strategy-Document.pdf> on April 4, 2012).
2. For more information of the International Roundtable on Community Paramedicine (IRCP) please visit www.ircp.info).
3. Health Care in Canada, 2011: A Focus on Seniors and Ageing. Canadian Institute for Health Information. (Accessed via <https://secure.cihi.ca> on December 5, 2011).
4. Debbie Misner. (2005) Community Paramedicine: A Part of an Integrated Health Care System. (Accessed via <http://www.gov.ns.ca/health/ehs/documents/Community%20Paramedicine%20Article.pdf> on November 29, 2011).
5. Ruth Martin-Misener, Barbara Downe-Wamboldt, Ed Cain and Marilyn Girouard (2009). Cost effectiveness and outcomes of a nurse practitioner-paramedic-family physician model of care: the Long and Brier Islands study. *Primary Health Care Research & Development*, 10, pp 14-25.
6. Toronto EMS Backgrounder (2010) Community Referrals by Emergency Medical Services. (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads/ExpandedRole/CREMS.aspx> on November 30, 2011).
7. Toronto EMS Presentation (2010) Community Referrals by EMS: An Extension of Service. (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads/ExpandedRole/CREMS.aspx> on November 30, 2011).
8. Ruest, M., Stitchman, A., Day, C (2011) Evaluating the Impact of Community Paramedics on the 24-hour flexible in-home support housing. (Received directly from author, Submitted for publication).
9. Donald Cummings (2009) Saskatchewan Emergency Medical Services (EMS) Review. Government of Saskatchewan. (Accessed via <http://www.health.gov.sk.ca/ems-review> on November 28, 2011).
10. Alberta Health Services (2009) EMS: On the Move. Government of Alberta (Accessed via <http://www.albertahealthservices.ca/ahs-ems-5-year-plan-2010.pdf> on November 29, 2011).
11. Hui Wang (2011) Community Paramedicine Summary of Evidence. (Accessed via <http://www.ircp.info/Downloads> on December, 1 2011).
12. MedStar (2011) Community Health Program (Accessed via www.medstar.org on December 2, 2011).
13. Shah, M. N. et al. (2010) A Novel Emergency Medical Services-Based Program to Identify and Assist Older Adults in a Rural Community. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58: 2205-2211.
14. Dixon, S., Mason, S., Knowles, E., Colwell, B., Wardrope, J., Snooks, H., Gorringer, R., Perrin, J., & Nicholls, J. (2009). Is it cost effective to introduce paramedic practitioners for older people to the ambulance service? Results of a cluster randomized control trial. *Emergency Medicine Journal*, 26 (6), pp. 446-451.
15. Blacker, N., Pearson, L., & Walker, T. (2009). Redesigning paramedic models of care to meet rural and remote community needs. The 10th National Rural Health Conference, Cairns, Australia, May 17-20, 2009. (Accessed via http://10thnrhc.ruralhealth.org.au/papers/docs/Blacker_Natalie_D4.pdf on November 30, 2011).
16. Sioban M. Kennedy (2011) The Future of Emergency Medical Service: Less Emergency, More Medical Services (Received directly from author, Submitted for publication).
17. 2010 Performance Benchmarking Report (2010) Ontario Municipal CAOs Benchmark Initiative. (Accessed via www.ombi.ca on November 28, 2011).
18. Leeies, M. et al (2011) Impact of a Novel Community-Based Paramedic Program on the Care of Intoxicated Persons (Submitted as an abstract to the National Association of Emergency Medical Services Physicians).

