



Year in Review
Année en Revue

2011•2012

Emergency Medical Services Chiefs of Canada

EMSOC

Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada



YEAR IN REVIEW

EMS CHIEFS of CANADA

© 2012 Emergency Medical Services Chiefs of Canada

201 - 4 Florence Street
Ottawa, Ontario K2P 0W7
www.emscc.ca

All rights reserved. This document reports the years 2011-2012 of the Emergency Medical Services Chiefs of Canada's activities, highlights and committee work. The Emergency Medical Services Chiefs of Canada was incorporated in 2002 as a national forum for information gathering, policy development, and coordinated action by the leaders of Canada's EMS systems. Its membership consists of a variety of EMS leaders representing EMS systems across Canada.

Design and compilation:
Angela Anderson and Damian Blunt, AltruInk Media

Translation services provided by:
Urgences Sante and
United Counties of Prescott and Russell

Photo credits:
Courtesy EMSCC members

CONTENTS

President's Message Message du président	4
Executive Exécutif	6
Board of Directors Conseil d'administration	10
Committees Comités	18
Research Recherche	18
Sponsorship Commanditaires	22
Performance Measures Mesures de performance	26
Membership Services Les services aux membres	28
National Uniform Création d'un uniforme national	32
Leadership Development Développement du leadership	34
Government Relations Relations avec le gouvernement	38
Partnerships Partenariats	42
Community Paramedicine in Canada Paramédecine communautaire au Canada	57
	69

The past year, we have seen significant advances in the alignment of Emergency Medical Services in Canada, despite difficult economic times and an ever growing demand for the care we provide. Thanks to your effort and support of the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC), we have focused our energy on the attainment of the goals identified by our membership in the EMSCC White Paper, "The Future of EMS in Canada Defining the Road Ahead."

We have worked very hard to solidify the foundation of the organization both administratively and functionally. The formation of five action committees charged with the responsibility of completing short term strategic goals this past year have also begun to achieve heights never before attained in our community. The Research Committee, led by Doug Socha, Chief of Hastings-Quinte EMS has formed an inter-professional team to establish a National Research Agenda for Canadian Emergency Medical Services and to re-establish the Canadian Emergency Health Service Research Consortium in collaboration with the Paramedic Association of Canada.

In parallel to the National Research Agenda we have received federal funding to complete an International Gap Analysis of all research in Emergency Medical Service. This project, led by Respond Solutions will assist the Emergency Medical Service Chiefs of Canada and the Paramedic Association of Canada in identifying emerging areas of need and will establish funding priorities for future research within the Centre for Security Science.

In concert with this important work, the EMSCC has sponsored three Evidence Based Research workshops for mid-career practitioners in Emergency Medical Services, Police and Fire. With the support of Respond Solutions and the Canadian Police Research Centre over seventy-five aspiring front line researchers have received education in the foundations of creating evidence based research in emergency services.

Most recently, we have received federal funding to establish a National Data Repository for Emergency Medical Services. This advancement has created an excellent opportunity for all members of the EMSCC to share data and build upon the success of the Performance Measures Committee led by Christian Schmidt, Deputy Chief of the Winnipeg Fire Paramedic Service, and Janice Dooley, Manager of Quality Improvement and Planning, also from the Winnipeg Fire Paramedic service, whose team recently completed the EMSCC Data Dictionary.

This past year we have achieved significant traction in the pursuit of actualizing the notion of 'mobilized health care'. As a result of the collaborative efforts of the EMSCC, the Paramedic Association of Canada, our sponsors and the Ottawa Paramedic Service, the 2011 EMSCC Advocacy week in Ottawa resulted in an invitation to present our position paper on Community Paramedicine in Canada to the Federal Standing Committee on Health. A verbal report on 'The role of Community Paramedics in Canadian Health Care' was presented to the Federal Standing Committee on Health.

As a result of this effort, we were invited to provide a written report on Community Paramedicine to the Standing Committee for consideration in their study of effective means to manage chronic disease in Canada. The work of the Community Paramedicine Committee chaired by Alan Stephen, President and CEO of Ambulance New Brunswick and Carmen D'Angelo, Manager of Professional Standards, of the Hamilton Paramedic Service contributed significantly to this report, which highlighted the effectiveness of the many innovative Community Paramedic programs in Canada. This report has been received by the Government of Canada.

The Membership Services Committee led by Ken Luciak, Director of Regina Qu'Appelle Health Region has done a fantastic job of facilitating monthly conversations that relate to everyone involved in the EMSCC. This dedicated group has also elevated the voice of the membership within the organization by creating the EMSCC Listserv, and increasing interaction and communication through our website.

I urge you to continue your support of the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) as the voice of EMS in Canada. We also need to hear from you to advance and align Emergency Medical Services in Canada. I would like to invite you to assist in activities such as the work of the Leadership Action Committee which will be creating a National Leadership Competency Profile for Emergency Medical Services as well as a Mentorship Program for new executives. Other areas of opportunity include the creation of National Standards in Canadian Emergency Medical Services and to support our ongoing government relations activities.

Thank you for your continued support in advancing and aligning Emergency Medical Services in Canada. We look forward to working with you and for you in the coming year.

Michael Nolan



President
Emergency Medical Services Chiefs of Canada



L'an dernier, malgré un contexte économique difficile et une demande sans cesse croissante pour les soins que nous prodiguons, nous avons vu des progrès significatifs dans l'alignement des services médicaux d'urgence au Canada. Grâce aux efforts au soutien des chefs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC), nous avons concentré nos énergies sur la réalisation des objectifs identifiés par nos membres dans le Livre Blanc DSMUC, « L'avenir des SMU au Canada: Définir la voie de l'avenir ». Nous avons travaillé très fort afin d'améliorer notre organisation, tant au niveau administratif qu'au niveau fonctionnel. La formation de cinq comités d'action ayant chacun des objectifs stratégiques à court terme nous a de plus permis d'atteindre des sommets jamais inégalés dans notre communauté. Le Comité de recherche, dirigé par Doug Socha, chef de Hastings-Quinte EMS a formé une équipe multidisciplinaire afin de mettre en place un programme national de recherche sur les services médicaux d'urgence au Canada et de rétablir le Consortium de recherche sur les services médicaux d'urgence canadiens en collaboration avec l'Association des Paramédics du Canada.

En parallèle avec le programme national de recherche, nous avons reçu du financement du gouvernement fédéral afin de compléter une analyse des lacunes en matière de recherche sur les services médicaux d'urgence dans le monde. Ce projet, dirigé par Respond Solutions aidera les dirigeants de services médicaux d'urgence du Canada et l'Association des paramédics du Canada dans l'identification de besoins de recherche dans des domaines émergents et à établir des priorités de financement pour la recherche future du Centre de science de la sécurité.

De concert avec cet important travail, les DSMUC ont parrainés trois ateliers sur la recherche basée sur des données pour des praticiens en cours de carrière en services médicaux d'urgence, en services policiers et d'incendie. Avec le soutien de Respond Solutions et du Centre canadien de recherches policières, plus de soixante-cinq aspirants chercheurs de première ligne ont reçu une formation afin de leur permettre de créer de la recherche fondée sur des preuves dans les services d'urgence.

Plus récemment, nous avons reçu du financement fédéral afin d'établir un référentiel de données nationale pour les services médicaux d'urgence. Ce projet a créé une excellente opportunité pour tous les membres des DSMUC de partager des données et de profiter du succès du Comité des mesures dirigé par Christian Schmidt, chef adjoint des services des incendies et paramédicaux de Winnipeg, et Janice Dooley, directrice de l'amélioration de la qualité et de la planification, également des services des incendies et paramédicaux de Winnipeg, dont l'équipe a récemment terminé le Dictionnaire des données des DSMUC.

Cette année, nous avons réalisé une percée intéressante dans la poursuite de l'actualisation de la notion de «soins de santé mobilisés». Grâce aux efforts des DSMUC, de l'Association des paramédics du Canada, de nos commanditaires et du service paramédical d'Ottawa, la semaine d'action 2011 des DSMUC à Ottawa nous a permis d'obtenir à une invitation à présenter notre document de position sur

la paramédecine communautaire au Canada au Comité permanent de la santé de la Chambre des Communes. Une présentation verbale sur le rôle des paramédicaux communautaires dans les soins de santé au Canada a été présentée au comité. Suite à cette présentation, nous avons été invités à déposer un rapport écrit sur paramédecine communautaire au Comité permanent dans le cadre de leur étude des moyens de gérer les maladies chroniques au Canada. Le travail du Comité sur la paramédecine communautaire présidé par Alan Stephen, président et chef de la direction d'Ambulance Nouveau-Brunswick et par Carmen D'Angelo, directeur des normes professionnelles du Service paramédical d'Hamilton a largement contribué à ce rapport qui met en évidence l'efficacité de nombreuses innovations dans les programmes de paramédecine communautaire au Canada. Ce rapport a été reçu par le gouvernement du Canada.

Le Comité des services aux membres dirigé par Ken Luciak, Directeur de Regina Qu'Appelle Health Region a fait un travail incroyable afin d'organiser des conversations mensuelles pour toutes les personnes impliquées dans les DSMUC. Ce groupe dédié a également créé la liste de diffusion DSMUC afin de permettre aux membres de faire entendre leur voix, d'augmenter les interactions et la communication à travers notre site web.

Je vous invite à continuer de soutenir les Chefs des Services Médicaux d'Urgence du Canada (DSMUC) comme la voix des SMU au Canada. Nous avons également besoin de vous afin de faire avancer et d'aligner les services médicaux d'urgence au Canada. Je vous invite à vous impliquer dans nos activités telles que les travaux du Comité d'action de leadership qui créera un profil de leadership national de compétences pour les Services médicaux d'urgence ainsi qu'un programme de mentorat pour les nouveaux cadres. Je vous invite aussi à vous impliquer afin de participer à la création de normes nationales canadiennes en services médicaux d'urgence et de soutenir nos activités de relations gouvernementales en cours.

Je vous remercie pour votre soutien continu dans la promotion et l'alignement des services médicaux d'urgence au Canada. Nous avons hâte de travailler avec vous et pour vous dans l'année à venir.

Michael Nolan



Président
Directeurs des Services Médicaux d'Urgence du Canada





MICHAEL NOLAN PRESIDENT

**M.A., Dip. Ed, CCP(F), Chief, Paramedic Service /
Director, Emergency Services, County of Renfrew,
President, Emergency Medical Services Chiefs of Canada**

Michael Nolan has served Canadians through many facets of Emergency Medical Services. Beginning his career in 1990, as a Paramedic in Ottawa, Canada, Chief Nolan continued his studies in Toronto to become an Advanced Care Paramedic and worked in Northern Canada as a Critical Care Flight Paramedic and Quality Assurance Manager.

Chief Nolan educated mid-career Paramedics throughout Atlantic Canada as a Learning Manager and as a consultant, assisting emerging Emergency Medical Services to adopt a performance based system design. Michael's expertise led to the establishment of a National Occupational Competency Profile, Essential Skills Profile, Canadian Emergency Health Services Research Consortium, and a National Office of Health Emergency Response Teams. As a member of the Committee for Joint Accreditation for the Canadian Medical Association, Michael takes pride in his early contributions to his profession.

Chief Nolan was a founding member of the City of Ottawa Paramedic Service in his tenure as Deputy Chief.

He later graduated to the position of Director of Emergency Management for the City of Ottawa. Chief Nolan has continued his personal commitment to lifelong learning through the completion of his Master's Degree in Leadership and a post-graduate Diploma in International Conflict Studies at Royal Roads University.

As Chief of the Paramedic Service and Director of Emergency Services in Renfrew County, he has demonstrated significant commitment to coordinating a comprehensive National Government Relations Strategy for Emergency Medical Services across Canada. Michael co-authored the Emergency Medical Services Chiefs of Canada's White Paper, "The Future of EMS in Canada" and is currently leading a very successful National Emergency Medical Services branding initiative.

Chief Nolan is an active member of the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC).

He has held a number of positions in the organization including the office of President Elect. In 2010, Chief Nolan was elected to the role of President of the EMSCC.

Representing Canadian Emergency Medical Services on many national and international committees related to policy development, research, interoperability and emergency management, Chief Nolan's efforts contribute to advancing and aligning Emergency Medical Services leadership in Canada.



**M.A., Dip. Ed, CCP(F), Chef des services de paramédics
/ Directeur des services d'urgence, Comté de Renfrew,
Président, Directeur des Services Médicaux
d'Urgence du Canada (DSMUC)**

Michael Nolan a servi les canadiens de diverses façons de par son implication dans les services médicaux d'urgence. Commencant sa carrière en 1990 en tant que paramédic pour la ville d'Ottawa, le Chef Nolan a continué ses études à Toronto afin de devenir paramédic de soins avancés et a

travaillé dans le Nord canadien en tant que paramédic de soins intensifs dans les soins ambulanciers aériens et comme directeur de l'assurance de la qualité.

Le Chef Nolan a éduqué plusieurs paramédics en cours de carrière dans le Canada atlantique en tant que directeur de l'apprentissage et comme consultant en aidant les services médicaux d'urgence émergents à adopter des systèmes basés sur la performance. L'expérience de Michael a mené à la création du profil national de compétence professionnelle, du profil de connaissances essentielles, du Consortium canadien sur la recherche sur les services médicaux d'urgence et du Bureau national des équipes d'intervention d'urgence de santé. En tant que membre du Comité de l'agrément de l'Association Médicale Canadienne, Michael est fier de ses contributions à la profession.

Michael est membre fondateur du service paramédical de la ville d'Ottawa où il a occupé le poste de Chef adjoint. Il est ensuite devenu Directeur de la Gestion des Urgences de la ville d'Ottawa. Comme il croit profondément à l'importance de l'éducation permanente, il a complété une maîtrise en Leadership et un diplôme de troisième cycle dans l'étude des conflits internationaux de l'Université Royal Roads.

En tant que Chef des services paramédicaux et de Directeur des services d'urgence de Renfrew County, Michael a su démontrer un engagement profond envers la mise en place d'une stratégie nationale de relations gouvernementales pour les services médicaux d'urgence. Il est le co-auteur du papier blanc des Directeurs de Services Médicaux d'Urgence intitulé « Le futur des SMU au Canada » et est présentement à la tête d'un exercice national de positionnement politique.

Le chef Nolan est un membre actif des Directeurs de Services Médicaux d'Urgence du Canada (DSMUC). Il a occupé un nombre de postes dont celui de Président-Élu. En 2010, il a été élu Président de DSMUC.

Représentant les services médicaux d'urgence canadiens sur plusieurs comités nationaux et internationaux dans les domaines de l'élaboration de politiques, de la recherche, de l'interopérabilité et de la gestion des urgences, les efforts du Chef Nolan contribuent à l'avancement du leadership des services médicaux d'urgence au Canada.

BRUCE FARR PAST PRESIDENT

Former Chief of Toronto Emergency Medical Services, Bruce K. Farr led the largest EMS service in Canada, responding to 250,000 calls per year.

Bruce had a distinguished career as a Paramedic, Supervisor, Manager, Deputy Chief and Chief of Toronto EMS spanning more than 36 years – he retired March 1, 2011.

During his tenure as Manager of EMS Education, Toronto EMS implemented one of Canada's first Advanced Life Support Paramedic Programs.

As Deputy Chief of EMS Operations, he oversaw his Team through major events affecting EMS in Toronto, including the G7 Summit, the Papal Visit and World Youth Days. Bruce has spoken at international emergency service conferences about Toronto EMS and its successful management of the SARS Crisis, the Molson Toronto Rocks Concert, the 2004 Blackout, and the 2005 Air France Crash.

Chief Farr received the Canadian Governor General's EMS Award for exemplary service and St. John Ambulance Priory Award in recognition for his contributions to EMS.

Chief Farr was honoured to represent EMS services across Canada as President of the EMS Chiefs of Canada (EMSCC) from 2006-2010.



Ancien Chef des Services Médicaux d'Urgence de Toronto, Bruce K. Farr a dirigé le plus grand service de SMU au Canada, répondant ainsi à 250 000 appels par année.

Bruce a eu une carrière de plus de 36 ans dans les services médicaux d'urgence de la ville de Toronto en tant que Paramédic, Superviseur, Directeur, Chef adjoint et Chef. Il a pris sa retraite le 1er mars 2011.

Durant son mandat en tant que Directeur de l'éducation des SMU, Toronto EMS a mis sur pied le premier programme de formation de paramédic de soins avancés de maintien des fonctions vitales.

En tant que Chef adjoint des opérations du SMU, il a dirigé son équipe durant des événements majeurs, dont la tenue du sommet du G7, la visite papale et les Journées Mondiales de la Jeunesse. Bruce a été conférencier dans plusieurs événements internationaux afin de parler de la façon dont Toronto EMS a géré avec succès la crise du SRAS, les concerts rock Molson Toronto, la panne d'électricité générale de 2004 et l'écrasement d'un vol d'Air France en 2005.

Le Chef Farr a reçu la médaille du Gouverneur Général pour services distingués des services d'urgences médicales et le Prix du Prieur d'Ambulance St-Jean en reconnaissance de sa contribution aux services médicaux d'urgence.

Il a de plus eu l'honneur de représenter les services médicaux d'urgence à travers le pays à titre de Président des Directeurs de Services Médicaux d'Urgence du Canada (DSMUC) de 2006 à 2010.

DARREN SANDBECK PRESIDENT-ELECT

Darren Sandbeck is currently the Executive Director, EMS Operations, Calgary & Central Zones – Alberta Health Services. Prior to this role he was the Director – Regional EMS and Emergency Preparedness for Peace Country Health in north western Alberta, one of two Alberta Health and Wellness "EMS Discovery Projects" transitioning ground ambulance funding and governance into Regional Health Authorities.

During this role, Darren was assigned to co-lead the provincial transition of EMS from municipal responsibility to the health system. Prior to joining Peace Country Health, Darren served as the Executive Director of the Foothills Regional Emergency Services Commission, a multi-municipality regional EMS and 911/Communications delivery model in Southern Alberta.

Darren holds a Master of Arts degree in Leadership from Royal Roads University as well as a Health Care Administration diploma from the University of Saskatchewan. He also remains provincially registered as an Emergency Medical Technologist – Paramedic. Darren has served in Board and Executive capacities on numerous provincial and national organizations including:

- EMS Chiefs of Canada (currently President Elect)
- Alberta Ambulance Operators Association
- Fire etc (formerly Alberta Fire Training School)
- STARS Chain of Survival Committee
- Alberta E911 Advisory Association
- Alberta College of Paramedics
- Calgary Regional EMS Partnership
- Calgary Regional Partnership



Darren Sandbeck est actuellement Directeur exécutif, Opérations des SMU pour Calgary et régions centrales – Services de Santé de l'Alberta. Avant d'occuper cette fonction, il a été directeur – SMU régional et préparations des mesures d'urgence pour le service de santé de Peace Country dans le nord ouest de l'Alberta. Il s'agit de l'un des deux projets de l'Alberta appelés « EMS Discovery Projects » dont le but est de faire la transition entre le financement et la gouvernance des services ambulanciers par la province vers la création de régions régionales de santé. Pendant qu'il occupait ce poste, Darren a assumé conjointement la responsabilité de la transition des services

médicaux d'urgence de la responsabilité municipale vers le système de santé. Avant de se joindre à l'équipe du service de santé de Peace Country, Darren a été directeur exécutif de la Commission des services d'urgence de la région de Foothills, un service médical d'urgence régional qui sert plusieurs municipalités et un modèle de prestation de services de communications 911 dans le sud de l'Alberta.

Darren détient une maîtrise en leadership de l'université Royal Roads et un diplôme en administration de la santé de l'Université de la Saskatchewan. Il détient toujours sa certification provinciale de technologue médical d'urgence – Paramédic. Darren a siégé sur plusieurs exécutifs et conseils d'administration d'organismes provinciaux et nationaux incluant :

- Directeurs de Services Médicaux d'Urgence du Canada (présentement Président élu)
- Association des opérateurs d'ambulances de l'Alberta
- Fire etc (anciennement l'École de formation en incendie de l'Alberta)
- STARS Comité de Chaîne de survie
- Comité consultatif E911 de l'Alberta
- Collège des paramédics de l'Alberta
- Partenariat de SMU régional de Calgary
- Partenariat régional de Calgary



NICOLA D'ULISSE SECRETARY

General Manager and Chairman of the Board, urgences-santé Corporation, Montréal and Laval areas Nicola D'Ulisse is the General Manager and Chairman of the Board of urgences-santé Corporation, which offers EMS services for the Montreal and Laval areas. His mandate began in May 2009 when he was appointed to the position by the Quebec Minister of Health. He started his career at 18 as a volunteer First responder and ski patroller in Laurentian mountains and first joined Urgences-santé in 1988.

Formally trained in Vermont as a Advanced Emergency Medical Technician in 1986 and obtained a Certificate in Health and Social Services Management at McGill University in 1995. Subsequently he moved to the private sector occupying senior management positions in the Canadian Clinical Research and Pharmaceutical industry.

Before returning to the public sector and Urgences-santé, Nicola was the Vice President and General Manager for the largest Canadian publically held pharmaceutical company, based in Toronto. Urgences-santé is amongst the largest EMS services in Canada. With 820 Paramedics serving a population of 2.2 million citizens of Montreal and Laval. The dedicated Communications Center, with a staff of 100, handles close to 350,000 emergency calls annually.

Nicola continues to volunteer in his home community of Saint-Lazare, where he founded the First Response Unit. He is proud to represent the return of Urgences-santé on the Board of Directors of EMSCC.

Credit / Crédit: BCAS



Président et directeur général de la Corporation d'urgences-santé, régions de Montréal et Laval Nicola D'Ulisse est président et directeur général de la Corporation d'urgences-santé, l'organisation publique offrant les services préhospitaliers d'urgence pour les régions de Montréal et Laval. Son mandat a commencé le 4 mai 2009, par nomination du ministre de la Santé et des Services sociaux du Québec. Nicola a débuté sa carrière à 18 ans en faisant du bénévolat comme premier répondant et comme patrouilleur de ski dans

les Laurentides et a joint la Corporation d'Urgences-santé pour la première fois en 1988 à titre de technicien ambulancier/paramédic.

M. D'Ulisse a effectué une formation en 1986 au Vermont en technique de soins médicaux d'urgence avancés et a également obtenu un certificat de l'Université McGill en gestion de la santé et des services sociaux en 1995. Suite à cette dernière formation, il a occupé des postes au niveau de la haute direction dans le secteur privé de la recherche clinique et pharmaceutique.

Avant de revenir à Urgences-santé, Nicola était vice-président et directeur général de la plus grande entreprise pharmaceutique canadienne détenue par des intérêts publics, basée à Toronto. La Corporation d'urgences-santé est une des plus importante organisation de services préhospitaliers d'urgence au Canada. Avec 820 techniciens ambulanciers/paramédics desservant la population de 2.2 millions des régions de Montréal et Laval et son centre de communication santé de 100 employés, elle répond à plus de 350 000 appels d'urgence par année.

Il est fier de représenter le retour de la Corporation d'urgences-santé au conseil des Directeurs des services médicaux d'urgence canadiens.

PAUL CHARBONNEAU TREASURER

Paul has had a distinguished career serving in urban, rural and remote EMS systems over the past 34 years in the Province of Ontario. Paul began his career with the Department of Emergency Services in Toronto in March 1975 and worked at various stations including a stint with the first group of "ESU 5 (Toronto's original ambulance bus)" drivers before moving on to work for Beaverton and District Ambulance north of Toronto.

In January 1990, Paul decided to move further north; the remote James Bay coast became Paul's first management opportunity. In James Bay Paul managed remote ambulance services and first response teams in several First Nation communities and the air ambulance operation that bound the communities together for health care in Moose Factory and answered call in Ontario, Quebec and the Northwest Territories. In November 1997 Paul moved "south" to Nipigon, near Thunder Bay, where he became the Director of Ambulance Services for the hospital which managed several small rural ambulance services as well as the urban ambulance service in Thunder Bay. During downloading Paul oversaw the amalgamation of ten (10) rural services into one (1) region of Superior North EMS and became the first Eastern Region Manager for Superior North EMS. In August 2004 Paul finally made it back to the south where he currently leads the County of Frontenac Paramedic Service.

Paul has held positions both locally and provincially with the Ontario Paramedic Association, the Paramedic Association of Canada – Benevolent Society, is a current board member of the Tema Center Memorial Trust and the current President of the Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario. Paul and his wife Heather live in Canada's "First Capital", Kingston, Ontario.



Paul a eu une longue et distinguée carrière ayant servi dans des services médicaux d'urgence urbains, ruraux et en régions éloignées en Ontario durant les 34 dernières années. Il a commencé sa carrière à Toronto en mars 1975 et il a occupé divers postes dont un passage avec le premier groupe « ESU 5 (l'autobus ambulance originale de Toronto) » avant d'aller travailler pour Beaverton et District Ambulance au nord de Toronto.

En janvier 1990, Paul a décidé de se relocaliser dans la communauté de la côte de la Baie James. C'est là qu'il a pu travailler en gestion

pour la première fois. À la Baie James, il a géré les services ambulanciers dans des régions éloignées, les services de premiers répondants dans plusieurs communautés de premières nations et les services ambulanciers aériens qui permettent aux communautés de Moose Factory d'avoir accès à des services de santé et qui répond à des appels de l'Ontario, du Québec et des Territoires du Nord-Ouest. En novembre 1997, Paul est déménagé vers le « sud » à Nipigon près de Thunder Bay où il est devenu directeur des services ambulanciers pour l'hôpital qui s'occupe de la gestion des petits services ruraux d'ambulances et du service d'ambulance de Thunder Bay. Durant le transfert de responsabilité entre la province et les municipalités, Paul a supervisé la fusion des dix services ruraux en un seul, ce qui a mené à la création du SMU Supérieur Nord et est devenu le premier Directeur de la région est du SMU Supérieur Nord. En août 2004, Paul est finalement revenu vers le sud où il dirige maintenant le service paramédical du comté de Frontenac.

Paul a occupé plusieurs postes aux niveaux local et provincial auprès de l'Association des Paramédics de l'Ontario, de l'Association des Paramédics du Canada, est présentement membre du Fonds de commémoration Tema Center et est président de l'Association des Services Médicaux d'Urgence municipaux de l'Ontario. Paul et sa femme Heather vivent dans la "Première capitale" du Canada, Kingston, Ontario.

KELLY NASH EXECUTIVE DIRECTOR

Kelly Nash serves as the Executive Director for the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) and is responsible for the day to day operations of the association as a whole and it's Board of Directors.

Ms. Nash provides strategic leadership and direction to the EMSCC Board of Directors, consistent with the mission and values of the association. Ms. Nash maintains the constitution of the association, leads the annual conference and fall business meetings conducted on a yearly basis. Ms. Nash is the liaison for all sub-committees of the EMSCC. She is accountable to the Board of Directors, comprised of twenty Emergency Medical Services Chiefs and/or Directors across Canada.

Ms. Nash holds a degree in English Communications with a minor in Psychology obtained at the University of Victoria and a business administration degree. She worked as a manager in telecommunications for over eight years. Most recently she has worked in the Emergency Services in Calgary, Alberta for seven years. Ms. Nash is in her fifth year as Executive Director of the EMSCC.



Kelly Nash est directrice exécutive pour les Directeurs de Services Médicaux d'Urgence du Canada (DSMUC) et elle est responsable de la gestion quotidienne des opérations de l'association et de son conseil d'administration.

Mme Nash fournit l'orientation stratégique du conseil d'administration de DSMUC, tout en respectant la mission et les valeurs de l'association. Elle met à jour la constitution de l'association, dirige la conférence annuelle et les rencontres d'affaires qui ont lieu tout au long de l'année. Mme Nash

fait de plus la liaison entre les sous-comités et DSMUC. Elle rend compte au Conseil d'administration qui est formé de vingt Chef/Directeurs de Services Médicaux d'Urgence de partout au pays.

Mme Nash est diplômée en « English Communications » avec mineur en psychologie de l'Université de Victoria et elle détient un diplôme en administration des affaires. Elle a travaillé en tant que gestionnaire dans le domaine des télécommunications durant huit ans. Elle a ensuite travaillé durant sept ans dans le domaine des services d'urgence à Calgary, Alberta. Cela fait maintenant quatre ans que Mme Nash est directrice exécutive des DSMUC.



COREY BANKS

Corey is an Advanced Care Paramedic and a Registered Nurse. He started his career as a paramedic in 1991 in rural Newfoundland. Since then he has worked in five different Canadian Provinces that took him as far west as Calgary, Alberta and he spent a year in the United States for part of his education.

He has attained a Diploma in Health Administration and a Certificate in Adult Education, as well as, is near completion of a Diploma in Emergency Health Management, and a Bachelors Degree in Health Administration. Corey has worked across the Country in a combination of various clinical, educational and managerial roles.

Highlights of his career have been in prehospital and in-hospital clinical settings of emergency medicine, critical care, and transport medicine. He has worked ground and air ambulance operations and in rural and urban EMS systems, as well as, a college instructor for paramedicine. Prior to his current role he worked in operations management for Frontenac Paramedic Services in Kingston, Ontario.

In 2006 he returned to his home province of Newfoundland and Labrador to accept his present position as Manager and EMS Chief for Paramedicine & Medical Transport with the Eastern Health Authority out of St. John's, NL. Within his current role he has a large mandate which includes:

- Metro Paramedic Services
- Med Flight NL
- Medical Communications Center
- Regional Services
- Provincial Medical Oversight

Corey has been a member of the EMS Chiefs of Canada since 2003 and was voted to the Board of Directors in 2009.



Corey est paramédic de soins avancés et infirmier. Il a commencé sa carrière en tant que paramédic en 1991 à Terre-Neuve. Depuis, il a travaillé dans cinq différentes provinces canadiennes, ce qui l'a mené aussi loin à l'ouest que Calgary, Alberta. Il a aussi passé une année aux États-Unis durant ses études.

Il a reçu un diplôme en administration de la santé et un certificat en éducation des adultes. Il complètera bientôt un diplôme en gestion d'urgence médicale et un baccalauréat en administration de la santé. Corey a occupé différents postes de nature clinique, éducatif et de gestion à travers le pays.

Les moments marquants de sa carrière ont été dans des contextes cliniques de médecine d'urgence de soins pré hospitaliers et hospitaliers, de soins intensifs et de transport. Il a travaillé dans des SMU urbains et ruraux, terrestres et aériens. Il a de plus été professeur de paramédecine. Avant d'occuper son poste actuel, Corey a travaillé dans la gestion des opérations pour le service de paramédics Frontenac à Kingston, Ontario.

En 2006, il est retourné dans sa province natale afin d'occuper le poste de Directeur et Chef du service de paramédecine et du transport du SMU pour la Eastern Health Authority de St. John, Terre-Neuve. Son mandat comprend:

- Services paramédics métropolitains
- Med Flight Terre-Neuve
- Centre de communications médicales
- Services régionaux
- Supervision médicale provinciale

Corey est membre des DSMUC depuis 2003 et a été élu au Conseil d'administration en 2009.

MATT CROSSMAN

Matt is the General Manager and Chief of Island Emergency Medical Services and Medacom Atlantic. Matt is responsible for overseeing and providing leadership and establishing service direction, as well as building staff capabilities to improve service levels throughout its ambulance operations and the Emergency Services Communications Centre on Prince Edward Island (PEI).

Matt has been involved in Emergency Medical Services for over 10 years and has held various positions ranging from Safety, Fleet, and Operations to Clinical Quality and Learning. Matt joined the Medavie EMS Group of company's team in 2008.

In 2009 Matt was awarded the EMS Safety Foundation Leadership Award, and in 2010 Matt was the recipient of the EMSCC Award of Excellence for Injury prevention and public safety for his work within the Medavie EMS group of companies.

Matt has studied Health Services Administration at Dalhousie University and is now planning on completing a Master Degree in Business Administration.



Matt est directeur général et Chef des services médicaux d'urgence de l'Île-du-Prince-Édouard et de Medacom Atlantic. Il est responsable de la supervision, de la direction du service ainsi que de s'assurer que les employés soient formés de manière à améliorer les services ambulanciers et du Centre de communications des services d'urgence de l'Île-du-Prince-Édouard.

Matt est impliqué dans les services médicaux d'urgence depuis plus de 10 ans et a occupé plusieurs postes des domaines allant de la sécurité, de la gestion de la flotte et des opérations jusqu'à l'assurance de la

qualité clinique et de l'enseignement. Matt s'est joint à l'équipe de Medavie EMS Group en 2008.

En 2009, Matt a reçu le prix « EMS Safety Foundation Leadership Award » et en 2010, il a reçu le prix d'excellent des DSMUC pour la prévention des blessures et la sécurité publique pour son travail avec la compagnie Medavie EMS Group.

Matt a étudié en administration des services de santé à l'Université Dalhousie et désire maintenant compléter une maîtrise en Administration des affaires.

JOHN CUNNANE

John started his EMS career in the UK as an Ambulance Officer and a Control Officer (dispatch). After immigrating to Canada in 1975, he spent 23 years working for the Ontario Ministry of Health (Emergency Health Services Branch) in a variety of EMS positions, including Paramedic, Regional Training Officer, Supervisor and District Manager for Niagara Region.

In January of 1998 the Province transferred responsibility for Land Ambulance Service in Ontario to Upper Tier Municipalities. He was hired by the Regional Municipality of Niagara, Public Health Department in January 1998 to oversee the Land Ambulance Transition from the Province to the Region. The Region commenced operational responsibility for EMS in Niagara on January 1, 2000, at this time he was appointed as Director, Emergency Services Division, responsible for EMS, Emergency Management/Preparedness, CBRNE, and administration for the Regional Fire Coordinator Program.

He has served on many boards and agencies, including being a founding member and seven year board member of the Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario (AMEMSO). He has also served on a number of Provincial committees dealing with the transfer of EMS from the Province to Upper Tier Municipalities.

He is active on a number of community organizations, including the YMCA, a 27 year board member with Heart Niagara, which is a Community Coronary Care organization that promotes Healthy Lifestyles, including teaching community CPR and PAD programs.

Outside of professional interests, he enjoys golfing and family.



John a commencé sa carrière au Royaume-Uni en tant qu'ambulancier et officier de contrôle (répartition). Après avoir immigré au Canada en 1975, il a travaillé durant 23 ans pour le Ministère de la Santé de l'Ontario (département des Services médicaux d'urgence) et a occupé plusieurs postes dont paramédic, officier de formation régionale, superviseur et directeur de la région de Niagara.

En janvier 1998, la province a transféré la responsabilité des services ambulanciers en Ontario aux municipalités de paliers supérieurs. John a été embauché en 1998 par la Municipalité régionale de Niagara, département de la santé publique, afin

de superviser le transfert de responsabilité entre la province et la région. Le 1er Janvier 2000, la région a commencé à opérer les SMU et il a alors été nommé Directeur, Division des services d'urgence responsable des SMU, de la gestion des urgences, de CBRNE et de l'administration pour le programme de coordination du service d'incendie régional.

Il a été membre de plusieurs conseils d'administration et agences, notamment en tant que membre fondateur et membre du Conseil d'administration de la « Association of Municipal Emergency Medical Services of Ontario » (AMEMSO) durant sept ans. Il a aussi fait partie de plusieurs comités provinciaux ayant affaire au transfert de responsabilité entre la province et les municipalités de paliers supérieurs.

Il est aussi actif dans plusieurs organisations communautaires, dont le YMCA. Il est de plus membre depuis 27 ans de « Heart Niagara », une organisation qui promeut la santé coronarienne en offrant des cours de réanimation cardiopulmonaire et d'utilisation de défibrillateurs accessibles au public.

Dans ses temps libres, il aime pratiquer le golf et passer du temps en famille.

ANTHONY DIMONTE

Anthony DiMonte is the Chief of the Ottawa Paramedic Service that provides emergency medical services coverage to our Nation's Capital. Chief Di Monte has been involved in EMS for the past 29 years and began his career as an Advanced Care Paramedic in 1979 in Montreal.

Chief DiMonte has held several senior positions in numerous EMS services starting as Regional Director for Urgences Santé. In 2000 he assumed the responsibility of York Region Emergency Medical Services and was the first General Manager of EMS. Under his leadership he structured and amalgamated the previous operators into one municipal government organization. In 2001 he became the first Chief of EMS for the newly amalgamated City of Ottawa and once again, coordinated and implemented the delivery of an EMS service for the municipal government of our Nation's Capital.

Chief DiMonte has faced numerous events of significance. These events include being the EMS Incident Commander at the Central Station bombing in Montreal in 1984, the Papal visit in Montreal in 1984, the shootings at University of Montreal in 1989, and the shootings at Concordia University in 1992.

During his career, he has also earned numerous commendations including receiving the Governor General's EMS Exemplary Service Medal in 2002, being decorated by the Montreal Fire Department with the Bronze Medal of Bravery for heroic conduct at Francon Quarry in 1983, and receiving commendation from the Ontario Provincial Police for an accident on Highway 401 in the City of Port Hope in 1981.



Anthony DiMonte est Chef du service paramédic de la ville d'Ottawa qui offre les services médicaux d'urgences dans la région de la capitale nationale. Le Chef DiMonte est dans le domaine des SMU depuis 29 ans et il a commencé sa carrière en tant que paramédic de soins avancés à Montréal en 1979.

Il a depuis occupé de nombreux postes d'importance dans différents SMU, notamment en tant que directeur régional d'Urgences Santé. En 2000, il est devenu le premier directeur général des SMU pour la région de York.

C'est sous son leadership qu'ont eu lieu la restructuration et la fusion des opérations de la région en une seule entité municipale. En 2001, il est devenu le premier chef de SMU de la ville d'Ottawa nouvellement fusionnée et il a encore une fois su coordonner la prestation des services médicaux d'urgence pour la nouvelle entité municipale.

Le Chef DiMonte a du faire face à plusieurs événements importants dont l'attentat à la bombe de la station centrale de Montréal en 1984, la visite du Pape à Montréal en 1984, la fusillade de la Polytechnique en 1989 et la fusillade de l'Université Concordia en 1992.

Durant sa carrière, il a reçu plusieurs décorations dont la médaille du Gouverneur Général pour services distingués des services d'urgences médicales en 2002, la médaille de Bronze pour bravoure du Service de Sécurité Incendie de Montréal pour conduite héroïque à la carrière Francon en 1983 et il a reçu une décoration de la police provinciale de l'Ontario suite à un accident sur l'autoroute 401 dans la ville de Port Hope en 1981.

GERARD DINN

Gerard Dinn is currently the Clinical Operations Manager for Yukon Emergency Medical Services. In his current position he oversees the medical competence of the service. This spans medical protocols, quality assurance, communications, EMS response standards etc.

During his twenty year career he has held positions as EMS Educator at QEII Health Science Center in Halifax and Clinical Coordinator with Holland College in PEI. He has held positions as a frontline ACP, Quality Control Medic and Medical Death Investigator.

He has served on many committees and boards with in EMS across Canada. In 1999-2001 Gerard played a key role in the development and implementation of EMS education for EHS Trinidad and Tobago.

Gerard holds a Bachelor of Science degree in math and physics and Engineering diploma from St. Frances Xavier University and has completed both ACP and CCP programs. Gerard is still an active ground and flight medic with Yukon EMS.



Gerard Dinn est présentement Directeur des opérations cliniques pour les Services Médicaux d'Urgence du Yukon. Il est notamment responsable de la supervision des compétences médicales dans son service. Cela inclut les protocoles, l'assurance de la qualité, les communications, les standards de réponse etc.

Durant les vingt années de sa carrière, il a occupé plusieurs postes dont éducateur SMU au Centre des Sciences de la Santé QEII et coordinateur clinique au Holland College de l'Île-du-Prince-Édouard. Il a aussi occupé des fonctions de paramédic de soins avancés de première ligne, de paramédic de contrôle de la qualité et d'enquêteur sur les décès.

Il a siégé sur plusieurs comités et conseils d'administration dans le domaine des SMU à travers le pays. De 1999 à 2001, il a joué un rôle clé dans le développement et l'implantation d'éducation pour les SMU à Trinidad et Tobago.

Gerard détient un B.Sc. en mathématiques et physique et un diplôme en ingénierie de l'Université St. Francis Xavier. Il a de plus complété les programmes d'ACP et de CCP. Il est toujours actif dans les SMU aériens et terrestres du Yukon.

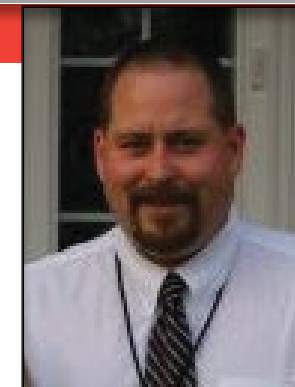
JEFFREY FRASER

Jeff is the Director of Operations for Emergency Health Services Ambulance Operations Management for the Province of Nova Scotia. His key responsibilities are Field Operations, Medical Communications and Deployment, Special Operations, and Community Paramedicine. He began his career as a Street Paramedic outside of Halifax in 1989 and has worked progressively through the ranks as a Ground Operations Supervisor and Manager of the Medical Communications Center for the Emergency Health Services System.

He was formerly recognized in 1998 by Premier John Hamm for his work on the Swiss Air Flight 111 crash and again in 2004 by Health Minister Angus MacLlssac for his work on the Emergency Health Services Legislation act that was passed through the NS Legislature. In the summer of 2011 he received the EMS Exemplary Service award presented by the Honorable Myann Francis Lt. Governor of Nova Scotia. In addition to being a Paramedic Jeff holds a Diploma in Management from St. Mary's University in Halifax NS. He is a graduate from the National Academy of Emergency Dispatch / Fitch & Associates Communications Center Managers Program in Kansas City MO.

Currently he has the privilege of working closely with the Nova Scotia Dept. of Health and Wellness as "The Better Care Sooner" principals are being applied in all aspects of Health Care delivery across the province creating a new Provincial mandate for EMS delivery for Nova Scotians.

When not at EHS.. Jeff can be found coaching football programs in his community and spending time with his wife Jill and children Kyle, Alex and Abby in the beautiful Annapolis Valley.



Jeff est Directeur des opérations du Service Médical d'Urgence, gestion des opérations des ambulances pour la province de la Nouvelle-Écosse. Ses responsabilités principales sont les opérations de terrain, les communications médicales et de répartitions, les opérations spéciales et la paramédecine communautaire. Il a commencé sa carrière en 1989 à l'extérieur Halifax, en tant que paramédic de rue. Depuis, il a été promu superviseur des opérations de terrain et gestionnaire du centre de communications médicales pour le système de services de santé d'urgence.

En 1998, il a été reconnu par le Premier Ministre John Hamm pour son travail lors de l'écrasement du vol 111 de Swiss Air. En 2004, le

Ministre de la Santé Angus MacLlssac l'a remercié pour son travail sur la Loi sur les services médicaux d'urgence qui a été adaptée par le parlement de la Nouvelle-Écosse. À l'été 2011, il a reçu la médaille pour services distingués des services d'urgences médicales présentée par le Lt. Gouverneur de la Nouvelle-Écosse, l'Honorable Myann Francis.

En plus d'être paramédic, Jeff a reçu un diplôme en gestion de l'université St. Mary's située à Halifax en Nouvelle-Écosse. Il est aussi diplômé du programme de gestion de centres de communications Fitch & Associates de l'Académie Nationale de déploiement d'urgence située à Kansas City, Missouri.

Présentement, Jeff a le privilège de travailler en étroite collaboration avec le Ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse afin d'appliquer les principes de «Better Care Sooner» dans tous les aspects de la prestation de soins de santé dans la province et de créer un nouveau mandat pour la prestation de services médicaux d'urgence pour servir sa population.

Dans ses temps libres, Jeff est entraîneur dans les programmes de football de sa communauté et aime passer du temps avec sa femme Jill et leurs enfants Kyle, Alex et Abby à Annapolis Valley.

DAVE DUTCHAK

Born and raised in Blaine Lake, Saskatchewan, Dave was following in the footsteps of his father (Mike) when he started his career in emergency medical services. He has been involved in EMS in Saskatoon since 1979 and is currently President and CEO of M D Ambulance Care Ltd.

Throughout his career, Dave has been involved in a number of professional associations. His past involvement with the Saskatchewan Emergency Medical Services Association includes serving a term as president. He is also a board member of Canadian EMS Chiefs of Canada.

In May of 2007 became president of the Saskatchewan Chamber of Commerce. Active in community affairs and committed to working within his community to improve the economic position of the province, Dutchak has played a significant role in the past as a board member for the Saskatoon Chamber of Commerce where he supported his Team in the launch of the Heart Safe Program involving the establishment of over 200 Business sites in the Saskatoon area.

As well, he served a term as president of the Saskatoon Chamber of Commerce. He was also the past chair of the Saskatoon Planning Commission and was a board member on Saskatchewan Prevention of Handicaps and was a board member of the Saskatoon Prairie-land Park. He currently resides in Saskatoon with his wife, Shannon, and their 5 children, Reilley, Kaela, Joshua, Katie and Jordan.



Dave est né et a grandi à Blaine Lake, Saskatchewan. Tout comme son père Mike, Dave a choisi une carrière dans les services médicaux d'urgence. Il a commencé sa carrière dans cette profession en 1979 à Saskatoon et il est présentement Président et Chef de direction de M D Ambulance Care Ltd.

Au cours de sa carrière, Dave a été impliqué dans de nombreuses associations professionnelles. Il a entre autres occupé le poste de Président de l'Association des Services Médicaux d'Urgence de la Saskatchewan durant un mandat et il est membre du conseil d'administration de DSMUC.

En mai 2007, il est devenu président de la Chambre de Commerce de la Saskatchewan. Actif dans la communauté des affaires et engagé à travailler à l'amélioration de la situation économique de la province, Dutchak a joué un rôle prépondérant en tant que membre de la Chambre de Commerce quand son équipe a appuyé le lancement de l'initiative « Heart Safe Program » afin de mettre en place plus de 200 défibrillateurs dans des entreprises de la région de Saskatoon.

Il a aussi occupé le poste de Président de la Chambre de Commerce de Saskatoon pour un mandat et il est le président sortant de la Commission d'aménagement de Saskatoon. Il a de plus été membre du conseil d'administration de la Commission de prévention des handicaps et du Conseil d'administration du Parc Saskatoon Prairie-land. Il vit présentement à Saskatoon avec sa femme Shannon et leurs 5 enfants Reilley, Kaela, Joshua, Katie et Jordan.

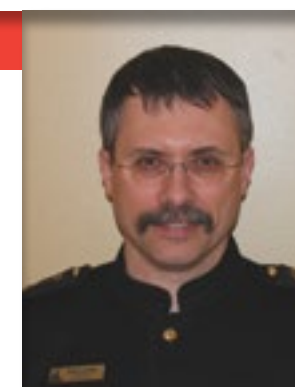
KEN LUCIAK

Ken Luciak serves as the Director of Regina Qu'Appelle Health Region – Emergency Medical Services and is responsible for the overall supervision of eleven emergency medical services and the regional emergency communication centre. Ken provides strategic leadership and direction to the program, consistent with the vision, mission and values of the Authority. He ensures that the program consistently delivers accessible, high quality, appropriate care, which at minimum meets all standards of care as set out by the Regina Qu'Appelle Health Region and Saskatchewan Health.

Ken is also accountable to the Authority Board by ensuring the program is operated in a fiscally responsible manner, providing cost-effective and cost-efficient services on the board's behalf. He is the Emergency Health Services contact between the Department of Health, Acute and Emergency Services and the Regina Qu'Appelle Health Region.

He is also responsible for identifying opportunities to provide service in an integrated and seamless manner, working closely with other service areas including but not limited to: System Wide Admission and Discharge Department, Home Care, Long Term Care, Mental Health, Emergency Departments, Medical First Responders, police, and fire departments.

During Ken Luciak's twenty-five years of emergency medical service, he has served on, and led a number of committees and boards. His most recent activity includes the role of Treasurer to the EMSCC, member of the Canadian Police Research Centre advisory board, and member of the EMSCC Membership Services Committee.



Ken Luciak est directeur du SMU de la région de Regina-Qu'Appelle et est responsable de la supervision de onze services médicaux d'urgence et du centre régional de communications d'urgence. Ken assume la direction du programme et le leadership stratégique, tout en respectant la vision, la mission et les valeurs de la régie. Il s'assure que le programme offre des services accessibles de grande qualité qui répondent aux besoins et qui répondent aux standards mis en place par Santé Saskatchewan et par la régie de la santé de la région Regina Qu'Appelle.

Ken doit aussi assurer une gestion du programme financièrement responsable et assurer un bon rendement par rapport au coût au nom de la régie de la santé. Il est le contact des services médicaux d'urgence avec le Ministère de la Santé, les services de soins intensifs et d'urgence et la régie de la santé de Regina Qu'Appelle.

Il est aussi responsable de trouver des façons d'améliorer les services en travaillant de manière cohésive et intégrée avec différents services dont le Département intégré de l'admission et de la décharge, des soins à domicile, des soins à long terme, de la santé mentale, des départements d'urgence, des premiers répondants, de la police et des services d'incendie.

Durant les vingt-cinq ans de sa carrière, Ken a siégé et dirigé de nombreux comités et conseils d'administration. Ses plus récentes activités sont à titre de trésorier des DSMUC, de membre comité consultatif du Centre canadien de recherche policière et comme membre du comité des DSMUC sur les services aux membres.

TREVOR MASLYK

Trevor Maslyk is the Operations Director for the North/Edmonton Zone within Alberta Health Services (AHS). In his career of nearly 20 years, Trevor has practiced as a paramedic within both air and ground ambulance operations.

He has also been very active as an EMS educator in Alberta and continues to be involved as a contract instructor in the NAIT Paramedic Program and as the chair of the NAIT Prehospital Care Advisory Committee.

Trevor's EMS leadership career has included multiple positions from Field Supervisor, Operations Superintendent, Team Leader, Project Manager, Manager of Contract Operations for AHS and most recently the Director of Operations for the AHS EMS North/Edmonton Zone.

Trevor has a passion for leadership and for life-long-learning. That said, he is currently completing his second year of studies in the Royal Roads Masters of Arts in Leadership program.



Trevor Maslyk est Directeur des opérations pour la région Nord/Edmonton des Services de Santé de l'Alberta (AHS). Pendant près de 20 ans, Trevor a travaillé en tant que paramédic tant dans les services aériens que terriens.

Il est aussi très impliqué dans l'éducation des SMU en Alberta et il est encore aujourd'hui impliqué en tant qu'instructeur à contrat dans le programme de formation de paramédics de la NAIT et est le président du comité consultatif sur les soins pré hospitaliers de NAIT.

La carrière de Trevor en tant que dirigeant de SMU l'a amené à occuper plusieurs postes dont Superviseur de terrain, Surintendant des opérations, Chef d'équipe, Gestionnaire de projet, Gestionnaire des contrats opérationnels pour les services de santé de l'Alberta et plus récemment Directeur des opérations pour la région Nord/Edmonton des SMU des services de santé de l'Alberta.

Trevor est passionné par le développement du leadership et l'éducation permanente. Il complète présentement sa deuxième année d'étude dans le programme Royal Roads Masters of Arts in Leadership.

PAUL RAFTIS

On March 1, 2011, Paul Raftis became Chief, Toronto Emergency Medical Services. Paul has been with Toronto EMS for 20 years, beginning his career as a Paramedic in 1991. As an Advanced Care Paramedic (ACP), he was one of the first ACPs assigned to the Emergency Task Force (ETF), tactical paramedic program.

Paul began his management career as an Operations Supervisor in 1999. Since then, he has earned promotions to several positions throughout Toronto EMS, including serving in both the Deputy Chief of Operations and the Chief's Office. He managed the Special Operations Unit as well as the Central Ambulance Communications Centre.

With each role, he broadened his understanding of the short and long-term issues facing the division and brought his keen intelligence and grasp of the issues to solve many organizational challenges. In January 2010, Paul became the Deputy Chief of Operations. As Deputy Chief, Paul oversaw the delivery of emergency and non-emergency medical care in the City of Toronto, leading a team of 930 staff with an operating budget totalling \$112 million. The professional team includes Primary, Advanced and Critical Care Paramedics.

He was also responsible for the Special Operations teams that provide paramedic service in unique and challenging environments. These teams include Critical Care Transport Unit (CCTU), Primary Care Transport Unit (PCTU), Emergency Response Unit (ERU), Emergency Support Unit (ESU), Public Safety Unit (PSU), Emergency Task Force (ETF), Heavy Urban Search and Rescue Unit (HUSAR), Chemical, Biological, Radiological, Nuclear, Explosive Unit (CBRNE), and the bike and marine units.

In his role as Chief, Paul will lead the largest municipal emergency medical service in Canada and provide world-class, pre-hospital emergency care to residents and visitors to the City of Toronto. Toronto EMS has a staff of over 1,200 which includes Paramedics, Emergency Medical Dispatchers and Support Staff. They respond to more than 315,000 emergency medical calls per year supported by a fleet of 155 ambulances in 45 ambulance stations across the city.

Paul holds a Bachelor of Health Science Degree from Charles Sturt University and an Ambulance and Emergency Care Certificate from Fanshawe College.



Le 1er mars 2011, Paul Raftis est devenu Chef des services médicaux d'urgence de Toronto. Paul a commencé sa carrière de paramédic dans cette ville en 1991. En tant que paramédic de soins avancés, il a été l'un des premiers à être assigné à la Force d'intervention d'urgence, services tactiques de paramédics.

Paul a commencé sa carrière de gestionnaire en 1999 en tant que superviseur des opérations. Depuis, il a occupé plusieurs postes dans les SMU de Toronto, dont Chef adjoint des opérations et Chef des services. Il a dirigé l'unité des opérations spéciales et le centre consolidé de communications des ambulances.

Avec chacun des rôles qu'il a occupés, Paul a su accroître sa compréhension des défis à court et à long terme auxquels le service fait face. Il a utilisé ses connaissances profondes et sa vive intelligence afin de résoudre plusieurs défis organisationnels. En janvier 2010, Paul est devenu Chef adjoint des opérations. En tant que Chef adjoint, il a supervisé la prestation de soins médicaux d'urgence et de non-urgence pour la ville de Toronto, dirigeant ainsi une équipe de 930 personnes et ayant un budget d'opérations de 112 millions de dollars. L'équipe de professionnels qu'il a dirigés comprenait entre autres des paramédics de soins primaires, de soins avancés et de soins intensifs.

Il a de plus été responsable des équipes d'opérations spéciales qui amènent les paramédics à gérer des situations uniques et stimulantes. Ces équipes incluent l'équipe de transport de soins intensifs (CCTU), l'équipe de transport de soins primaires (PCTU), l'équipe de réponse aux urgences (ERU), l'équipe de support aux urgences (ESU), l'équipe de sécurité publique (PSU), la Force spéciale d'urgence (ETF), l'équipe de recherche et sauvetage en milieu urbain à l'aide d'équipement lourd (HUSAR), l'équipe d'intervention en cas d'urgence chimique, biologique, radiologique, nucléaire ou liée à des explosifs (CBRNE) et les équipes maritimes et à vélos.

En tant de Chef, Paul dirige le plus grand service médical d'urgence au pays et offre des services pré hospitaliers de classe mondiale aux résidents et aux visiteurs de la ville de Toronto. Le SMU de Toronto compte plus de 1200 employés qui sont paramédics, répartiteurs aux urgences médicales et employés de soutien. Ensemble, ils répondent à plus de 315 000 appels d'urgence par année et opèrent une flotte de 155 ambulances qui sont situées dans 45 stations ambulancières à travers la ville.

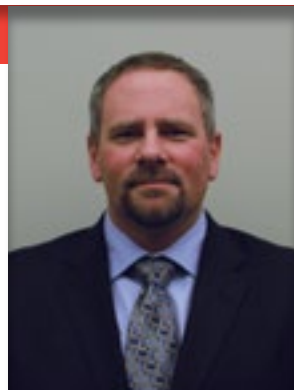
Paul détient un baccalauréat en sciences de la santé de l'Université Charles Sturt et un certificat en soins d'urgence et ambulanciers de Fanshawe College.

MIKE MICHALKO

Mike Michalko is currently the Executive Director for Rural Operations with the British Columbia Ambulance Service. The program is responsible for all ground operations within the Province of BC outside of the metro operations in Vancouver and Victoria. This large geographic area encompasses multiple jurisdictions, and health authorities, and borders Alberta, North West Territories, Alaska, Idaho, Montana and Washington States. With approximately 1800 staff based out of 145 stations Rural Operation responds to approximately 250,000 responses per year. These areas of service share similar delivery models, diverse populations, and similar challenges in response, service and long transport times.

Mike began his career with the BC Ambulance Service in 1984 as a paramedic in the community of Bella Coola on the West Coast. He was inspired by his father and three other family members who also stepped up to support pre-hospital care in a very remote community. Moving on to University and eventually following a career path in EMS, Mike has spent the last 22 years in Northern British Columbia.

Leadership, quality, paramedic safety, and continuous system improvements have been the driving focus in his career. Supporting the frontline paramedics to provide the very best patient care with the tools, systems, education and resources has brought continuous gratification.



Mike Michalko est actuellement directeur exécutif des opérations rurales pour les services ambulanciers de la Colombie-Britannique. Ces services sont responsables de tous les transports terrestres de la province, à l'exception de la région métropolitaine de Vancouver et Victoria. Cette large région géographique englobe plusieurs juridictions et régies régionales de santé et partage des frontières avec l'Alberta, les Territoires du Nord-Ouest, l'Alaska, l'Idaho, le Montana et l'état de Washington. Leurs 1800 employés sont basés dans 145 stations d'opérations rurales et répondent à environ 250 000 appels d'urgence par année. Ces régions partagent des modèles de prestation de services similaires, des populations diverses et des défis comparables, tels que le temps de réponse et des transports de longues distances.

Mike a commencé sa carrière avec le service ambulancier de la C-B. en 1984 en tant que paramédic à Belle Coola sur la côte ouest. Il a été inspiré par son père et trois autres membres de la famille qui travaillent aussi dans le domaine des services de soins pré hospitaliers dans les régions rurales très éloignées. Il est allé à l'université et a finalement choisi une carrière dans les SMU qui l'a amené à passer les 22 dernières années dans le nord de la Colombie-Britannique.

Leadership, qualité, sécurité des paramédics et amélioration continue des services sont ses priorités. Appuyer le travail des paramédics de première ligne en leur fournissant les outils, les systèmes, l'éducation et les ressources nécessaires afin d'offrir aux patients le meilleur service possible est son objectif.

CHRISTIAN SCHMIDT

Christian Schmidt serves as an Assistant Chief with the Winnipeg Fire Paramedic Service (WFPS) where he is responsible for providing leadership and strategic direction within the emergency medical services, fire suppression and communications divisions. He began his career in 1993 with the City of Winnipeg and has since worked in many roles during his career with the service including Paramedic, Communications Officer, Staff Inspector, Project Manager and Superintendent. In November of 2007 Christian was appointed to the position of Assistant Chief.

The Winnipeg Fire Paramedic Service provides EMS services to the citizens of Winnipeg under a contract agreement with the Winnipeg Regional Health Authority (WRHA), Christian is a co-chair on the WFPS/WRHA Joint Operations Committee (JOC) that guides the high quality care and programs delivered by the members of the service. In addition, he also co-chairs a JOC group with the Winnipeg Police Service and is a member of the EMS Network of Manitoba which represents all EMS services in the Province of Manitoba. Recognizing the importance of strong relationships, he works toward building and fostering strong and productive relationships with partner agencies and community groups.

Christian has participated as a member of the EMSCC Leadership Development committee and currently serves as a member and sponsor of the EMSCC Performance Measures committee.

Christian holds a Bachelor of Arts Degree from the University of Manitoba and has completed the department CMA accredited Advanced Care Paramedic Program and NFPA Fire Fighter certification.



Chef adjoint du Service incendie et paramédical de Winnipeg (WFPS), Christian Schmidt assure le leadership et l'orientation stratégique pour les divisions des services médicaux d'urgence, d'incendie et des communications. Sa carrière à la ville de Winnipeg débute en 1993 alors qu'il est paramédic. Il occupe par la suite les fonctions d'agent aux communications, d'inspecteur du personnel, de gestionnaire de projet et de directeur. En novembre 2007, M. Schmidt est nommé au poste de chef adjoint.

Le Service incendie et paramédical de Winnipeg fournit des services médicaux d'urgence aux citoyens de Winnipeg en vertu d'une entente avec l'instance de la santé régionale de la ville (Winnipeg Regional Health Authority). M. Schmidt est coprésident du comité conjoint des opérations de ces deux services qui assure l'encadrement de la qualité des soins et des programmes offerts par ses membres. Il assure également la coprésidence d'un comité conjoint des opérations avec le Service de police de Winnipeg. Il est aussi membre du réseau des services d'urgence, qui regroupe tous les services au Manitoba. Reconnaisant l'importance des relations solides, il travaille à la création et à la promotion de partenariats avec les organismes partenaires et les groupes communautaires.

L'engagement de M. Schmidt au sein du EMSCC a commencé alors qu'il était membre du comité pour le développement du leadership. Il est actuellement commanditaire et membre du comité des mesures de performance.

Titulaire d'un baccalauréat en Arts de l'Université du Manitoba, M. Schmidt détient également une maîtrise accréditée CMA du programme de soins paramédicaux avancés ainsi que la certification de pompier NFPA.

ALAN STEPHEN

Alan Stephen was appointed President and Chief Executive Officer of Ambulance New Brunswick (ANB) in July 2009, the public company responsible for providing land and air ambulance services throughout the province. He is also the Chief Operating Officer of New Brunswick Emergency Medical Services (NB EMS), which has a long term contract to manage the ambulance service in New Brunswick on behalf of Ambulance New Brunswick.

Alan has extensive experience in senior leadership roles. He was the Director of the ORNGE Communications Centre (OCC). ORNGE is an Ontario organization that coordinates all aspects of the aero-medical transport system. Prior to this role, he was Project Manager at SNC-Lavalin PAE. He also held various positions in the public sector as the General Manager Infrastructure and Emergency Services with the City of Greater Sudbury, as Director/Dean of the School of Transportation for the Centennial College of Applied Arts and Technology, and as Director Business Development, Marketing and Sales for the Crowe Group.

Alan started out in his career with the Canadian Forces and has held various senior level command and staff appointments in Canada, Europe and on United Nations duties including as Commandant Canadian Forces School of Administration and Logistics, Chief Logistics Officer (G4 Operations) for the Canadian Army and as Commanding Officer for the United Nations Protection Force Logistics Battalion.

Alan graduated from Acadia University with a Bachelor of Science and has a Professional Logistics designation from Canadian Professional Logistics Institute. He also attended the Canadian Forces Command & Staff College. Alan is married to Jacky Stephen, a teacher and has two children, Cameron and Christopher.

Credit / Crédit: Ambulance New Brunswick



En juillet 2009, Alan Stephen a été nommé président-directeur général d'Ambulance Nouveau-Brunswick (ANB), la société ouverte chargée de fournir des services d'ambulance terrestre et aérienne à l'échelle de la province. Il agit également à titre de chef de l'exploitation de Services médicaux d'urgence Nouveau-Brunswick (SMU NB) qui est chargée, au nom d'Ambulance Nouveau-Brunswick, de la gestion du service d'ambulance du Nouveau-Brunswick en vertu d'un contrat à long terme.

M. Stephen possède une vaste expérience dans des postes de haute direction. En effet, il était le directeur du centre de communications d'ORNGE, une entreprise de l'Ontario qui coordonne tous les aspects du système de transport aéromédical. Avant ce rôle, il était gestionnaire de projet au sein de SNC-Lavalin PAE. Il a également occupé divers postes dans le secteur public, notamment comme directeur général des Services d'urgence et d'infrastructure du Grand Sudbury, directeur/doyen de l'École des transports du Collège des arts appliqués et de technologie Centennial, et directeur du Développement des entreprises, du Marketing et des Ventes au sein de l'entreprise Crowe Group.

M. Stephen a débuté sa carrière au sein des Forces canadiennes et a occupé plusieurs fonctions de commandement et d'état-major lors de missions au Canada, en Europe et aux Nations Unies, y compris comme commandant de l'École d'administration et de logistique des Forces canadiennes, comme officier de la logistique en chef (opérations du G4) pour l'Armée canadienne et comme commandant du bataillon logistique de la Force de protection des Nations Unies.

M. Stephen est titulaire d'un baccalauréat ès sciences de l'Université Acadia, il a obtenu le titre de logisticien professionnel de l'Institut canadien des professionnels de la logistique et il a également été au Collège d'état-major et de commandement des Forces canadiennes. M. Stephen est le mari de Jacky Stephen, une enseignante, et le père de deux enfants, Cameron et Christopher.

DOUG SOCHA

Doug Socha is the Director of Emergency Services for Hastings County and Chief of Hastings-Quinte EMS since its inception in 2003. Starting his paramedic career in 1994 he has worked both land and air ambulance in Ontario and still maintains his provincial certification.

Doug was the program coordinator for primary care paramedics for Southeastern Ontario. Moving from this position to Operations Manager for Hotel Dieu Hospital Regional EMS, and then into his current position. He is also the community emergency management coordinator responsible for disaster management for his municipality.

Doug is very active in the promotion of paramedic driven research and recently established the Ontario Paramedic Research Consortium, and currently is the Chair of this Provincial committee. He has been working with the EMSCC and other partners in a joint effort to help establish a National research framework.

Doug has a Bachelor of Science Degree in Biology from the University of Western Ontario. He remains an advocate for system improvements and paramedic driven research.



Doug Socha est Directeur des services d'urgence de Hastings County et Chef des SMU Hastings-Quinte depuis sa création en 2003. Il a commencé sa carrière de paramédic en 1994 et a travaillé dans les services ambulanciers terrestres et aériens en Ontario. Il détient toujours sa certification provinciale.

Il a été coordinateur du programme de paramédics de soins primaires pour le sud-ouest de l'Ontario. Avant d'occuper son poste actuel, il a été directeur des opérations pour le SMU de l'hôpital régional Hôtel-Dieu. Il est aussi coordinateur de la gestion des urgences en cas de désastre pour sa municipalité.

Doug est très actif dans la promotion de la recherche et a mis sur pied le Consortium de recherche des paramédics de l'Ontario dont il est actuellement le président. Il travaille avec DSMUC et d'autres partenaires afin de mettre en place un cadre national de recherche.

M. Socha détient un B. Sc. en biologie de l'Université Western Ontario. Il est un grand défenseur des améliorations des systèmes et de la recherche émanant des paramédics.



HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

- Canadian National Research Agenda Project.
- Published Methodology for National Research Agenda in BioMed Central Journal.
- Canadian National EMS Database.
- Successfully received funding through the Centre for Police Research Centre.
- National Gap Analysis Project.
- Participated in Capability Based Planning Workshops.
- Continue to support patient safety initiatives through the CLIR notification system.
- Link with Provincial Research Consortia.
- Evidence Based Research courses offered to Tri-Services.

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

- Projet du programme national de recherche sur les SMU canadiens
- Publication d'un article sur la méthode de recherche ayant été utilisée pour le développement du programme national de recherche dans le BioMed Central Journal
- Base de données canadienne sur les SMU
- Obtention de subventions du Centre de recherche policière
- Projet national d'analyse sur les lacunes en recherche
- Participation à des ateliers basés sur la planification axée sur les capacités
- Continuer d'appuyer les recommandations de sécurité auprès de patients à travers le système de notification CLIR (Centre du leadership, de l'innovation et de la recherche)
- Créer des liens avec les consortiums de recherche provinciaux
- Formation sur les méthodes de la recherche factuelle offerte aux services d'urgence



Credit / Crédit: BCAS

COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

PURPOSE

- Promote research opportunities at all levels to the EMS research community;
- Foster National and International relationships in the advancement of EMS research collaboration of data;
- Establish and recommend research initiatives to the Board;
- Investigate and provide recommendations to the Board for acquiring funds via corporate sponsorship or other potential sources to invest in EMS research;
- Report regularly on the committee's activities to the Executive Committee and Board of Directors;
- Carry out other responsibilities assigned by the Executive Committee and the Board.

OBJECTIVES

The goal is to increase paramedics in research studies, and participate as authors in formal manuscripts. By encouraging partnerships, the research committee is committed to fostering relationships that increase EMS Research across Canada.

NEXT STEPS

The committee is committed to completing the Canadian National Research Agenda along with the other listed projects. The focus for 2012 will be working with the Performance Committee is establishing data points in the creation of the National EMS Database.

BUT

- Promouvoir les possibilités de recherche à tous niveaux de la communauté de SMU
- Favoriser les rapports nationaux et internationaux dans la promotion et la collaboration de la recherche sur les SMU afin de soutenir l'avancement dans la collecte de données
- Mettre en place et recommander des projets de recherche au conseil d'administration
-  tudier et émettre des recommandations au conseil d'administration pour l'obtention de subventions de la part de compagnies privées ou autres sources potentielles de financement pour la recherche sur les SMU
- Faire régulièrement un compte-rendu sur les activités du comité au conseil administratif et au comité exécutif
- Effectuer toutes autres tâches assignées par le comité exécutif et le conseil d'administration

OBJECTIFS

Augmenter le nombre de paramédics contribuant à des projets d'études et à la publication de livres officiels. En encourageant des partenariats, le comité de recherche s'engage à soutenir les relations qui accroissent les initiatives de recherches à travers le Canada.

PROCHAINES ÉTAPES :

Le comité s'engage à mener à terme le projet du programme national de recherche sur les SMU ainsi que les autres projets énumérés. L'objectif pour 2012 sera de travailler avec le comité de performance qui est à établir des relevés de données en vue de la création de la base de données nationale sur les SMU.

TERMS OF REFERENCE

The Committee is responsible for influencing and informing EMS related research. The committee consists of a Chairperson, appointed by the President, and two other Directors of the Board, working groups established for specific goals and objectives will be established as required, appointed by the Committee Chairperson.

TERMES DE RÉFÉRENCE

Le comité est responsable de l'information et de la mise en œuvre de projets de recherches reliées aux SMU. Le comité consiste d'un président, nommé par le président du conseil d'administration, de deux directeurs membres du comité d'administration ainsi que de groupes de travail. Ces groupes seront mis en place par le président du comité selon des mandats et des objectifs spécifiques.



COMMITTEE CHAIRPERSON PRÉSIDENTE DU COMITÉ
Chief Doug Socha

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

Chair / Présidente

Doug Socha

Co-Chair / Co-Président

Gerard Dinn

Blair Bigham

Ian Blanchard

Ryan Brown

Carmen D'Angelo

Jan Jensen

Trevor Lang

MarieHelene Proulx

Paul Raftis

Michel Ruest

Darren Sandbeck

Michael Sanderson

Kristy Smaggus

Sean Teed

Laura Thomas

Charlene Vacon

Ex-officio / Ex-offici :

Kelly Nash,

Executive Director /

directrice administrative

Ex-officio / Ex-offici :

Michael Nolan,

President / président

THE CANADIAN NATIONAL EMS RESEARCH AGENDA: AN UPDATE PROGRAMME NATIONAL DE RECHERCHE SUR LES SMU CANADIENS : MISE À JOUR

Research is an essential component of healthcare. Research leads to improvements in the quality, safety and effectiveness of health services, including EMS. Research agendas are a strategic roadmap to improve the amount and quality of research conducted and used to make decisions. These roadmaps can lead to increased teamwork and better communication among various groups of people, which can help the groups plan for the future together. The purpose of this study, titled the Canadian National Emergency Medical Services (EMS) Research Agenda (from here forward, referred to as the 'EMS Research Agenda') is to identify and explore the following:

- To identify and explore barriers that currently exist in the development and conduct of EMS research in Canada.
- To identify and explore opportunities that currently or potentially exist that would aid the development of EMS research in Canada.
- To make recommendations for change/next steps in order to overcome barriers and capitalize on opportunities.
- To identify EMS topics for future study.

The study consisted of three phases:

1. baseline qualitative interviews in which a sub-sample of 13 participants were interviewed (March – May 2011);
2. the Newfoundland roundtable session in which 47 participants from across the country met to discuss Canadian EMS research (June 2011); and,
3. an online Delphi consensus survey (August – November 2011). All 53 participants were invited to participate in the three-round consensus survey, which measured the level of consensus the participants had on the statements generated during the roundtable.

The results of the qualitative interviews were presented at the National Association of EMS Physicians annual conference in Tucson, Arizona in January 2012, and the abstract can be found in Prehospital Emergency Medicine, January 2012 issue. Two abstracts have been accepted for oral presentation at the Canadian Association of Emergency Physicians conference in June 2012 in Niagara Falls, Ontario. One paper has been published in BMC Emergency Medicine, which outlines the methods of this study, and two results papers are being prepared for submission.

The results of this study will inform partners who work within EMS (such as paramedics, managers and EMS physicians) as well as, EMS researchers, who can use the knowledge to improve the way EMS research is conducted. Results can then be used in systems across the country.

The hope is these advances in Canadian EMS research will lead to improvements for patients, professionals and EMS systems, because of the increased quality research evidence available.

The EMS Research Agenda is a project of the EMS Chiefs of Canada. Generous funding has been provided by: the Paramedic Association of Canada, the Calgary EMS Foundation, the Nova Scotia Health Research Foundation, the Canadian Institutes of Health Research and the Canadian Police Research Centre. Total funding for the project including in kind is estimated at \$171,050.00. The research was conducted at the Dalhousie University Division of EMS, Halifax and the University of Toronto La Ki Shing Knowledge Institute (RESCU). Research ethics board approvals were received from the Capital District Research Ethics Board, Halifax and St. Michael's Hospital Research Ethics Board, Toronto.

For more information on the EMS Research Agenda study, please see:

<http://www.emscc.ca/blog/nra/>

La recherche est une composante fondamentale des soins de santé. Elle donne lieu à des améliorations dans la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins prodigués, incluant ceux des SMU. Les programmes de recherche sont des feuilles de route stratégiques, qui améliorent la quantité et la qualité des recherches menées et qui sont utilisées pour prendre des décisions. Elles peuvent aussi mener à une meilleure communication et collaboration entre différents groupes de personnes et ainsi aider la planification à venir. Cette étude, intitulée Programme national de recherche sur les services médicaux d'urgence canadiens (dorénavant intitulée programme de recherches des SMU) vise à identifier et étudier ce qui suit :

- Les obstacles qui existent actuellement dans l'élaboration et la gestion de la recherche au Canada
- Les opportunités qui existent actuellement ou seraient possibles, et qui aideraient au développement de la recherche sur les SMU au Canada
- Faire des recommandations pour des changements ou de prochaines étapes à suivre pour surmonter les obstacles et ainsi tirer profit des opportunités
- Des sujets de recherche pour de futures études

L'étude comportait trois phases :

1. la réalisation d'entrevues qualitatives de référence portant sur un sous-échantillon de 13 participants (mars à mai 2011);
2. l'organisation d'une table ronde à Terre-Neuve, où 47 participants à travers le Canada se sont rencontrés pour discuter des recherches canadiennes concernant les SMU (juin 2011); et
3. une enquête consensuelle en ligne de type Delphi (août à novembre 2011). Tous les 53 membres ont été invités à participer au sondage de trois rondes, qui évaluait le niveau de consensus parmi les participants à l'égard des énoncés déterminés lors de la table ronde.

Les résultats des analyses d'entrevues qualitatives ont été présentés à la conférence annuelle du National Association of EMS Physicians, qui s'est tenu à Arizona, au Texas, en janvier 2012. Le résumé de ces résultats peut être repéré dans la publication Prehospital Emergency Medicine, de janvier 2012. Deux résumés ont été acceptés pour présentation à la conférence Canadian Association of Emergency Physicians, qui se tiendra en juin 2012, à Niagara Falls, en Ontario. Un article présentant la méthode de recherche retenue pour réaliser cette étude a été publié dans le BMC Emergency Journal. Deux autres articles sont en cours de rédaction et seront soumis pour publication ultérieurement.

Les conclusions de cette recherche serviront à informer les partenaires travaillant au sein des services médicaux d'urgences (paramédics, gestionnaires et médecins) ainsi que les chercheurs des SMU, qui pourront, à leur tour, utiliser ses renseignements afin d'améliorer la façon dont la recherche est menée sur les SMU. Ces résultats pourront ensuite être utilisés par chaque système d'urgence à travers le pays. En produisant des évidences scientifiques de meilleure qualité, il y a espoir que la recherche concernant les SMU mènera à des améliorations pour les patients, les professionnels et les systèmes médicaux d'urgence.

Le programme de recherche est un projet des Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada. Le généreux financement a été offert par : l'Association des paramédics du Canada, le Calgary EMS Foundation, le Nova Scotia Health Research Foundation, l'Institut de recherche en santé du Canada et le Centre canadien de recherche policière. Le financement total du projet est estimé à 171,050.00\$. La recherche a été menée à la faculté des soins médicaux d'urgence de l'Université Dalhousie, à Halifax et le La Ki Shing Knowledge Institute de l'Université de Toronto (RESCU). Le Capital District Research Ethics Board d'Halifax et le St-Michael's Hospital Research Ethics Board, à Toronto, ont donné leur approbation aux comités d'éthique sur la recherche.

Pour plus d'information sur le programme de recherche sur les SMU, allez sur le site :

<http://www.emscc.ca/blog/nra/>

OTHER RESEARCH PROJECTS AUTRES PROJETS DE RECHERCHE

The EMS Chiefs of Canada through the committee has supported partnerships with Premergency as well as the Centre for Police Research Centre in an evidence based research program for the Tri-Services as well as an EMS Gap Analysis project. Over the past year there have been three evidence based courses offered in Montreal, Victoria and Regina. The classes consisted of eight specific spots for each police, fire, and paramedics. Each course provides an overview of the research process. Participants came to the course with an idea surrounding a research question. The question was developed, literature reviews performed, statistical analysis along with research grant proposals and funding agencies were all described. The program exposed participants to opportunities and provided a research toolbox.

While the research agenda is identifying barriers, strengths, opportunities, and topics for future study, the gap analysis project is designed to look at all components of the profession and determine where gaps exist. This could include operations, leadership, and quality assurance initiatives. A literature review of all papers is being compiled and will be linked into a database using key word searches.

The committee has also been working with the Chemical, Biological, Radiological- Nuclear and Explosive (CBRNE) Research and Technology Initiative (CRTI) on workshops to help foster relationships and help promote EMS research priorities. Through a collaborative process using capability based planning and reviewing the target capability list the next plan of research priorities can be developed.

The committee continues to work in partnership internationally with the Centre for Leadership, Innovation and Research (CLIR) updating members on any safety concerns. As this is 100% anonymous, reports are generated and sent to all members to help reduce risk and increase opportunities for communication.

Finally, I would like to thank all members of the research committee for all of their outstanding work and commitment over this past year. Many long hours have been spent in moving a significant amount of work.

I also would like to thank the partnerships that have been strengthened in moving EMS research forward. The Paramedic Association of Canada, Centre for Police Research Centre, CBRNE Research and Technology Initiatives, Calgary EMS Research Foundation, the Ontario Paramedic Research Consortium, Nova Scotia Health Research Foundation, are only a few of the many partners that are required to move all of the committee work forward.

With the goal in 2012 of launching the Canadian EMS Research Agenda and with the development of a national database, EMS will be well positioned in moving any research initiative forward.

Sincerely

Chief Doug Socha, Chair

Les directeurs des soins médicaux d'urgence (SMU) du Canada, par l'intermédiaire du comité sur la recherche, appuient les partenariats avec Premergency et le Centre canadien de recherche policière, pour la réalisation du programme sur la recherche factuelle offerte aux trois services d'urgence ainsi qu'au projet sur l'analyse des lacunes dans la littérature concernant les SMU. Au cours de la dernière année, il y a eu trois cours basées sur ces données offerts à Montréal, Victoria et Regina. Les classes se composaient de huit places pour chaque service d'urgence (policiers, pompiers et paramédics). Chaque cours donnait un aperçu des processus de recherche. Les participants arrivaient en classe avec des idées de discussions entourant une question de recherche. La question était développée, et un exercice sur la recension des écrits était réalisé. Des concepts de base d'analyse statistique ainsi que les principaux organismes subventionnaires et les procédures reliées aux propositions pour l'obtention de ces subventions de recherche étaient présentés. Le programme exposait les participants à plusieurs opportunités et leur fournissait des outils de travail.

Alors que le but du programme est d'identifier les obstacles, les forces, les opportunités, et les sujets pour de prochaines études, le projet d'analyse des lacunes dans la littérature concernant les SMU est conçu pour examiner les composantes de la profession et déterminer où se situent les lacunes. Cela pourrait inclure des publications reliées aux opérations, aux leaderships et aux initiatives d'assurance-qualité. Une recension des écrits sera compilée et joint dans une base de données, le tout accessible par la recherche de mots-clés.

Le comité travaille également avec l'Initiative de recherche et de technologie chimique, biologique, radionucléaire et explosive (IRTC) sur des ateliers afin de favoriser les relations de travail et aider à promouvoir les priorités de recherche au sein des SMU. Par un processus de collaboration utilisant la planification axée sur les capacités et en observant les cibles de capacité, le prochain plan de priorités de recherche peut être élaboré.

Le comité travaille aussi en partenariat au niveau international avec le Centre du leadership, de l'innovation et de la recherche (CLIR) sur les questions de sécurité. Puisque cet outil de référence est 100 % anonymes, les rapports sont rédigés et envoyés à tous les membres, aidant ainsi à réduire les risques et accroître les possibilités de communications.

Enfin, je tiens à remercier tous les membres du comité de recherche pour leur travail exceptionnel ainsi que l'engagement donc ils ont fait preuve au cours de la dernière année. Beaucoup d'heures ont été dépensées à l'accomplissement d'une quantité importante de travail. Je tiens également à remercier les partenariats qui ont été consolidés permettant l'avancement de la recherche concernant les SMU. L'Association des paramédics du Canada, le Centre canadien de recherche policière, avec l'Initiative de recherche et de technologie chimique, biologique, radionucléaire et explosive (IRTC), la Calgary EMS Research Foundation, l'Ontario Paramedic Research Consortium et le Nova Scotia Health Research Foundation, ne sont que quelques-uns des nombreux partenaires qui nous ont été d'un précieux aide dans l'ensemble des travaux et qui permettent au comité d'aller de l'avant.

Avec comme objectif de lancer le programme canadien de recherche sur les SMU ainsi que d'élaborer une base de données nationale en 2012, les SMU seront bien placés pour faire avancer la recherche.

Sincèrement,

Doug Socha, Directeur des soins médicaux

HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

- We have worked to maintain and nurture the relationships of our current Gold and Silver partners.
- We are currently investigating a partnership strategy with a Sponsorship Marketing Firm to pursue future possible revenue streams for our sustainability.
- At our Fall Board meeting we facilitated time between our Sponsors and a Day on the Hill with Members of Parliament, along with participating members of the EMSCC. It was a very successful event and the first time we had held this networking/ Sponsors opportunity. The feedback from our Sponsors was very positive.

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

- Nous avons travaillé au maintien et l'amélioration de nos relations avec nos partenaires Or et Argent.
- Nous travaillons sur une stratégie de commandites en collaboration avec une firme spécialisée en Marketing de commandites afin d'assurer un financement stable de notre organisation.
- Durant la rencontre du Conseil d'administration tenue l'automne dernier, nous avons prévu du temps afin que nos commanditaires se rencontrent et ils ont accompagné nos membres lors de rencontres avec les députés lors de notre journée de lobby sur la colline. Cette journée a été un succès. Les commentaires de nos commanditaires ont été très positifs suite à l'événement.

COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

Develop an appropriate process and related activities for the recruitment of Corporate Sponsors in accordance with the Association's bylaws and policies and in line with the strategic direction of the Association. The Sponsorship Sub-Committee is responsible for co-coordinating activities required for the recruitment of Corporate Sponsors and securing sustainable funding for the Association.

Mettre en place un processus et des activités afin de recruter des commanditaires corporatifs, tout en respectant les règles et politiques de l'association et le plan stratégique de celle-ci. Le sous-comité sur les commanditaires est responsable de la coordination des activités nécessaires au recrutement des commanditaires corporatifs et d'assurer un financement durable pour l'association.

PURPOSE / BUT

To review and address the following recommendations:

- Continue to pursue existing "targets"
- Look to other similar sources (Foundations)
- Explore the cost/service of a fundraising support strategy
- Design/conduct a fundraising "Gala"
- Review Sponsorship "packages"

Revoir et considérer les recommandations suivantes:

- Poursuivre les démarches envers des entreprises déjà ciblées
- Explorer des sources de financement similaires telles que des

fondations

- Évaluer le coût versus valeur d'une stratégie de support au financement
- Organiser un gala de financement
- Revoir le matériel de financement

OBJECTIVES / OBJECTIFS

- Continue to foster relationship with the association's current sponsors and ensure our contractual obligations are met.
- Target a list of potential sponsors interested in partnering with the association.
- Explore revenue streams other than corporate sponsorship to augment the association's revenue streams.
- Entretenir les liens entre l'association et nos commanditaires actuels afin de s'assurer que nos obligations contractuelles sont respectées.
- Faire une liste d'organisations qui pourraient être intéressées à un partenariat avec l'association
- Envisager de nouvelles sources de revenus en plus des commanditaires corporatifs de manière à augmenter le financement de l'association



Credit / Crédit: AHS

TERMS OF REFERENCE

The Sponsorship Sub-Committee is responsible for coordinating activities required for the recruitment of Corporate Sponsors and Partners. The committee consists of a Chairperson, appointed by the President, and two other Directors of the Board, appointed by the Committee Chairperson. The President is an ex-officio member of all Committees.

TERMES DE RÉFÉRENCE

Le sous-comité sur les commanditaires est responsable de coordonner les activités nécessaires afin de créer des partenariats et de trouver des commanditaires corporatifs. Le comité est composé d'un président nommé par le président de DSMUC et de deux directeurs qui sont membres du Conseil d'administration qui sont nommés par le président du comité. Le président de DSMUD est membre ex-officio de tous les comités.



COMMITTEE CHAIRS / CO-RÉSIDENTS DU COMITÉ

John Cunnane, Director,
Emergency Services Division Region of Niagara
Dave Dutchak,
President & CEO, M. D. Ambulance Care Ltd.

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

Kelly Nash, Executive
Director EMSCC



“Ferno Canada was the inaugural founding Gold sponsor of the EMSCC, Ferno feels this relationship is vital to the growth of the EMS profession in Canada and presents a forum to effectively discuss new trends and products within the profession.”

“Ferno était le commanditaire-fondateur d’or inaugur  de la EMSCC, Ferno estime que cette relation est essentielle à la croissance de la profession EMS au Canada et présente un forum pour discuter efficacement des nouvelles tendances et des produits au sein de la profession.”

The Ferno Purpose

Seeking to be trusted advisors, by listening to understand your needs, it inspires us to create and deliver valued solutions in premier EMS, Rescue, Fire, Police, and Mortuary Services.

Le but Ferno

Cherchant à être des conseillers de confiance, par l’écoute pour comprendre vos besoins, ce qui nous inspire pour créer et livrer des solutions de valeur dans le domaine premier EMS, sauvetage, incendie, police, et services mortuaires.

Ferno Canada has been one of Ferno's top performing International Divisions, being recognized as the premier Global Division in 2007 and 2009. Recently, Ferno Canada expanded its product portfolio with the introduction of the Acetech vehicle informatics division. Acetech offers emergency services an unrivaled portfolio of tools to keep its people and vehicles safe. In addition to fleet management benefits, it also provides fuel saving modules and asset tracking protection.



Bruce Whitaker
President & General
Manager

Ferno Canada a été la division internationale la plus performante; elle a été reconnue comme la première division mondiale en 2007 et 2009. R cemment, Ferno Canada a diversifié sa gamme de service avec l’introduction de la division “véhicule informatique Acetech”. Les services d’urgence offerts par Acetech comprennent divers outils afin d’assurer la sécurité des personnes et des véhicules. En plus des prestations de gestion de flotte, il fournit également des modules d’économie de carburant et de protection de suivi des actifs.



HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

The EMSCC Performance Measures Data Dictionary is available to members on the EMSCC website: www.emscc.ca

The committee continues to focus efforts on the development of best practices:

1. Inventory standards and service goals currently in use across the members' services.
2. Research other relevant standards and goals and related data.
3. Identify values that can be considered "best practice" across services.

The development of a data repository requires working closely with the EMSCC Research Committee, as the creation of a national data repository is one of their key committee deliverables.

The Performance Measures Committee is anticipated to become a major contributor to the EMSCC National Data Repository.

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

Consultez le dictionnaire des indicateurs de performance, développés par le EMSCC sur le site internet : www.emscc.ca

Le comité maintient ses efforts sur le développement des meilleures pratiques :

1. Tenir l'inventaire des normes et objectifs utilisés et visés par les différents services
2. Identifier d'autres normes, objectifs et données connexes
3. Identifier les valeurs communes pouvant être considérées comme les "meilleures pratiques" pour l'ensemble des services.

Le développement d'un entrepôt de données exige une collaboration étroite avec le comité de recherche du EMSCC puisque cette activité initiative fait partie de leur plan d'action.

Le comité des mesures de performance souhaite devenir un partenaire majeur du EMSCC dans le développement d'un entrepôt national de données.



COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

PURPOSE / BUT

The development of national, evidence based, performance measures that are comprehensive and able to be broadly applied.

Le développement d'indicateurs de performance nationaux concrets et facilement applicables par tous les intervenants d'urgence au Canada.

OBJECTIVES / OBJECTIFS

- Build national participation and consensus *Susciter la participation nationale et développer une approche par consensus*
- Develop language that will allow common comparisons that take into account geographic and population diversity as well as service delivery models *Développer un vocabulaire commun qui tient compte de la situation géographique, de la diversité de la population ainsi que des différents modèles de services*
- Support and participate in the development and implementation of a rigorous data collection process, including the identification of key data areas and standardized reporting mechanisms *Soutenir et participer au développement et à la mise en œuvre d'un processus de collecte de données rigoureux, qui inclut les données clés par zones géographiques et les mécanismes de déclarations uniformisés*
- Improve sharing of performance data to develop benchmarks and promote best practices for EMS services *Améliorer le*

partage des données opérationnelles afin de développer des étalons de mesures (benchmark) et promouvoir les meilleures pratiques pour les services d'urgence

NEXT STEPS / PROCHAINES ÉTAPES:

- Data Repository - The development of a National Data Repository to efficiently and securely collect and retain data. *Entrepôt de données - Mettre en place une plate-forme permettant de regrouper les données nationales et de les conserver de façon sécuritaire.*
- 1. Best Practices - Identification of performance leaders and dialogue around best practices that can be shared across EMS services. *Meilleures pratiques - Identifier les intervenants les plus performants et partager les meilleures pratiques à tous les intervenants médicaux d'urgence.*
- 2. Performance Measures Ongoing Support- identification of new performance measures, as well as ongoing critical analysis of performance data to confirm relevance, reliability and validity. *Support continu des indicateurs de performance - Identifier les nouvelles mesures de performance et effectuer des analyses critiques des données de performance afin de confirmer la pertinence, la fiabilité et la validité.*

TERMS OF REFERENCE

In accordance with the EMS Chiefs of Canada's stated goals, our mission is to contribute to the systematic improvement of EMS delivery through the advancement of National Performance Measures. The committee reports to the EMSCC board of directors via meeting minutes and presentations. Committee membership reflects the diversity of EMS across Canada and is approved by the EMSCC Board of directors. Members are expected to serve a two (2) year term, renewable depending on the needs of the Committee. Every two years the membership will be reviewed to ensure that it is representative of the diversity of EMS across

TERMES DE RÉFÉRENCE

Conformément aux objectifs définis par les EMSCC, notre mission est de contribuer à l'amélioration continue des services médicaux d'urgence grâce au développement d'indicateurs de performance nationaux. Le comité rend des comptes au comité de direction du EMSCC par le biais de procès-verbaux et de présentations. La composition du comité, approuvée par le comité de direction du EMSCC, reflète la diversité des intervenants d'urgence et ce, partout au Canada. Les membres du comité siègent pour un mandat de deux ans, renouvelable selon les besoins du comité. Tous les deux ans, la composition du comité est examinée afin de s'assurer qu'elle représente la diversité des intervenants d'urgence du Canada.



COMMITTEE CHAIRPERSON PRÉSIDENTE DU COMITÉ

Christian Schmidt & Janice Dooley

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

Greg Vogelaar,
Alberta Health Services
Clayton Lund,
MD Ambulance Service
Kim Gutwin,
Regina Qu'Appelle Health Region
Gord Bellavance,
Regina Qu'Appelle

Health Region
Joe Kowal,
Winnipeg Fire Paramedic Service
Christian Schmidt,
Winnipeg Fire Paramedic Service
Richard Ferron,
Niagara EMS
Robert Yu,
Toronto EMS

Dave Lyons,
Toronto EMS
Kris Kurs,
Ottawa Paramedic Service
Ashley Murfin,
Ottawa Paramedic Service
Lyne De Grasse,
Urgences-Santé

Susan Dugas,
Ambulance New Brunswick
Edgar Goulette,
Ambulance New Brunswick
Stephan Hanley,
Ambulance New Brunswick
Dana Richard,
Ambulance New Brunswick

HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

Webinars:

- **March 2011** – Community Paramedicine
- **April 2011** – Where Paramedics Stand on the Political Agenda
- **May 2011** – CPAS
- **June 2011** – Patient Centred EMS: ALS, BLS, Omega... MEDIC: Charlotte, N.C.
- **September 2011** – In Introduction to COPR
- **October 2011** – Leadership Development Committee open Mic: How to Communicate with Staff Successfully
- **November 2011** – Election Round-up: Where Paramedics Stand on the Political Agenda”
- **December 2011** – EMS perspective of the New Zealand Earthquake
- **January 2012** – Combating Stress in EMS: A Leadership Responsibility
- **March 2012** – EMS Week Package Explained
- **April 2012** – Community Paramedicine Submission to Standing Committee on Health
- **May 2012** – Leadership Open Mic

Other Highlights:

- EMS Week Working Group developed our association’s first national EMS Week package
- EMSCC list server went live February 7, 2012
- Long Services Awards certificates and pins now being awarded
- On-line Kit Shop opens for business

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

Séminaires:

- **Mars 2011** – Paramédecine communautaire
- **Avril 2011** – Les paramédics et l’agenda politique
- **Mai 2011** – CPAS
- **Juin 2011** – SMU centré sur le patient: ALS, BLS, Omeg... MEDIC: Charlotte, N.C.
- **Septembre 2011** – Une introduction à OCRP
- **Octobre 2011** – Le Comité de développement du leadership à micro ouvert: Comment communiquer avec son personnel avec succès.
- **Novembre 2011** – Discussion d’après-élection: Les paramédics et l’agenda politique
- **Décembre 2011** – La perspective des paramédics sur le tremblement de terre en Nouvelle-Zélande.
- **Janvier 2012** – Combattre le stress dans les SMU: Une responsabilité des dirigeants
- **Mars 2012** – Les documents en vue de la semaine des SMU expliqués
- **Avril 2012** – Le mémoire sur la paramédecine communautaire présenté au Comité permanent de la santé
- **Mai 2012** – Micro ouvert sur le leadership

Autres Faits Marquants

- Le groupe de travail sur la semaine des SMU a développé les documents reliés à la première semaine nationale des SMU.
- Le serveur des listes de DSMUC a été rendu disponible le 7 février 2012
- Les certificats et les épinglettes pour long service sont maintenant décernés.
- La boutique en ligne est maintenant ouverte.

encourage and nurture leadership development of frontline leaders.

New to MSC activities are the EMS Week Working Group which has built and offered our association’s very first EMS Week package this spring. The package is available to EMSCC members via the website. The EMS Week Working Group will create and offer packages with a different theme each year. Another new activity is the opening of the EMSCC Kit Shop which permits on-line purchases of EMSCC related items.

première ligne.

Afin d’offrir de l’information à nos membres dans le cadre de la toute première semaine des SMU, le comité a ajouté à ses tâches celle de créer des documents qui sont disponibles dans la section des membres sur le site des DSMUC. Le groupe de travail sur la semaine des SMU créera et offrira des documents sur différents thèmes à chaque année. Le comité a aussi créé une boutique en ligne disponible sur le site de l’association où il est possible d’acheter des articles reliés aux DSMUC.

TERMS OF REFERENCE

PURPOSE

The committee shall provide value for membership.

SPECIFIC GOALS

The committee will work collaboratively with the Executive, the Board of Directors, and the various EMSCC committees to advance and align EMS Leadership in Canada by:

1. Being a repository of information for Best Practices
2. Supporting EMS Leadership Development and Networking
3. Leading in the Development and Advocacy of EMS Best Practices

REPORTING STRUCTURE

The EMSCC Membership Services Committee reports to the Executive Director and the EMSCC Board of Directors. In addition the Executive Director and the President receive copies of minutes.

Membership:

1. Chairperson (appointed by Board)
2. EMS leaders interested in Membership Services
3. Executive Director
4. Webmaster
5. Ad hoc topic members

Term:

- ongoing
- ongoing
- ongoing
- ongoing
- when needed

MEETING FREQUENCY, TIME AND LOCATION

The team will meet every Tuesday at 1400 hrs MST.

REMUNERATION

The work of the Membership Services Committee is voluntary.

TERMES DE RÉFÉRENCE

BUT:

Le comité s’assurera d’augmenter la valeur de l’adhésion à l’association.

OBJECTIFS:

En collaboration avec le comité exécutif, le Conseil d’administration et les autres comités des DSMUC, le comité travaillera à l’avancement du leadership des DSMUC notamment en :

1. Être le dépositaire de l’information concernant les pratiques exemplaires
2. Appuyer le réseautage et le développement du leadership des SMU
3. Être un leader dans le domaine du développement et du soutien des pratiques exemplaires

HIÉRARCHIE:

Le comité des services aux membres des DSMUC se rapporte au directeur exécutif et au Conseil d’administration des DSMUC. De plus, le directeur exécutif et le président recevront les procès-verbaux des rencontres.

Membership:

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Président nommé par le Conseil d’administration | Durée du mandat: continu |
| 2. Leaders de SMU intéressés par les services aux membres | continu |
| 3. Directeur exécutif | continu |
| 4. Webmestre | continu |
| 5. Membres ad hoc selon les sujets abordés | selon les besoins |

FRÉQUENCE DES RENCONTRES, HEURE ET ENDROIT:

L’équipe se rencontrera tous les mardis à 14h (Heure des Rocheuses)

RÉMUNÉRATION:

Les membres du comité sur les services aux membres sont bénévoles.

COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

The Membership Services Committee was founded in 1996 during a meeting of EMS leaders from across Canada (at a conference in Toronto called “After Shock”). The committee’s mandate is to provide value for membership while advancing and aligning EMS leadership across the country.

The committee is committed to:

- Being a repository of information for Best Practices
- Supporting EMS Leadership Development and Networking
- Leading in the Development and Advocacy of EMS Best Practices

A large part of the committee’s work involves communication and sharing of ideas with its membership. It does this via a semi-annual newsletter, the operation of the association website, the facilitation of the EMSCC list server, the maintenance of the on-line library, and monthly Webinars.

The MSC is also responsible for the annual EMSCC Awards of Excellence and the association’s long service awards program.

The committee has been exploring new opportunities to support EMS leadership development and networking. The committee is partnering with the EMS Leadership Development Committee and outside groups in the hopes of offering greater opportunities to

Le comité sur les services aux membres à été créé en 1996 lors d’une rencontre de leaders des SMU de partout au pays lors d’une rencontre à Toronto appelée « After Shock ». Le mandat du comité est d’augmenter la valeur de l’adhésion à l’association tout en travaillant à l’avancement du leadership des SMU à travers le pays.

Le comité s’engage à:

- Être le dépositaire de l’information concernant les pratiques exemplaires
- Appuyer le réseautage et le développement du leadership des SMU
- Être un leader dans le domaine du développement et du soutien des pratiques exemplaires

Une grande partie du travail du comité consiste à partager des idées et à communiquer avec les membres. Afin de remplir cette tâche, le comité crée un bulletin de nouvelles deux fois par année, opère le site web de l’association, facilite l’utilisation des listes des DSMUC, assure l’entretien de la librairie en ligne et organise mensuellement des séminaires en ligne.

Le comité s’occupe aussi des Prix d’excellence annuels des DSMUC et du programme des prix pour long service.

Le comité examine de nouvelles façons de soutenir le développement du leadership et le réseautage pour les SMU. En partenariat avec le comité de développement du leadership et des groupes externes, ce comité veut offrir des opportunités d’encourager la formation en leadership des leaders de



COMMITTEE CHAIRPERSON
PRÉSIDENTE DU COMITÉ

Ken Luciak

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

Craig Pierre
Kelly Nash
Lyle Karasiuk

Carrie Anderson
Sheryl Jackson
Todd Stout

Bob Eastman
Nick Thain
Sean Teed

ZOLL

ZOLL is proud to once again be a gold sponsor and to celebrate 10 years of continued partnership with EMSCC. Throughout the years, this partnership has allowed for continued development in resuscitation and critical care to improve the lives of people in communities across Canada.

This is a particularly exciting year for ZOLL as we enter into a new chapter in our corporate history. News has recently been released of the acquisition of ZOLL Medical Corporation by Asahi Kasei. Asahi Kasei is Japan's leading diversified chemical manufacturer with business in the health care, chemicals & fibers, homes & construction materials, and electronic sector announced on March 12th, 2012 the acquisition of ZOLL Medical Corporation. This transaction builds on the alliance made between the two companies in July 2011, under which Asahi Kasei has exclusive rights to market and distribute the ZOLL AED Plus in Japan. This merger will make ZOLL a wholly owned subsidiary of Asahi Kasei but will maintain the same current management teams. Business units and operations will remain intact.

This is momentous occasion for ZOLL as it will allow us to accelerate the realization of our mission to be the world leader in resuscitation technologies. We hope that you will join us in celebrating this milestone in our history.

ZOLL's comprehensive set of technologies helps clinicians, emergency medical technicians, and fire professionals treat victims needing resuscitation and critical care. ZOLL develops products for defibrillation and monitoring, circulation and CPR feedback, data management, fluid resuscitation, and therapeutic temperature management. Its innovative product lines, which include; temperature management technologies for managing the core body temperature of critically ill or surgical patients; and AutoPulse™, a revolutionary non-invasive cardiac support pump, represent significant potential drivers of growth for the company.

It is with great happiness that we share this exciting news with you.

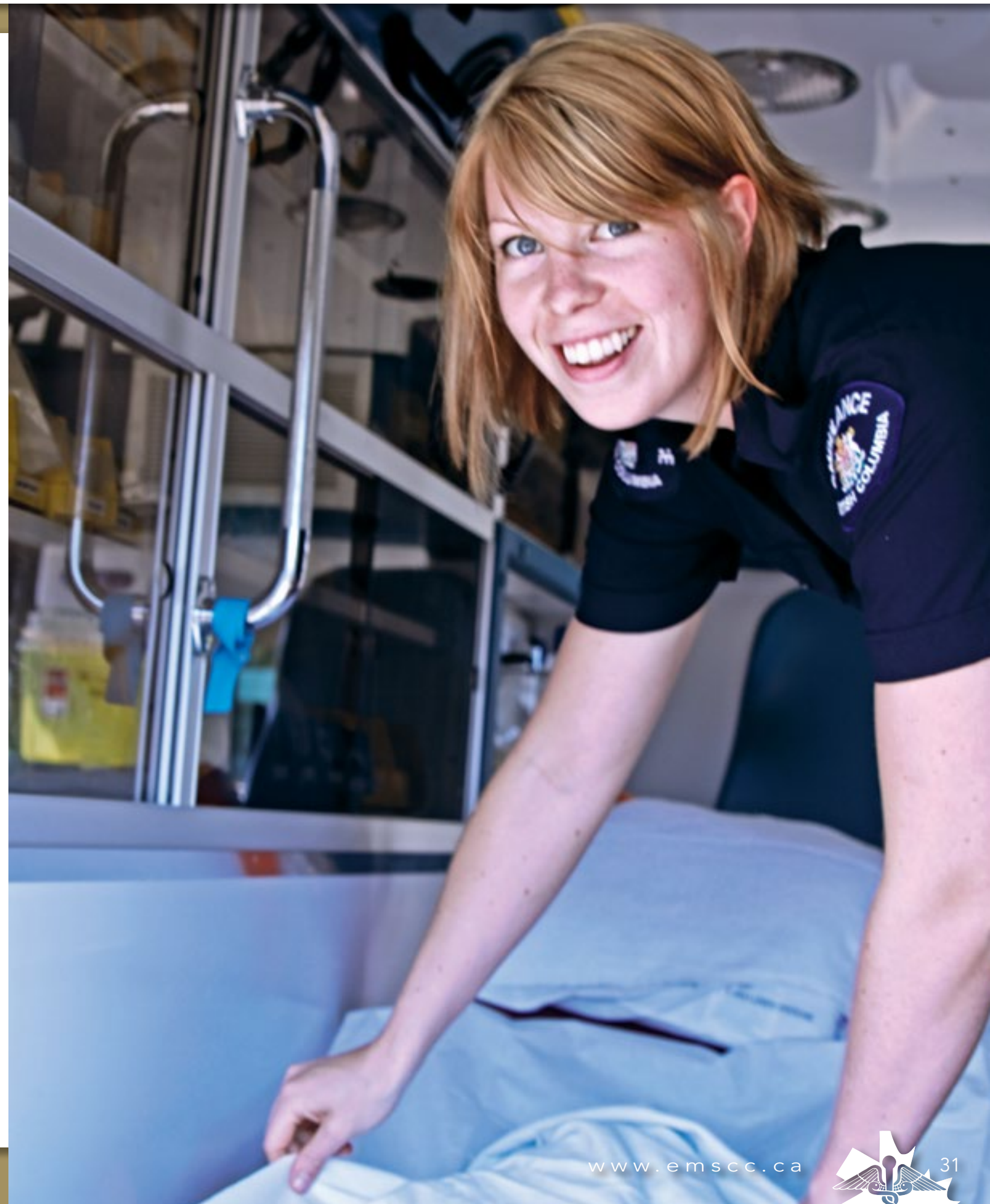
ZOLL est fière d'être encore une fois commanditaire niveau d'or et de célébrer 10 ans de partenariat continu avec EMSCC. Durant les 10 dernières années, ce partenariat a donné des opportunités pour des développements en ressuscitation et soins critiques pour améliorer les vies des Canadiens et Canadiennes.

Il s'agit d'une année particulièrement excitante pour ZOLL car nous entrons dans un nouveau chapitre de notre histoire corporative. Récemment, la nouvelle de l'acquisition de ZOLL par la compagnie Japonaise Asahi Kasei a été diffusée. Asahi Kasei, fabricant Japonais majeur de produits chimiques diversifiés avec des entreprises en soins de santé, fibres, matériaux de construction de maison et le secteur électronique a annoncé le 12 mars 2012 son intention d'acquérir ZOLL. Cette opération s'appuie sur l'alliance conclue entre les deux sociétés en juillet 2011 qui donne le droit exclusif à Asahi Kasei de commercialiser et distribuer l'AED Plus de ZOLL au Japon. Cette fusion fera ZOLL une filiale en propriété exclusive de Asahi Kasei mais conservera la même équipe de gestion actuelle. Les unités d'affaires et des opérations resteront intactes.

Ceci est une occasion mémorable pour ZOLL car cela nous permettra d'accélérer la réalisation de notre mission d'être le leader mondial dans les technologies de réanimation. Nous espérons que vous vous joindrez à nous pour célébrer cette étape importante dans notre histoire.

L'ensemble complet des technologies de ZOLL permet aux cliniciens, les techniciens médicaux d'urgence, et les professionnels d'incendies de traiter les victimes nécessitant des soins de réanimation et de soins critiques. La société développe et commercialise des technologies et produits destinés à l'amélioration des résultats de réanimation, notamment des produits utilisés pour la stimulation et la défibrillation cardiaque, la circulation ou la ventilation des victimes d'un arrêt cardiaque ou d'un traumatisme. La gamme de produits innovants comprend les technologies de gestion de la température ainsi que l'AutoPulse une pompe cardiaque non invasive révolutionnaire.

Il nous fait un grand plaisir de partager cette grande nouvelle avec vous.



HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

National Uniform Committee

A prototype has been developed and will be presented to the board of directors in June.

On-line Kit Shop

The vision involves making the uniform available for sale via the EMSCC On-line Kit Shop.

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

Le Comité sur la création d'un uniforme national

Un prototype a été développé et sera présenté au Conseil d'administration en juin.

Boutique virtuelle

Il est de notre intention de rendre l'achat de l'uniforme possible à travers la boutique virtuelle de DSMUC.

TERMS OF REFERENCE

PURPOSE

To create a dress uniform design for emergency medical services in Canada.

SPECIFIC GOALS

The committee will work collaboratively with the Executive, the Board of Directors, the Membership Services Committee and the Alliance of Canadian EMS Honour Guards to:

1. Create a nationally recognized dress uniform design
2. Facilitate the logistics necessary to make this uniform available for purchase in the EMSCC Kit Shop
3. Encourage emergency medical services, colleges and educational institutions to adopt this uniform for their paramedic and emergency medical dispatch personnel
4. Create a national Dress Uniform and Ceremonial Program manual

REPORTING STRUCTURE

The National Uniform Committee reports to the Executive Director and the EMSCC Board of Directors. In addition the Executive Director and the President receive copies of minutes.

Membership:	Term:
1. Chairperson (appointed by Board)	ongoing
2. EMS leaders interested in National Uniform project	ongoing
3. Executive Director	ongoing

MEETING FREQUENCY, TIME AND LOCATION

The team will meet at the call of the chair.

REMUNERATION

The work of the Membership Services Committee is voluntary.

TERMES DE RÉFÉRENCE

BUT

Créer un design pour un uniforme de cérémonie pour les Services Médicaux d'Urgence au Canada.

OBJECTIFS

En collaboration avec l'exécutif, le comité d'administration, le comité de services aux membres et l'Alliance nationale des gardes d'honneur canadiens des services médicaux d'urgence, le comité travaillera à :

1. Créer un design pour un uniforme de cérémonie qui soit reconnu nationalement
2. Assurer que l'uniforme soit disponible pour achat en ligne dans la boutique virtuelle de DSMUC
3. Encourager les services médicaux d'urgence, les collèges et institutions d'enseignement à adopter cet uniforme pour leur paramédics et leurs répartiteurs
4. Créer un manuel d'information sur l'uniforme de cérémonie national et sur les cérémonies

HIÉRARCHIE

Le comité sur la création d'un uniforme de cérémonie national se rapporte au directeur exécutif et au conseil d'administration de DSMUC. De plus, le directeur exécutif et le président reçoivent les procès-verbaux des réunions.

Membership:	Durée du mandat:
1. Président nommé par le Conseil d'administration	continu
2. Leaders de SMU intéressés le projet d'uniforme national	continu
3. Directeur exécutif	continu

FRÉQUENCE DES RENCONTRES, HEURE ET ENDROIT

L'équipe se rencontrera à la demande du président du comité.

RÉMUNÉRATION

Les membres du comité sur les services aux membres sont bénévoles.

COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

The National Uniform Committee was founded in 2010. The committee's mandate is to create a dress uniform design for emergency medical services in Canada.

This committee has created a prototype of a class-A uniform. The concept uniform is being presented to the board of directors for discussion at this year's June meeting in Vancouver.

The committee will be working with the Alliance of Canadian EMS Honour Guards to create a Canadian Dress Uniform and Ceremonial Program manual.

Le Comité sur la création d'un uniforme de cérémonie national a été fondé en 2010. Le mandat du comité est de créer un design pour un uniforme de cérémonie pour les services médicaux d'urgence au Canada.

Ce comité a créé un prototype d'uniforme de classe A. Le concept sera présenté au Conseil d'administration à la rencontre qui aura lieu en juin à Vancouver.

Le comité travaillera avec l'Alliance nationale des gardes d'honneur canadiens des services médicaux d'urgence afin de créer un manuel sur l'uniforme de cérémonie national et sur les cérémonies.

Credit / Crédit: Island EMS



COMMITTEE CHAIRPERSON
PRÉSIDENTE DU COMITÉ

Ken Luciak

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

- | | | |
|------------------|------------------|----------------|
| Blaine Barody | Dan Lewis | Joe Framer |
| Bruce Harford | Dave Reed | Zack Parrell |
| Gerald Murphy | Craig Pierre | David Pedersen |
| Blake den Hartog | Michael Cochrane | Marc Tschaja |

HIGHLIGHTS

UPDATE & CURRENT ACTIVITIES:

Webinars

- October 2011 – Leadership Development Committee open Mic: How to Communicate with Staff Successfully
- Fall 2012 – Leadership Open Microphone

Next Steps

- Establish EMS Leadership Framework
- Build Role Appropriate Leadership Competency Profile
- Provide mentorship opportunities for EMS leaders and aspiring leaders
- Continue to support EMS leadership research

FAITS SAILLANTS

NOUVEAUTÉS ET ACTIVITÉS COURANTES:

Séminaires virtuels

- Octobre 2011 – Le Comité de développement du leadership à micro ouvert: Comment communiquer avec son personnel avec succès.
- Automne 2012 – Leadership à micro ouvert.

Prochaines étapes

- Mettre en place un cadre en matière de développement du leadership
- Bâtir les profils de compétences selon les rôles des dirigeants
- Offrir des opportunités de mentorat aux leaders de SMU et aux futurs leaders.
- Continuer à appuyer la recherche en matière de leadership pour les SMU.

TERMS OF REFERENCE

PURPOSE

Support and encourage the development of tools, processes, forums, research, and partnerships to enhance the development of EMS leadership in Canada.

SPECIFIC GOALS

1. Develop, validate, and endorse a national leadership competency profile(s) for an EMS leader;
2. Collaborate with educational institutions to develop EMS leadership curriculum and programs that reflect the needs of EMS leaders;
3. Directly provide a variety of leadership education opportunities to EMS leaders;
4. Establish and promote executive and peer coaching networks as an effective way for EMS Chiefs to enhance their leadership capacity;
5. Encourage and support research in leadership development in EMS.

REPORTING STRUCTURE

This standing committee reports to the board of the EMSCC.

MEMBERSHIP

The membership of the Leadership Development Committee consists of current leaders of EMS systems in Canada who are members in good standing of the EMSCC.

Members of the Leadership Development Committee possess a strong working knowledge of leadership development methods and theories, along with leadership development experience in the strategic or operational environment.

TERM OF MEMBERSHIP

Members are expected to serve a two (2) year term, renewable depending on the needs of the Committee. Every two years the membership will be reviewed to ensure that it is representative of the diversity of EMS across Canada.

APPOINTMENT

A call for membership will be made to the membership of the EMSCC. The members are volunteers representing a wide variety of EMS services nationally.

TERMES DE RÉFÉRENCE

BUT

Appuyer et encourager le développement d'outils, de processus, de forums, de recherche et d'alliances dans le but de développer davantage le leadership des services médicaux d'urgence au Canada.

OBJECTIFS

1. Développer, valider et appuyer un profil de compétences national pour les leaders des services médicaux d'urgence (SMU);
2. Collaborer avec les institutions d'enseignement afin de développer des curriculums et des programmes qui reflètent les besoins des leaders des SMU;
3. Offrir des opportunités diverses de recevoir de l'éducation en matière de leadership au dirigeants des SMU;
4. Mettre en place et promouvoir des réseaux de coaching exécutif et par les pairs pour les directeurs de SMU afin d'accroître leur qualités de leadership;
5. Encourager et appuyer la recherche en matière de développement du leadership dans les SMU.

HIÉRARCHIE

Ce comité permanent se rapporte au conseil d'administration des DSMUC.

MEMBERSHIP

Le membership du Comité sur le développement du leadership est composé de leaders actuels de SMU au Canada qui sont en membres en bonne et due forme des DSMUC.

Les membres du Comité sur le développement du leadership possèdent une connaissance profonde des méthodes et théories de développement du leadership et de l'expérience en la matière dans des environnements stratégiques et opérationnels.

DURÉE DU MANDAT

Les membres sont nommés pour un mandat de deux (2) ans qui est renouvelable selon les besoins du comité. Tous les deux ans, le membership sera revu afin d'assurer la représentation d'une diversité de SMU à travers le pays.

NOMINATION

Un appel de candidatures sera envoyé auprès des membres des DSMUC. Les membres sont bénévoles et représentent une diversité de SMU à travers le pays.

COMMITTEE MANDATE / MANDAT DU COMITÉ

ESTABLISH THE EMS LEADERSHIP FRAMEWORK

The committee will work to establish a leadership framework that identifies a range of EMS Leadership Roles. By clearly identifying these roles, the committee will then be able to create appropriate competency profiles that will be in alignment with the levels of responsibility.

Through validation of the competency profiles, clear academic needs can be established that can then be compared to current program offerings and determine what if any gaps exist in relation to curriculum availability. It is the committee's intent that EMS organizations will be able to recommend responsibility level appropriate programming for their personnel as they evolve as EMS leaders.

It is recognized that diverse leadership skills are needed for different levels of responsibility and at alternate points in the organizational life cycles. It is the Leadership Development Committee's desire to identify those needs and create a means for organizations to access the right resources for the right people at the right time, in order to meet their organizational demand. Through establishing the framework aspiring leaders will be able to assess career path options and access information to assist them in determining their developmental and educational needs.

Organizations will have assistance in assessing for potential future leaders in order to assist in succession planning and build the capacity of their people.

The Leadership Development Committee will work towards establishing mentorship programming in order to support current leader transition and future leadership development.

CHALLENGES

The Leadership Development Committee has been challenged by the availability of its members to participate in the demanding and exciting ground breaking tasks of the committee. We are working to revise membership criteria and engage members to the fullest extent to move forward in our mandate.

METTRE EN PLACE UN CADRE EN MATIÈRE DE LEADERSHIP DANS LE SMU

Le comité travaillera dans le but de mettre en place un modèle en matière de leadership qui identifiera un certain nombre de rôles de gestion dans les SMU. En identifiant clairement ces rôles, le comité sera en mesure de créer des profils de compétences qui seront mis en parallèle avec les différents niveaux de responsabilité.

En validant les profils de compétences, les besoins académiques seront évalués afin de les comparer aux programmes existants et déterminer s'il existe un écart entre les besoins et les curriculums présentement offerts. Il est de l'intention du comité de permettre aux organisations de SMU d'offrir à leur personnel de la formation afin de favoriser le développement du leadership.

Diverses compétences en leadership sont nécessaires à différents niveaux de responsabilité et à différents moments durant le cycle de vie d'une organisation. Il est dans l'intention du comité d'identifier les besoins des organisations et de leur donner accès aux bonnes ressources pour les bonnes personnes au moment où elles en ont besoin, de façon à répondre à la demande organisationnelle. En mettant sur place un cadre, cela permettra aux futurs leaders d'évaluer leurs options de carrière et d'avoir accès à de l'information leur permettant de déterminer leur besoins éducatifs et de planifier leur développement.

Les organisations auront accès à de l'aide afin d'évaluer les futurs leaders afin de mieux planifier la succession et de développer les compétences de leur personnel.

Le Comité de développement du leadership travaillera à mettre sur pied un programme de mentorat afin de soutenir la transition entre les leaders actuels et le développement d'une future génération de leaders.

DÉFIS:

Le comité a fait face au défi de la disponibilité des membres pour participer aux tâches exigeantes du comité. Nous travaillons actuellement à revoir les critères d'adhésion et la façon d'impliquer pleinement les membres afin de remplir avec succès notre mandat.



COMMITTEE CHAIRPERSON / CO-PRÉSIDENTS DU COMITÉ
Ken Luciak & Collin Hartness

COMMITTEE MEMBERS / MEMBRES DU COMITÉ

Nicola D'Ulisse
Les Fisher

Trevor Maslyk
Michel Ruest

Christian Schmidt
Doug Soucha

“2011 was a ground-breaking year in the development of the ongoing partnership between industry and the EMS Chiefs of Canada. The Physio-Control Team was extremely proud to stand beside our EMS friends during the EMSCC Government Relations Week in Ottawa.

Through these innovative initiatives, our continuing relationship will ensure that we can find solutions to deliver exceptional patient care in the most difficult of emergency medical situations.”

“2011 a été une année marquante pour le développement du partenariat entre l’industrie et les chefs des services d’urgence du Canada. L’équipe de Physio-Control est extrêmement fière de participer avec ses partenaires des services médicaux d’urgence à la semaine EMSCC des Relations gouvernementale à Ottawa. Ce genre d’ v nement nous permet de maintenir des liens et de développer notre relations de partenariat afin de trouver des solutions pour offrir des soins exceptionnels dans les situations d’urgence médicales les plus difficiles.”



Brian Webster
CEO, Physio-Control, Inc.

In 1955 Physio-Control pioneered defibrillation technology...

Innovation never stops.

Physio-Control continues to advance emergency care through science-driven innovation and new, connected emergency care medical response technologies for in-hospital and out-of-hospital use. The company is the world’s leading provider of professional emergency medical response solutions and their professional products include LIFEPAK® monitor/defibrillators, the LUCAS®2 chest compression system, and the LIFENET® System cloud-based data management tools. Physio-Control also provides a line of automated external defibrillators (AEDs) for emergency use by bystanders in workplace environments, airports, schools and communities.

Physio-Control and its Canada-based team members are honored to be Gold Sponsors of the EMS Chiefs of Canada conference.

Physio-Control continue d’améliorer les soins d’urgence par le biais d’innovations axées sur les sciences et les nouvelles technologies d’intervention médicale, et soins d’urgence pour une utilisation en milieu hospitalier et hors de l’hôpital. L’entreprise est le leader mondial des solutions professionnelles d’intervention médicale d’urgence et leurs produits professionnels comprennent les moniteurs/défibrillateurs LIFEPAK ®, le système de compression du thorax LUCAS ® 2 et les outils de gestion de données basées sur des plates-formes Web LIFENET ® système. Physio-Control fournit également une gamme de défibrillateurs externes automatisés (DEA) d’urgence conçus pour le premier intervenant, témoin d’une situation d’urgence dans les endroits publics tels : le milieu de travail, les aéroports, les écoles, les centres commerciaux, etc. L’équipe de Physio-Control basée au Canada est honorée d’être le commanditaire Or de la Conférence EMSCC

For more information about Physio-Control products contact 1-800-895-5896 or learn more at www.Physio-Control.com.



 2012 Physio-Control, Inc. Redmond, WA 98052 USA. All rights reserved





During the 2011 Federal Election, the Emergency Medical Services Chiefs of Canada pressed all political parties on five specific issues:

- Mandatory automated external defibrillators in all public buildings;
- An end of 911 access fees and better user-location information from wireless carriers;
- Debt forgiveness for Acute Care Paramedics willing to work in rural and remote parts of Canada;
- Community Paramedics to reduce primary care burden; and,
- A national standard of paramedic care.

While there is much more that we could have tackled, it was felt that these proposals were realistic and would have a direct impact on the health of Canadians. A little over a year later, EMSCC is pleased to report that we have made significant progress on achieving our objectives.

Prime Minister Stephen Harper followed through on his election promise to spend \$2.5 million a year for four years to install defibrillators in public arenas. This was a significant victory for EMSCC and we immediately offered our assistance in implementing the program. EMSCC is now talking to Health Canada to see what role paramedics can play in logistics and training.

We are also pleased to report that the Canadian Radio-Television and Telecommunications Commission is now examining how to improve wireless user-location information across the country. A representative from EMSCC has been included on the expert subcommittee and we are confident that changes will come. The issue is far too important for the status-quo.

Progress is being made on the issue of debt forgiveness for ACPs willing to work in rural areas – though not as quickly as we would like. EMSCC has met with officials from the Ministry of Finance and key staff from the Treasury Board to state the case for adding our profession to the list, along with doctors and nurses. While they recognized the validity of our arguments, it was clear that for this budget cycle the government was more interested in savings than program spending. EMSCC will continue to push for equal treatment in the months ahead.

Lors de l'élection fédérale de 2011, les chefs des Services médicaux d'urgence du Canada ont questionné les partis politiques sur les éléments suivants :

- Équiper tous les édifices publics de défibrillateurs externes automatisés ;
- Éliminer les frais associés au services du 9-1-1 et développer la capacité de localisation du lieu de l'appel pour les utilisateurs de réseaux sans fil;
- Annuler la dette pour Acute Care Paramedics désirant travailler dans les régions rurales et éloignées du Canada ;
- Réduire le fardeau des communautés en ce qui a trait aux soins de santé primaires;
- Développer une norme nationale pour encadrer les soins pré hospitaliers d'urgence.

Cependant, il y a beaucoup plus d'enjeux que ceux que nous venons d'aborder. Nous estimons que les éléments ci-haut mentionnés, soulevés auprès des parti politiques étaient réalisables et pourraient avoir un impact direct sur la santé des Canadiens. Un peu plus d'un an plus tard, EMSCC est heureux d'annoncer que d'importants progrès ont été réalisés vers l'atteinte des objectifs fixés.

Le Premier ministre du Canada, monsieur Stephen Harper, a tenu à son engagement électoral qui était de dépenser 2,5 millions de dollars par année pendant quatre ans pour l'installation de défibrillateurs externes automatisés dans les arénas publiques. Pour le comité des directeurs de services médicaux d'urgence, cet engagement représentait une victoire importante c'est pourquoi nous avons immédiatement offert notre appui pour l'implantation du programme. Le comité est actuellement en pourparlers avec Santé Canada afin de déterminer l'implication des paramédics pour la mise en place et la formation du programme.

Nous sommes également fiers d'annoncer que le conseil de la radiodiffusion et des télécommunications canadiennes est actuellement à évaluer des façons pour améliorer l'efficacité du système de localisation des appels pour les utilisateurs d'appareil sans fil et ce, partout au Canada. Un représentant du comité des directeurs des services médicaux d'urgence participe au comité d'experts qui a été créé pour le projet. Les enjeux sur ce volet sont majeurs et nous sommes confiants que les efforts communs permettront de trouver des solutions.

Des avancées ont également été réalisées, quoique pas à la vitesse souhaitée, au niveau de la réduction de la dette pour les paramédics qui sont intéressés à travailler dans les zones plus éloignées ou rurales. EMSCC a rencontré les représentants du ministère des finances et du conseil du trésor pour demander que soit ajouté à la liste actuelle, qui comprend les infirmières et les médecins, la profession de paramédic. Bien qu'ils reconnaissent la validité de nos arguments, les représentants du gouvernement ne prévoient pas aller de l'avant, dans le cadre du budget actuel. EMSCC poursuivra



What has caught the federal government's attention, however, is the idea of using community paramedicine to reduce the burden on primary care. EMSCC President Michael Nolan appeared before the House of Commons Standing Committee on Health in November of 2011 and highlighted the work that paramedics were doing across the country in the fields of health prevention and chronic disease management. The Health Committee was so interested in the topic that they requested a further report which EMSCC provided in January. Copies of Chief Nolan's remarks and the community paramedicine report are available at www.emscc.ca.

With provincial governments across Canada looking for ways to make the health care system more efficient and improve patient outcomes, there is a real opportunity to engage politicians on this issue.

The last item on our government relations wish list is a national standard of paramedic care. This is not something we expect to happen overnight, but it is one of our long-term goals.

One of the biggest highlights of the past twelve months was the EMSCC Lobby Day on Parliament Hill that took place on November 15th. EMS Chief from across the country gathered in Ottawa at met with over 80 Members of Parliament from all political parties to discuss matters of concern to the organization and the profession. EMSCC and our partners also held a reception for MPs and their staff just down from Parliament Hill on the Sparks Street Mall. To draw attention to the event, we brought some EMS vehicles onto the mall and turned on the flashers. It worked. A television crew showed up to cover what they thought was a "major situation" and MPs could see the lights for miles. All in all, it was a very successful event and a good brand-building exercise for the EMSCC.

On behalf of the EMSCC, thanks to Summa Strategies – our government relations firm in Ottawa – for all their advice and hard work. We look forward to an exciting year ahead and to our strong advocacy efforts on behalf of the paramedics of Canada.

les pourparlers à ce sujet afin de permettre aux paramédics d'avoir leur place sur cette liste.

Un autre élément qui a attiré l'attention du gouvernement est l'idée d'élargir la gamme de les soins offerte par les intervenants des services pré hospitaliers d'urgence afin de diminuer la charge de travail des intervenants médicaux en centre hospitalier. Le président et directeur général du comité des directeurs des services médicaux d'urgence, Michael Nolan s'est présenté, en novembre 2011, devant le comité permanent de la santé de la Chambre des communes afin de souligner la qualité du travail effectué par les paramédics à travers le Canada dans le domaine de la prévention de la santé et la gestion des maladies chroniques. Le comité permanent de la santé, fortement intéressé a même demandé un suivi à ce sujet en janvier. Nous vous invitons à consulter les remarques du Chef Nolan ainsi que le rapport sur les soins pré hospitaliers sur le site internet à l'adresse suivante : www.emscc.ca.

Dans un contexte où les gouvernements provinciaux à travers le Canada recherchent des façons de rendre le système de santé plus efficace et d'améliorer les services offerts aux patients, il y a une véritable opportunité de sensibiliser et d'impliquer les politiciens sur cette question. Le dernier élément sur notre liste de souhaits auprès des relations gouvernementales consiste au développement d'une norme nationale sur les soins pré hospitaliers d'urgence prodigués par les paramédics. Nos attentes à cet égard son réalistes, nous sommes conscients que cela ne peut se faire du jour au lendemain. Toutefois, la mise en place d'une norme nationale constitue l'un de nos objectifs à long terme.

L'un des événements les plus marquants des douze derniers mois fut la journée de EMSCC Lobby Day sur la colline parlementaire, le 15 novembre dernier. Les chefs s des services d'urgence en provenance de tout le pays se sont réunis à Ottawa afin de rencontrer plus de 80 députés de tous les partis politiques afin de discuter d'enjeux pour l'organisation et de la profession. EMSCC et ses partenaires ont tenu une réception pour les députés et leur personnel juste en bas de la colline du Parlement sur le Sparks Street Mall. Pour attirer l'attention sur l'événement, nous avons garé des véhicules du service pré hospitaliers d'urgence d'Ottawa sur la rue, sirènes et gyrophares en fonction. Notre idée fut récompensée : une chaîne de télévision s'est précipitée sur les lieux pensant faire une couverture médiatique de ce qu'ils croyaient être une « situation majeure ». Même le député a aperçu les gyrophares à des kilomètres. Dans l'ensemble, c'est un événement très réussi qui a permis à EMSCC de consolider ses liens avec ses partenaires et de mieux faire connaître sa vision et ses objectifs.

Au nom de la EMSCC, merci à Summa Stratégies, firme de relations gouvernementale à Ottawa, pour tous leurs précieux conseils et leur travail acharné. Nous attendons avec impatience la prochaine année, qui s'annonce passionnante au cours de laquelle, nos efforts de promotion et de sensibilisation seront maintenus afin de faire reconnaître le travail de tous les paramédics au Canada.



CRESTLINE®



"We have seen our partnership with the EMS Chiefs of Canada continue to grow since its inception as we together focus on our shared interests in the EMS industry. The 2011 EMSCC government relations event in Ottawa is a great example of how industry partners and the EMS Chiefs of Canada can join together to deliver a strong unified message that will advance the strategic goals for EMS in Canada. Crestline is a proud supporter of these initiatives and thoroughly values the opportunity."

«Nous avons vu se développer notre partenariat avec l'association des services médicaux d'urgence du Canada, depuis que nous collaborons et que nous partageons des intérêts communs dans le secteur des soins médicaux d'urgence. La conférence des relations gouvernementales qui s'est tenue à Ottawa en 2011, fut un bel exemple qu'en unissant les efforts entre les partenaires de l'industrie et les chefs des services d'urgence du Canada il est possible de livrer un message puissant et cohérent afin de faire progresser les stratégies, les buts et les objectifs communs des chefs des services de soins d'urgence du Canada. Crestline est fière de soutenir leurs initiatives et de partager leurs valeurs.»

Crestline Coach Ltd., a leading ambulance manufacturer and commercial bus dealer based in Saskatoon, Saskatchewan, has had an extraordinary year full of positive advancements, award recognitions and innovative new product designs.

CRESTLINE'S NEW FACILITY

In January 2012, Crestline moved into its industry advanced headquarters at 126 Wheeler St., Saskatoon, SK. The venture included merging Crestline's four Saskatoon locations into a new 80,000+ sq. ft. custom-built facility on an 8.5 acre site. With the move, Crestline has improved access to departments, doubled its production capacity, created operational efficiencies and reduced overall costs and lead time.

AWARDS & ACCOMPLISHMENTS

Crestline received the 2011 EMS World Innovation Award for the Sprinter ICON and its advanced ergonomic and safety features. In 2011, Crestline also won the Saskatchewan ABEX Award for Exports. In addition, Crestline re-qualified for the prestigious award of Canada's 50 Best Managed Companies.

INNOVATIVE NEW PRODUCT DESIGNS

Crestline builds state of the art neonatal ambulance for the Hospitals of Regina Foundation and the Regina Qu'Appelle Health Region, proudly a first of its kind in Canada. Crestline also supplied the largest health bus in Canada which is now serving the Saskatoon inner city. Most recently, Crestline introduces the Summit, an innovative ambulance equipped to serve the fire industry.

Basé dans la région de Saskatoon en Saskatchewan, Crestline Coach Ltée., un des chefs de file dans le secteur de la fabrication de véhicules ambulanciers et d'autobus commercial a connu une année extraordinaire remplie d'avancements et de reconnaissance pour ses produits avant-gardistes et innovateurs.

UN NOUVEAU SIÈGE SOCIAL POUR CRESTLINE

En janvier 2012, Crestline s'installe à son nouveau siège social situé au 126, rue Wheeler, Saskatoon (Saskatchewan). L'entreprise mise sur la fusion des quatre emplacements de Saskatoon dans une nouvelle installation de plus de 80 000 pi² sur un site de 8,5 hectares. Avec ces changements importants, Crestline a amélioré l'accès aux services, doublé sa capacité de production, obtenu d'importants gains en terme d'efficacité opérationnelle et réduit ses coûts d'opérations et les délais de service.

PRIX & RÉALISATIONS

En 2011, Crestline a obtenu le prix mondial innovateur pour les services médicaux d'urgence pour son produit Sprinter Icon, qui offre une importante avancée ergonomique des caractéristiques de sécurité améliorées. En 2011, Crestline a également remporté le prix ABEX de la Saskatchewan pour ses exportations. De plus, Crestline s'est vue requalifiée pour la prestigieuse reconnaissance des cinquante sociétés les mieux gérées du Canada.

PRODUITS ET DESIGN ULTRAMODERNES

Crestline a construit un véhicule dernier cri : l'ambulance néonatale pour la Fondation des hôpitaux de Regina et qu'Appelle Health de cette même région. Il s'agit d'une première au Canada. Crestline a également fourni le plus grand autobus de santé au Canada, qui est maintenant en service dans la ville de Saskatoon. Plus récemment, Crestline a introduit le Sommet, une ambulance spécialement équipée pour servir les services de sécurité des incendies.

find us | www.crestlinecoach.com | | toll free (888) 887-6886



Daryl Bitz
President & CEO / Président et directeur général

Daryl Bitz has been with Crestline since January 2004. Daryl provides leadership to position the company at the forefront of the industry. He is responsible for developing and executing a strategic plan to advance the company's mission and objectives. Daryl oversees the company operations to ensure production efficiency, quality, service and cost effective management of resources. Daryl has several years experience in the banking sector, business consulting and corporate finance.

Daryl Bitz s'est joint à l'équipe de Crestline en janvier 2004. La vision de Daryl permet à Crestline de se positionner comme leader de l'industrie. Il est responsable de l'élaboration et de l'exécution d'un plan stratégique visant à faire avancer la mission et les objectifs de l'entreprise. Daryl supervise les opérations de l'entreprise afin d'assurer l'efficacité de production, la qualité, le service et la gestion efficace des ressources. Daryl possède plusieurs années d'expérience dans le secteur bancaire, consultant d'affaires et du domaine de la finance corporative.



LEGENDS OF THE CALL AWARD



The Legends of the Call award recognizes an EMS worker who has demonstrated outstanding performance during an emergency by effectively using the **Look, Read, Call** procedure:

Look: to see if your patient is wearing a MedicAlert ID.

Read: the engraving on the back to learn vital information about your patient's allergies and medical conditions.

Call: each MedicAlert ID has a customized number that connects you to a live agent at the MedicAlert 24/7 emergency hotline. You'll have access to your patient's full medical history in less than five seconds flat.

The award is presented to a new EMS responder every month. In June each year, one top performer is selected from all recipients to receive a free trip to attend the annual EMSCC conference. This year's conference is being held in Vancouver.

Legends of the Call Award vise a reconnaître le travail d'un intervenant d'urgence qui a démontré une performance exceptionnelle dans le cadre d'une situation d'urgence en utilisant efficacement la procédure « **observer, lire, appeler** » :

Observer: est-ce que le patient porte à son bras un bracelet de MedicAlert ?

Lire: les informations gravées à l'endos du médaillon : les antécédents médicaux et les allergies du patient

Appeler: le numéro personnalisé sur chaque bracelet de MedicAlert vous permettra de communiquer avec un agent de la ligne d'urgence 24/7 de MedicAlert. Vous aurez accès en moins de cinq secondes aux antécédents médicaux du patient.

Chaque mois, un intervenant d'urgence différend reçoit le prix. Chaque année, en juin, l'un des récipiendaires les plus performant se voit offrir en cadeau un voyage afin d'assister à la conférence annuelle de la EMSCC. Cette année, la conférence se tiendra à Vancouver.

ARE YOU MAKING THE MOST OF MEDICALERT? /

SACHEZ PROFITER AU MAXIMUM DE L'OUTIL MEDICALERT

Introducing the New Online MedicAlert Continuing Education Course

Earn a certificate identifying the successful completion of one hour of Continuing Medical Education Credit

MedicAlert is your tool during emergencies — developed to provide emergency responders and health care providers with immediate access to patient information.

Our goal is to ensure that health care providers are aware of the services that MedicAlert provides and are using them to benefit patient outcomes and save lives, which is why we've developed the online MedicAlert Continuing Education Course.

The course is free and open to all licensed and registered healthcare professional interested in learning more about and making the most of the MedicAlert system and service.

For more information, please visit medicalert.ca/education.

Participez à une formation d'une heure, en ligne sur internet

Obtenez un certificat, reconnaissant la réussite du cours d'une heure de crédit de l'éducation médicale continue

Conçu pour fournir aux intervenants d'urgence et professionnels de la santé un accès immédiat aux renseignements médicaux d'un patient, MedicAlert est votre outil en cas d'urgence.

Les produits et services de MedicAlert sont conçus dans le but ultime de contribuer à sauver des vies. Ainsi, nous voulons que les fournisseurs de soins de santé connaissent les services et produits afin de pouvoir les utiliser au profit de la santé des patients. Pour encourager les intervenants d'urgence à utiliser les produits, MedicAlert offre un programme de formation continue en ligne, sur internet. Ce cours est gratuit et ouvert à tous professionnels de la santé.

Pour plus d'information, visitez medicalert.ca/education.

"In an emergency, when every second counts, the MedicAlert 'Look, Read, Call' procedure can mean the difference between life and death. Partnering with EMSCC to present the Legends of the Call award is an excellent opportunity to recognize and celebrate EMS responders that have followed the procedure to help save lives."

"En situation d'urgence, lorsque chaque seconde compte, la procédure « Observer, lire, appeler » de MedicAlert peut faire la différence entre la vie et la mort. Être partenaire de EMSCC pour présenter Légendes de l'appel, est une excellente occasion de reconnaître et de célébrer les intervenants d'urgence qui ont suivi la procédure pour aider à sauver des vies."

Catherine Horlock,
Director of Member Experience at the Canadian MedicAlert Foundation
Directrice du service à la clientèle de la Fondation Canadienne de MedicAlert

CONGRATULATIONS TO ALL PAST EMS RECIPIENTS /

FÉLICITATIONS À TOUS LES RÉCIPIENTS EMS

Darin Derbyshire
M.D. Ambulance, Saskatoon
Robert Smith
Jill deBoer
Alexander Hopkin
Shannon O'Neill
Anouk Desjardins
Hugo Nadeau
Ottawa Paramedic Services

James Wood
Ottawa Paramedic Services
Matthew Colbourne
British Columbia Ambulance Service
Paula Sneath
York Region EMS
Judd Owens
Ottawa Paramedic Services

Joshua O'Keefe
Winnipeg EMS
Brittany Smith
British Columbia Ambulance



PROFILE ON PREMERGENCY INC. / PROFIL DE PREMERGENCY INC.

Dean DiMonte a former advanced care land and flight paramedic from Ontario formed Premergency Inc. in 2008. It is a Canadian owned corporation with a strong consultancy practice specializing in the delivery of decision support tools for emergency services and front-line personnel. Our holistic approach, together with our clients design long-term strategies to achieve the best EMS system performance. We develop, execute, incorporate and uphold evidence based research and practice. Our specialists adapt programming to meet our client's unique requirements. These capabilities are achieved through solid partnerships with the best subject matter experts in the industry

CURRENT EMS PROJECTS

In the spring of 2011 Premergency Inc. was awarded funding by the Canadian Police Research Centre for two significant projects in driving EMS investment forward. These projects contributed to the CPRC investment priorities of Developing Standards, Protocols, Best Practices and Operational Evaluations.

The first project consisted of performing three (3) evidence based research workshops in Montreal, Quebec, Victoria, British Columbia and Regina, Saskatchewan from April 2011 to March 2012. President Dean DiMonte of Premergency Inc., led the project with associates that included experienced emergency service personnel from tri-services sector and a research physician. 72 tri-service personnel attended from all parts of Canada. The outcomes of these workshops enabled interoperability between emergency services agencies by educating tri-service personnel in the best practices of evidence-based applied science and increasing interaction with Canadian emergency services. The workshops also promoted a greater understanding of comparative data based upon laboratory, bench and field testing and through the recognition of the role of rationalization of value versus cost in research studies. Final evaluations from all participants were extremely favourable and rated as "excellent" as an introductory curriculum to evidence based research. DiMonte emphasized that this program was intended to be an introduction to evidence based research practices and to increase participant's knowledge related to the evaluation and creation of new research. It was not intended to be a comprehensive program related to academic quantitative methodology or a program in statistical analysis.

DiMonte further commented that "these workshops were an excellent opportunity to formalize emergency personnel and practitioner knowledge as it relates to the use, evaluation and functionality of Evidence Based Research." He continued to comment that with decades of use in the medical research community, Evidence Based Research and its methodology are recognized as a sound process of discovery in the pursuit of answering questions as they relate to Emergency Services. This process of research has been tested among Emergency Services personnel through the Canadian

Premergency Inc. a été créé en 2008 par Dean DiMonte, un ancien paramédic de soins avancés dans des services médicaux d'urgence aériens et terrestres en Ontario. C'est une compagnie canadienne qui offre un service de consultation spécialisé dans l'implantation d'outils de prise de décisions pour les services médicaux d'urgence et le personnel de première ligne. Nous prenons une approche holistique afin d'aider nos clients à mettre en place des stratégies à long terme afin d'atteindre la plus grande qualité de services médicaux d'urgence possible. Nous développons, exécutons, incorporons et défendons la recherche basée sur des données. Nos spécialistes adaptent nos programmes aux besoins uniques de nos clients et c'est en ayant des partenariats avec les meilleurs experts de l'industrie que nous arrivons à offrir ce service supérieur.

PROJETS DE SMU EN COURS

Lors du printemps 2011, Premergency Inc. a reçu du financement du Centre canadien de recherche policière pour mener à bien deux projets majeurs afin de favoriser les investissements en SMU. Ces projets répondent aux priorités d'investissement du CCRP afin de développer des standards, des protocoles, de meilleures pratiques et des évaluations opérationnelles.

Le premier projet a consisté à organiser trois (3) ateliers de travail sur de la recherche fondée sur des données à Montréal, Québec, Victoria, Colombie-Britannique et Regina, Saskatchewan d'avril 2011 à mars 2012. Le président DiMonte a dirigé le projet avec l'aide d'associés incluant du personnel expérimenté provenant des trois services (police, pompiers et services médicaux d'urgence) et d'un médecin chercheur. Soixante-douze (72) employés des trois services de partout au pays ont participé. Ces ateliers ont permis l'interopérabilité entre les services d'urgence en éduquant leur personnel quant aux meilleures pratiques de la science appliquée basée sur des données et en augmentant les interactions entre les services canadiens d'urgence. Ils ont aussi permis de promouvoir une plus grande compréhension des données comparatives basée sur des essais en laboratoire, sur le terrain et d'essais au banc à travers la reconnaissance du rôle de la rationalisation de la valeur par rapport au coût dans la recherche. Les évaluations finales de tous les participants étaient très positives et jugées « excellentes » en tant que matériel pour une introduction à la recherche fondée sur des données. DiMonte a insisté sur le fait que le but de ce programme était de fournir une introduction à la recherche basée sur des données et d'augmenter la connaissance des participants quant à l'évaluation et la création de nouvelles recherches. Le but n'était pas d'offrir un programme académique de méthodologie quantitative, ni un programme d'analyse statistique.

DiMonte a de plus ajouté que « ces ateliers étaient une excellente opportunité de formaliser les connaissances du personnel d'urgence et des praticiens quand il s'agit de l'utilisation et de l'évaluation de recherches basée sur des données. » Il a continué en ajoutant que « avec plusieurs décennies d'utilisation par la communauté de recherche médicale, la recherche basée sur des données et sa méthodologie sont reconnues comme procédé afin de répondre à des questions qui touchent les services d'urgence. » Ce procédé de recherche a été testé parmi le personnel de services d'urgence à travers le

Emergency Health Services Research Consortium for many years in EMS. It has been proven to be invaluable in the identification of a 'question' as well in the process of problem solving and publishing the findings for some of the EMS industries most difficult issues. Graduates of this program are now ideally suited to create research, evaluate research and support research initiatives in Emergency Services. This will in turn improve the overall quantity and quality of research in Canada. As well, a list of research opportunities within the Tri-Sector services will be gleaned as an outcome of this process and will be published as a master list of opportunities for collaboration. The project outcomes enabled a greater understanding and application of Evidence Based Research in the EMS, Police and Fire communities. DiMonte believes the success of these workshops will continue in a Canadian city near you for 2012/2013.

The Second project was in partnership with the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) and the Paramedic Association of Canada (PAC) in which Premergency Inc., is currently conducting a strategic gap analysis in EMS. This is essential to drive coordinated research & development and science & technology investment. This gap analysis will provide a model for collaborative participation and prioritization in evolving research initiatives for all Tri-Service agencies. This project's relevance is identifying critical gaps in all aspects of EMS practice to include leadership, clinical, operational, safety and perhaps other categories not yet known. It is to specifically provide an insight into both new and innovative knowledge creation. This methodology will allow tri-services to better execute operational effectiveness. This project will determine the research questions that have yet to be asked and answered in emergency medical services in Canada through a process of inquiry with EMS practitioners and leaders. DiMonte outlined the current status of their analysis of over 7000 EMS related articles of literature review that they have captured in their database. This literature review will form the foundation of the gaps in EMS. They will then collaborate with EMS practitioners across Canada in an online survey questionnaire to validate their findings. Even though the project is 50% completed, DiMonte believes that the results of their work will identify the gaps, themes and emerging trends in future EMS investment. However, the gaps identified will be specific to the EMS discipline in Canada. This project will not prioritize the gaps and themes beyond the identification of frequency and importance by respondents. The breadth of this project will be broad stakeholder inclusion in identifying science and technology gaps in EMS Canada. Targets will include multi-jurisdictional representation from across Canada to promote awareness in the industry's reliance on quality scientific research, problem solving and decision making. DiMonte believes this project will satisfy the fundamental need to consolidate an environmental scan of existing and required inquiry into enhancing and aligning EMS in Canada. DiMonte was asked what these projects mean, he said "Paramedicine has also been a passion of mine, and if we as a corporation can assist in the evolution and leadership of EMS for the future – that is something I want to help in moving it forward, because frankly it will benefit the patient at the end of the day".

He was asked what is next for Premergency Inc. "We are very excited to introduce our "collaborative e-learning portal for EMS, called "PRElearn™" in which EMS services will be able to share curriculum online, track their medics and meet continuing educational requirements while at the same time save money and enhance operational capabilities" Premergency Inc., will be at the EMSCC conference in Vancouver B.C. to showcase their new "PRELearn™" platform.

Consortium de recherche des Services de Santé d'urgence du Canada depuis plusieurs années dans les SMU. Sa valeur est particulièrement inestimable quand il s'agit d'identifier une «question», dans le processus de résolution de problème et quand vient le temps de publier des résultats concernant certains des enjeux les plus complexes dans le domaine des SMU. Les gens qui participent à ce programme sont ensuite capables de créer, évaluer et supporter des initiatives de recherche dans les services d'urgence, ce qui amène à l'amélioration de la qualité et de la quantité de recherche au Canada. De plus, une liste d'opportunités de recherche dans les secteurs de la police, des pompiers et des SMU sera mise en place suite à ce projet et sera publiée de façon à encourager les collaborations. Les retombées de ce projet permettent une plus grande compréhension et application de la recherche basée sur des données dans ces domaines. DiMonte croit que le succès de ces ateliers continuera dans une ville canadienne près de chez-vous en 2012 et 2013.

Le Second projet se fait en partenariat avec les Directeurs de Services Médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) et l'Association des Paramédics du Canada (PAC). Premergency Inc. fait présentement une analyse des lacunes dans les SMU. Il est essentiel de stimuler la recherche coordonnée, le développement et les investissements en science et technologie dans ce domaine. Cette analyse des lacunes fournira un modèle de participation collaborative et une façon de prioriser des initiatives de recherche pour les agences tri services.

Le but de ce projet est d'identifier les lacunes dans tous les aspects de la pratique des SMU dont le leadership, les opérations, la sécurité et d'autres catégories à identifier. Il s'agit de mettre en lumière la création de savoir nouveau et innovant. Cette méthodologie va permettre aux trois services de favoriser une efficacité fonctionnelle accrue. De plus, ce projet déterminera quelles sont les questions qui restent sans réponse dans le domaine des services médicaux d'urgence au Canada à travers un processus d'enquête auprès des paramédics et du leadership des SMU. DiMonte a souligné que plus de 7000 pièces de littérature sur les SMU se trouvent maintenant dans leur banque de données. Cette revue de la littérature formera la fondation qui servira à identifier les lacunes dans les services médicaux d'urgence. Ils collaboreront ensuite avec les paramédics de partout au Canada en faisant appel à un sondage qui sera mené sur internet afin de valider leurs conclusions. Même si 50% du projet est maintenant complété, DiMonte croit que les résultats permettront d'identifier les lacunes, les thèmes et les tendances émergentes dans le domaine des investissements dans les SMU. Les lacunes qui seront identifiées seront spécifiques au domaine des SMU au Canada. Ce projet n'a pas pour but de prioriser les lacunes et les thèmes au-delà de la fréquence à laquelle ils seront identifiés et l'importance que les répondants au sondage leur donneront. La portée de ce projet est une large consultation des parties intéressées à identifier les lacunes en science et technologies dans les SMU au Canada. Nos ciblons une représentation multi-juridictionnelle à travers le pays afin de sensibiliser l'industrie à l'utilisation de recherches scientifiques de qualité, à la résolution de problèmes et à la prise de décision. DiMonte croit que ce projet va satisfaire le besoin fondamental de consolider une analyse de la conjoncture sur les demandes existantes et requises afin de renforcer et d'aligner les SMU au Canada. Quand on lui demande ce que ce projet veut dire pour lui, DiMonte dit: « La paramédecine est pour moi une passion et si en tant qu'entreprise nous pouvons participer à l'évolution et au leadership des soins médicaux d'urgence dans le futur, nous devons le faire -à la fin, ce sont les patients qui en bénéficieront. »

On lui a demandé ce qui s'en vient pour Premergency Inc. « Nous sommes fiers de présenter notre nouveau portail collaboratif de « elearning » appelé « PRElearn™ » avec lequel les SMU pourront partager des curriculums d'apprentissage en ligne, suivre le développement de leurs employés et se conformer aux exigences de formation continue tout en respectant leurs budgets et en améliorant leurs capacités opérationnelles. Premergency Inc. sera à la conférence de Vancouver des DSMUC afin de présenter sa plateforme « PRElearn ».

“It is important to Demers to be an active Partner with EMSCC so we can listen to your needs and concerns which will enable us to meet your needs now and in the future. It is with this type of input that allows Demers Ambulances to be a leader in the industry.”



“Il est important pour Demers d’être un partenaire actif de DSMUC puisque cela nous permet de comprendre vos besoins afin d’y répondre dans le présent et dans le futur. C’est grâce à des partenaires comme vous que Demers Ambulances est un leader dans cette industrie.”

Demers Ambulances has over 50 years in Ambulance Manufacturing being number one in providing state of the art ambulances that are innovative and robust. We are continually striving for improvements in order to meet the ever changing needs of the EMS industry and are focused on the Health and Safety concerns of the Paramedics in order that they may perform their duties safely.

Demers Ambulances is a leading manufacture not only in Canada but North America and internationally. Demers Ambulances is ISO certified as well as BNQ, MOHLTC, KKK, Ford, GM and Mercedes QVM. In 2011 Demers Ambulances received several prestigious awards for our innovation and designs:

- 2011 New Product & Innovation Awards from JEMS for our MXP 150 Ambulance
- Top Innovation Award from EMS World for our Demers EcoSmart System
- Top Innovation Award 2010 EMS Word for our Mirage EX Sprinter
- 1st place in Productivity Improvement at Les Mercuriades 2011.

These awards prove our ongoing commitment to vehicle improvements in design and safety.

ALAIN BRUNELLE

President & General Manager / Président et Directeur général



A Certified Mechanical Engineer with Management degrees from universities in North America, Europe and Asia, Alain Brunelle has more than 25 years’ experience in the vehicle manufacturing industry, with Bombardier Recreational Products Inc., Camoplast Inc., and today, Demers Ambulances. As President and General Manager, Alain brings to Demers Ambulances his solid, extensive experience in both strategic development and product development. He reduced costs and increased productivity, contributing to a better strategic positioning of the company. He is recognized as an industry leader in strategic planning, team building and notably for his integrity. His experience in other highly technical and unique vehicle construction endeavors has further improved Demers Ambulances’ overall production capabilities and quality control. Alain leads the company’s projects from quotation to final delivery of the last unit, while ensuring compliance with all aspects of customer requirements. His committed goal is to consistently exceed customer expectations in all areas of their relationship with Demers Ambulances.

Alain Brunelle est un ingénieur mécanique détenant des diplômes en gestion d’universités situées en Amérique du Nord, en Europe et en Asie. Il a plus de 25 ans d’expérience dans le domaine de la fabrication de véhicules chez Bombardier Produits récréatifs Inc., Camoplast Inc. et maintenant chez Demers Ambulances. En tant que Président et Directeur général, Alain fait profiter Demers Ambulances de sa vaste expérience tant dans le domaine du développement stratégique que dans le développement de produits. Il a su réduire les coûts et augmenter la productivité, contribuant ainsi à améliorer le positionnement stratégique de l’entreprise. Il est reconnu dans l’industrie comme

un leader en planification stratégique, en développement de l’esprit d’équipe et il est reconnu pour son intégrité. Son expérience dans la construction de véhicules techniques a permis à Demers Ambulances d’améliorer ses capacités de production et le contrôle de la qualité. Alain dirige les projets de l’entreprise du devis jusqu’à la livraison finale de chaque véhicule, s’assurant ainsi de répondre à toutes les demandes du client. Il est engagé à dépasser les attentes de ses clients, et ce dans tous les aspects de leur relation avec Demers Ambulances.

Demers Ambulances est le numéro un dans le domaine de la fabrication d’ambulances depuis plus de 50 ans. Nous fabriquons un produit d’avant-garde robuste et novateur et nous travaillons constamment à son amélioration afin de répondre aux besoins changeants de l’industrie des SMU et d’assurer la sûreté des paramédics de façon à ce qu’ils remplissent leur devoir de manière sécuritaire.

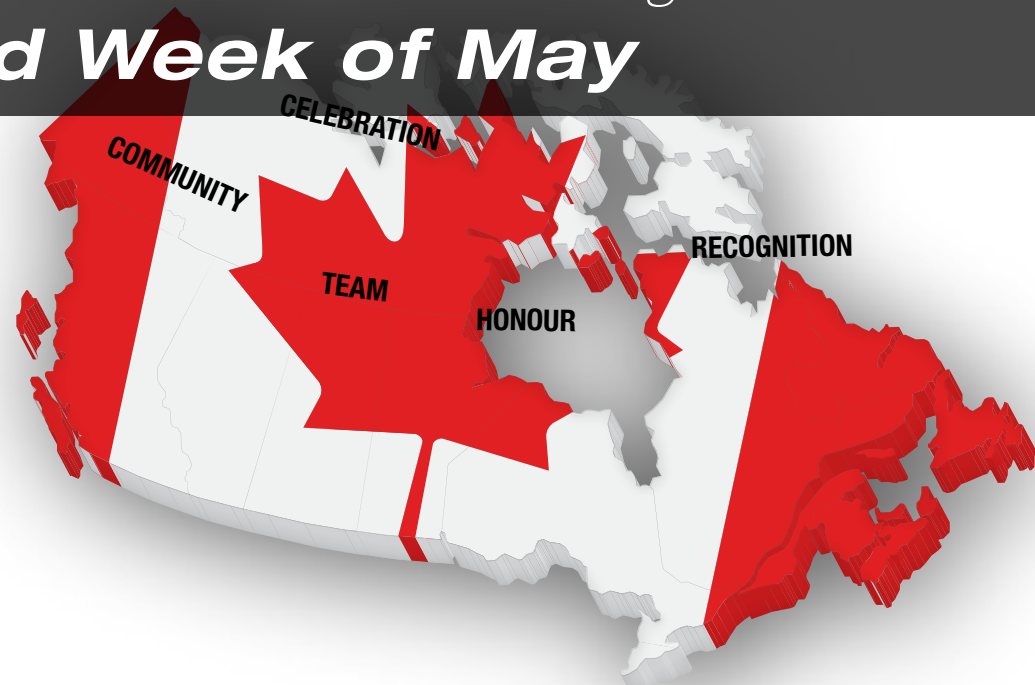
Demers Ambulances est l’un des plus importants fabricants, non seulement au Canada mais aussi en Amérique du Nord et mondialement. Nous sommes certifiés ISO ainsi que BNQ, MSSLD (MOHLTC), KKK, Ford, GM et Mercedes QVM. En 2011, Demers Ambulances a reçu plusieurs prix prestigieux pour notre innovation et nos designs :

- Prix 2011 de l’innovation et du nouveau produit de JEMS pour notre ambulance MXP 150
- Premier prix de l’innovation d’EMS World pour notre système Demers EcoSmart
- Premier prix de l’innovation d’EMS World 2010 pour notre produit Mirage EX Sprinter
- Première place dans la catégorie Amélioration de la productivité aux Mercuriades 2011.

Ces prix sont la preuve de notre engagement constant à l’amélioration du design et de la sécurité de nos véhicules.



National Emergency Medical Services Week /
Semaine des services médicaux d'urgence
3rd Week of May



EMS *More than a job*
A Calling!

NATIONAL EMS WEEK WORKING GROUP / GROUPE DE TRAVAIL
 - SEMAINE DES SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE 2012

Objectives / Objectifs

To encourage services across Canada to participate in a nationally recognized EMS Week.

Pour encourager les services à travers le Canada à participer à une échelle nationale reconnaitent semaines des services médicaux d'urgence.

Goals / Buts

- Develop a National logo Mise en place d'un logo national
- Create a promotional poster Créer une affiche promotionnelle
- Launch a nationwide day of recognition focusing on the personnel behind the ambulance Lancement d'une

journée nationale de reconnaissance se concentrant sur le personnel derrière l'ambulance

- Encourage EMS services to promote an aspect of Community Paramedicine during EMS week Encourager les services médicaux d'urgence de promouvoir un aspect de la paramédecine communautaire pendant la semaine des services médicaux d'urgence

National EMS Week Working group members / Membre du groupe de travail
 - Semaine des services médicaux d'urgence 2012

- Lyle Karasiuk,**
Working Group Chair, Parkland Ambulance Care / président du groupe de travail
- Sophie Cormier-Lalonde,**
Ambulance New Brunswick / ambulance Nouveau-Brunswick

- Isabelle Landry,**
Ambulance New Brunswick / ambulance Nouveau-Brunswick
- Troy Davies,**
MD Ambulance Saskatoon / ambulance MD Saskatoon
- Gale Chevalier,**
Frontenac Paramedic Service / Service paramédic de Frontenac
- Shamez Kassam,**
Toronto EMS / Service paramédic de Toronto
- André Berard,**
Winnipeg Fire Paramedic Service / Service paramédic d'incendie de Winnipeg
- J.P. Trottier,**
Ottawa Paramedic Service / Service paramédic d'Ottawa
- Tracy Bell,**
Ambulance New Brunswick / ambulance Nouveau-Brunswick



PHILIPS

"As a recognized leader in cardiac care, Philips provides the broadest portfolio of emergency care and resuscitation solutions, including training, services, and support. Our continued relationship with the EMS Chiefs of Canada has allowed us to combine our clinical expertise with human insights to develop meaningful innovations that help improve the quality of people's lives in Canada."

"Reconnu comme chef de file en matière de soins cardiaques, Philips offre le plus large éventails de solutions matière de réanimation et de soins d'urgence, notamment des activités de formation et des services de soutien. Notre partenariat continu avec les chefs de EMS du Canada nous a permis de combiner notre expertise clinique avec vision humaine et de développer des innovations significatives qui aident à améliorer la qualité de la vie au quotidien, des Canadiens."

As a global leader in defibrillation technology, Philips Healthcare solutions support today's emergency responder in the field, during transport and in hospitals with rugged, advanced solutions. Our best professional-grade AED yet; the HeartStart FR3 is designed to make lifesaving faster, easier, and better. The new HeartStart MRx monitor/defibrillator is built tough with clinical decision support tools that can have a real impact on patient care, workflow and financial outcomes. Because it is built on a scalable platform, the MRx can evolve with your needs. It's the power of Philips solutions working together that simplifies care delivery and helps medics and clinicians save more lives and return people to active living.

Chef de file mondial dans la technologie de la défibrillation, les solutions avancées offertes par solutions médicales Philips, supportent les intervenants des services préhospitaliers d'urgence lors des transports des patients et les cliniciens dans les centres hospitaliers. À ce jour, notre défibrillateur externe automatique de qualité professionnelle; le HeartStart FR3 est conçu pour faire un meilleur sauvetage plus rapide, et plus facile. Le nouveau HeartStartMRx moniteur/défibrillateur est optimisé avec les outils de support à la décision clinique qui peuvent avoir un impact réel sur les soins aux patients, notre volume d'activité et les résultats financiers. Construit sur une plate-forme modulaire, la MRx peut évoluer avec vos besoins. La force de Solutions Philips repose sur le travail d'équipe afin de trouver des solutions permettant de simplifier la prestations des soins, d'appuyer les professionnels de la santé et les cliniciens afin de leur permettre de sauver plus de vies et/ou de permettre aux patients de reprendre une vie active plus rapidement.

Iain Burns

President & CEO / Président et directeur général

Since joining Philips Electronics Limited in 1980, Iain Burns has made a significant impact on the Canadian division of the leading global health and well-being organization, Royal Philips Electronics. He has gained vast knowledge of the organization by applying his leadership and expertise in a series of senior management positions within the Components, Semi-Conductors, Data Systems, Consumer Electronics, Domestic Appliances, Consumer Lifestyle and Healthcare businesses.

In addition to building exceptionally strong teams, Iain has sustained an impeccable track record of delivering strong sales growth and profitability. He has led Philips Canada in the role of President and CEO since 2001, and has played a critical role in elevating the organization's profile globally and ensuring its continued success.

Depuis son arrivée chez Philips Electroniques Ltée en 1980, Iain Burns a eu un impact significatif sur la division canadienne "santé globale et bien-être organisationnel" chez Royal Philips Electronics. Il a mis à profit son leadership et son expertise au service de l'organisation en occupant différents postes de gestion importants dans plusieurs divisions.

En plus d'avoir créé des équipes performantes, Iain a maintenu un rythme croissant au niveau de l'augmentation des ventes, ce qui lui a permis d'atteindre la rentabilité. M. Burns dirige, depuis 2001, Philips Canada à titre de président-directeur général. Depuis son arrivée, il contribue à la croissance et au positionnement de l'organisation à l'échelle mondiale.



A NATIONAL CONVERSATION WITH THE EMSCC AND HEALTH CANADA REGARDING THE DRUG SHORTAGE /

UN DIALOGUE NATIONAL AVEC LES DSMUC ET SANTÉ CANADA AU SUJET DE LA PÉNURIE DE MÉDICAMENTS



Submitted by:

Sean Teed CCP, BappB:ES
EMS Coordinator
Regional Paramedic Program Eastern Ontario

EXECUTIVE SUMMARY

November 2011 heralded the business decision from Sandoz to look at the retooling of their operations following inspections by the US Federal Drug Administration. These inspections resulted in a production slowdown, this compounded with the retooling and a manufacturing fire in their major Canadian facility resulted in an executive decision to decrease production practices to only essential injectable production only.

March 21, 2012 the Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) polled the nation to get a sense of the impact this would have to the delivery of high quality paramedicine abroad. On March 29, 2012, the results of this polling were shared in a national webinar hosted by the EMSCC and identified paramedics as being significantly impacted by this drug shortage.

Many contingency plans were shared and discussed within the stakeholder group that met on March 29 2012. Health Canada indicated discussion groups had been established between Province, Territories (PT Calls) and Sandoz. As a result of the information forwarded at the webinar, it was suggested that as one collective, Paramedic Services attempt to be included in these communication plans. It was also suggested that the National Emergency Stockpile System has been offered as a short-term solution and may be accessed through the Public Health Agency of Canada.

The results of this Canadian snapshot indicated that potential negative impact to pre-hospital services ranged from as soon as one month to as late as six months. Evidently, within the week that the results and subsequent communication took place; an Ontario service was notified their pharmaceuticals would no longer be supplied by their respective hospital; clearly resulting in immediate negative impact.

The consensus, as a result of this forum, was for the Emergency Medical Services Chiefs of Canada to be represented nationally as a key group of stakeholders in this drug shortage.

RESULTS

Plans continue to be made within individual Emergency Medical/Health services across Canada to secure the required pharmaceuticals to deliver high quality care to Canadians from paramedics. The EMSCC have continued talks with Health Canada and are also communicating regularly with Sandoz and McCesson, one of the major distributors of Sandoz products, to ensure that all Paramedic Services (rural, urban, municipal or provincial) are able to effectively secure procurement of pharmaceuticals.

RÉSUMÉ EXÉCUTIF

En novembre 2011, Sandoz annonça sa décision d'examiner le rééquipement de leurs opérations, à la suite des inspections effectuées par le « US Federal Drug Administration ». Ces inspections ont créés un ralentissement de leur production et ceci, combiné avec le rééquipement et un feu de manufacture dans leur établissement canadien, a entraîné la réduction des pratiques de production à seulement que la production injectable essentielle.

Le 21 mars 2012, les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) ont interrogés la nation afin d'avoir le sens de l'impact que cela aurait à la prestation des soins paramédicaux de haute qualité à l'étranger. Le 29 mars 2012, les résultats de ce sondage furent communiqués par moyens d'un webinaire national organisé par les DSMUC. Un représentant de Santé Canada et les ambulanciers identifiés comme étant significativement touchés par cette pénurie de médicaments furent également inclus à cette rencontre.

Plusieurs plans d'urgence furent partagés et discutés au sein du groupe qui s'est réuni le 29 mars 2012. Santé Canada a indiqué que des groupes de discussion furent mis en place entre la province, les territoires (appels médicaux) et Sandoz. À la suite de l'information transmise du webinaire, il fut suggéré que, comme un collectif, les services paramédicaux tentent d'être inclus dans ces plans de communication. Il fut également suggéré que le « National Emergency Stockpile System » fut proposé comme solution à court terme et qu'il peut être consulté par l'agence de santé publique du Canada.

Les résultats de cette image canadienne a indiqué que l'impact négatif potentiel de services pré-hospitaliers variait d'un mois à six mois plus tard. Évidemment, durant la semaine où les résultats et les communications subséquentes eurent lieu, un service de l'Ontario fut averti que leurs produits pharmaceutiques ne seraient plus fournis par leur hôpital respectif; ceci étant clairement un résultat de l'impact négatif immédiat.

Le consensus, à la suite de ce forum, fut pour les DSMUC d'être représenté à l'échelle nationale comme étant un groupe clé dans cette pénurie de médicaments.

RÉSULTATS

Les plans continus d'être établis entre les différents services médicaux et de santé d'urgence partout au Canada afin d'obtenir les produits pharmaceutiques nécessaires pour fournir des soins de haute qualité aux Canadiens de paramédicaux. Les DSMUC ont continués de parler avec Santé Canada et sont également en communication régulière avec Sandoz et McCesson, (l'un des principaux distributeurs des produits Sandoz) afin de s'assurer que tous les services paramédicaux (rural, urbain, municipal ou provincial) sont en mesure de sécuriser des produits pharmaceutiques efficacement.





“Interdev is very pleased to be a Silver sponsor of EMS Chiefs of Canada. Our technology relies heavily on industry advice to steer the ongoing development of the iMEDIC EMS system. This relationship with EMSCC brings Interdev closer to the vital brain power that is required to keep our technology relevant and on the leading edge of ePCR technologies.”

“Interdev est fier d’être un commanditaire Argent de l’Association des Directeurs de Services Médicaux d’Urgence du Canada. C’est en travaillant avec l’industrie que nous pouvons s’assurer que notre système iMedic EMS demeure à l’avant-garde de notre industrie. Notre relation avec DSMUC rapproche Interdev de la matière grise qui nous permet de rester à la fine pointe de la technologie ePCR.”

Interdev Technologies Inc. specializes in electronic Patient Care Reports (ePCR) Systems for the EMS industry. Interdev’s flagship product is iMEDIC EMS which is typically sold as a SAS (Software as a Service) that includes system hosting, management and after-sale support that is unmatched in the industry. Nationally, EMS administrators are using iMEDIC EMS to quickly obtain the consistent data and powerful reports they need to improve service and better manage risk. Both paramedics and administrators enjoy the efficiency, consistency and attention to detail provided by iMEDIC EMS.

Interdev’s senior staff has over 40 years of EMS planning and IT experience which assures software that fits your needs perfectly.

Interdev Technologies Inc. se sp cialise dans les rapports électroniques de soins aux patients (ePCR) pour l’industrie des SMU. Le produit principal d’Interdev est le iMedic EMS. Ce produit est vendu comme logiciel en tant que service (SAS) et inclut l’hébergement du système d’exploitation, la gestion et un service après vente qui est sans égal dans l’industrie. Les administrateurs de SMU de partout au pays utilisent iMedic EMS afin d’avoir un accès rapide et consistant à des informations et des rapports qui les aident à améliorer leurs services et à mieux gérer le risque. Les paramédics et les administrateurs apprécient l’efficacité, la constance et l’attention aux détails que permet iMedic EMS.

Les dirigeants d’Interdev cumulent plus de 40 ans d’expérience en planification des SMU et en technologies de l’information, ce qui assure que notre logiciel répond parfaitement   vos besoins.

Brian Field MBA, AEMCA ACP
President / Président



Mr. Field began his EMS career at Toronto EMS in the 80’s where he trained in the first class of Advanced Care Paramedics in the city. During the next decade Brian filled several management, research (OPALS) consultant roles, with the majority of his time spent managing Base Hospital programs in Kingston and Toronto. During that time Brian met his current business partner Terence Kuehn where they collaborated on several small database projects that were intended to bring a common database to Base Hospitals. In the year 2000 Brian and Terry decided to join forces and develop a full enterprise level ePCR solution for EMS. 10 years later iMEDIC EMS is a leading ePCR technology in Canada.

M. Field a commencé sa carrière dans les SMU dans les services médicaux d’urgence de Toronto dans les années 1980 où il a fait parti de la première classe de paramédics de soins avancés de la ville. Ensuite, Brian a occupé plusieurs postes de gestion, de consultant en recherche (OPALS), passant la majorité de son temps à faire la gestion de programmes de bases hospitalières à Kingston et Toronto. Durant cette période, Brian a rencontré son partenaire d’affaires Terence Kuehn pendant qu’ils travaillaient sur des projets de petites base de données dans le but de créer une base de données commune aux bases hospitalières. En 2000, Brian et Terry on décidé de joindre leurs forces afin de créer une solution complète de ePCR pour SMU. 10 ans plus tard, iMedic EMS est une technologie ePCR de premier plan au pays.



700 MHZ: TRI-SERVICES APPLAUD GOVERNMENT'S COMMITMENT TO DEDICATE SPECTRUM TO PUBLIC SAFETY

700 MHZ: LES CHEFS DE POLICE, DE POMPIERS ET DE SERVICES
MÉDICAUX D'URGENCE APPLAUDESSENT À LA DÉSIGNATION
DE FRÉQUENCES POUR LA SÉCURITÉ PUBLIQUE

The Canadian Association of Chiefs of Police (CACP), Canadian Association of Fire Chiefs (CAFC) and Emergency Medical Services Chiefs of Canada (EMSCC) joined together to express their support for the Government of Canada's designation of spectrum in the 700 MHz band for public safety broadband use.

"We applaud the Government of Canada's commitment to designate spectrum in the 700 MHz band for public safety broadband use," said Chief Dale McFee, President of the CACP. "This will allow Canada to align with the United States for true cross-border interoperability between public safety agencies."

Together, the Tri-Services committee of Police, Fire and EMS Chiefs have been advocating for a 20 MHz portion of the 700 MHz spectrum to ensure seamless communication among responders.

"Canadian police officers, firefighters and paramedics must have access to modern and reliable communications capabilities, including high speed data and video, to communicate with each other across agencies and jurisdictions during emergencies," added Chief Michael Nolan, President of the EMS Chiefs of Canada. "Access to the 700 MHz bandwidth is a requirement for 21st century communications for Canada's First Responders. We are pleased that public safety's voice has been heard."

On February 17, 2012, U.S. Congress agreed to allocate an additional block of bandwidth to public safety and support the development of a mission-critical, nationwide public safety broadband network. The U.S. had already allocated 10 MHz to broadband and with the inclusion of the D Block it gave public safety 20 MHz of broadband. Industry Minister Christian Paradis has indicated that Ottawa is reviewing the implication of the designation by the United States of the D-block of the spectrum for public safety use and will consult stakeholders on a similar option for Canadian first responders.

"We are encouraged by the Government of Canada's intention to mirror the U.S. allocation, which will improve the ability of emergency responders to protect communities and save lives," said Chief Rob Simonds, President of the CAFC. "Spectrum allocations are essential to the Canadian Tri-Services' vision of improved interoperability and integrated emergency management."

The Tri-Services Associations also recognized the strong leadership role the Canadian Interoperability Technology Interest Group (CITIG) has played in bringing this issue to the forefront in Canada. The Police, Fire and EMS Chiefs are proud of the success of this important partnership, first created in 2008.

For more information on 700 MHz Broadband for Mission Critical Public Safety Data, visit www.action700.ca.

L'Association canadienne des chefs de police, l'Association canadienne des chefs de pompiers et les Directeurs des services médicaux d'urgence du Canada (DSMUC) se sont associés pour exprimer leur appui à la désignation, par le gouvernement du Canada, de fréquences de la bande de 700 MHz pour les fins de la sécurité publique.

"Nous applaudissons à l'engagement du gouvernement du Canada à désigner des fréquences de la bande de 700 MHz pour les communications à large bande aux fins de la sécurité publique," a affirmé le chef Dale McFee, président de l'Association canadienne des chefs de police. Le Canada pourra ainsi s'harmoniser avec les États-Unis en vue d'une véritable interopérabilité transfrontalière entre organismes de sécurité publique.

Un comité des chefs des trois services - police, pompiers, et services médicaux d'urgence - militait pour l'affectation d'une tranche de 20 MHz de la bande de 700 MHz afin d'assurer des communications efficaces entre intervenants.

"Les agents de police, pompiers et paramédics canadiens doivent avoir accès à des capacités de communication modernes et fiables, y compris pour la transmission à haute vitesse de données et d'images vidéo, pour communiquer entre organismes et entre secteurs pendant des urgences, a ajouté le chef Michael Nolan, président des DSMUC. L'accès à la bande de 700 MHz est essentiel pour des communications du 21e siècle entre premiers intervenants au Canada. Nous sommes heureux que la voix de la sécurité publique ait été entendue."

Le 17 février 2012, le Congrès américain a accepté d'affecter un bloc supplémentaire de spectre à la sécurité publique et d'appuyer la création d'un réseau national à large bande pour les missions de sécurité publique. Les États-Unis avaient déjà réservé 10 MHz aux communications à large bande; en ajoutant le bloc D, la sécurité publique dispose d'une plage de 20 MHz. Le ministre de l'Industrie Christian Paradis a indiqué qu'Ottawa étudie les implications de la désignation du bloc D du spectre pour les fins de la sécurité publique aux États-Unis. Il consultera les parties intéressées au sujet d'une option semblable pour les premiers intervenants au Canada.

"Nous sommes encouragés par l'intention du gouvernement du Canada de prévoir une affectation analogue à celle des États-Unis, ce qui rehaussera la capacité des intervenants d'urgence de protéger les collectivités et de sauver des vies, a dit le chef Rob Simonds, président de l'Association canadienne des chefs de pompiers. Des affectations de fréquences sont essentielles à la vision des trois services du Canada d'une meilleure interopérabilité et d'une gestion intégrée des urgences."

Les associations des trois services ont aussi souligné le leadership exercé par le Groupe d'intérêt canadien en technologie de l'interopérabilité (GICTI) en vue de faire de ce dossier une priorité au Canada. Les chefs de police, de pompiers et de services médicaux d'urgence sont fiers du succès de cet important partenariat lancé en 2008.

Pour de plus amples renseignements sur l'utilisation de la bande de 700 MHz pour des données vitales aux missions de sécurité publique, on peut visiter le site www.action700.ca.



**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

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.



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.



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 be 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





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

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.

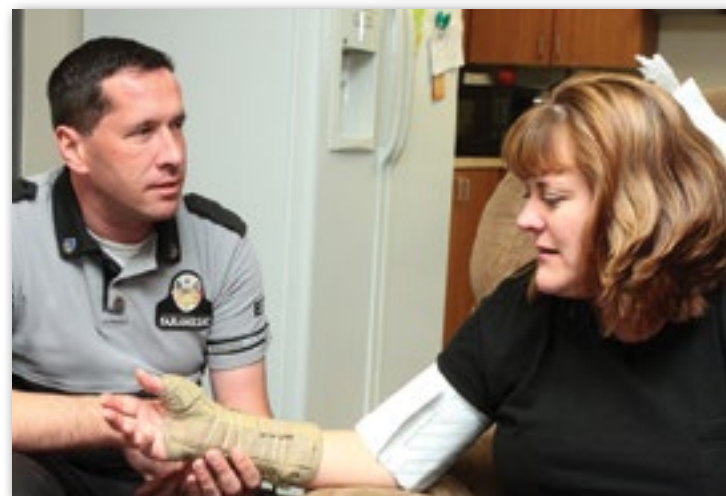
There are many examples cited (11) where AHS key initiatives have been implemented. In specific communities (such as Fort MacLeod, Fort Vermillion, Peace River and High Level) paramedics are working in the Emergency Departments as part of their regular scheduled ambulance duties because of the shortage 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)



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 0W7
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., 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).



“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.



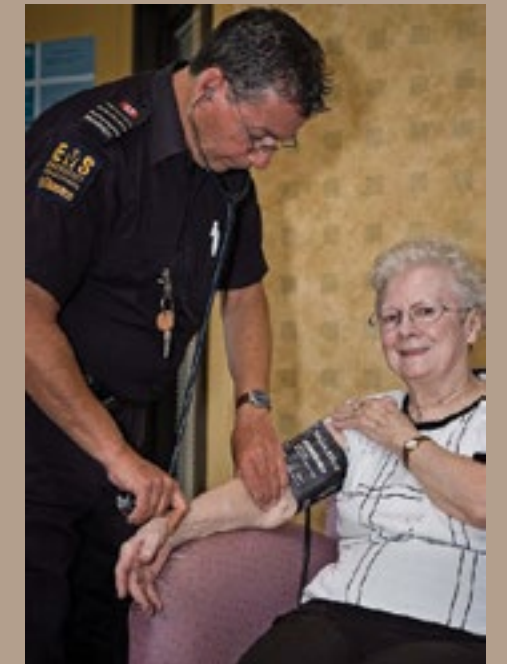
SOMMAIRE EXÉCUTIF

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 paramédicine 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 paramédicine communautaire.

La paramédicine 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 paramédicine 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

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 paramédicine 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 paramédicine 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 paramédicine 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 paramédics, en général, sont moins dispendieux que les honoraires des médecins et infirmières.

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 élevés d'effets néfastes après une rencontre avec les SMU.



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

EXEMPLES INNOVATEURS DE PARAMÉDECINE 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 entravée 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 ultérieures, 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 quotidienne 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 paramedic 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 paramedic 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 paramédical 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 le 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 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.

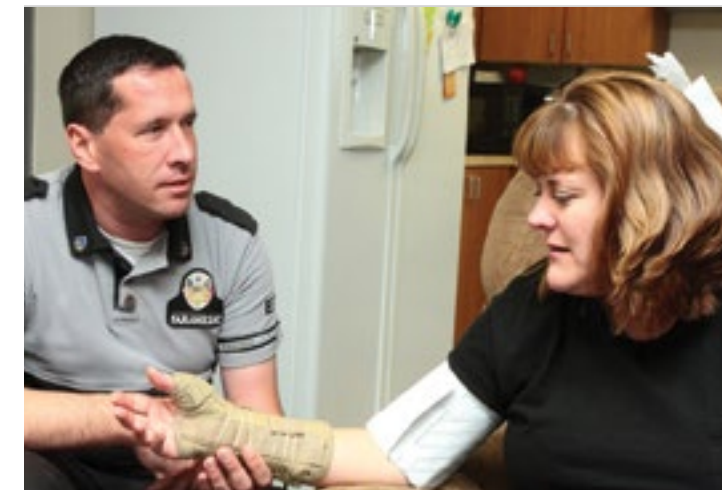
Dans l'ensemble, les programmes innovateurs de paramédecine communautaires partout au Canada ont aidé les personnes âgées, les communautés où il y a une pénurie de médecins et d'infirmières et membres marginalisés de la communauté - à répondre à leurs besoins de soins de santé non urgents. Les programmes 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 argentés 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 paramédecine 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 fonctionnent 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 équivaleraient 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).

PROUDLY SERVING
CANADIANS COAST TO COAST/
FIERS DE SERVIR LES
CANADIENS COAST TO COAST



