

INTERNATIONAL ACADEMY OF EMERGENCY MEDICAL DISPATCH

Accréditation / Ré-accréditation



APPLICATION ET AUTO-VALIDATION

Ce document vise à guider une agence par une auto-validation pour être reconnue par l'Académie comme Centre d'Excellente Accrédité.

Une évaluation sur les lieux peut également être requise et demeure à la discrétion du Comité d'Accréditation de l'Académie. Toute dépense requise pour une évaluation sur les lieux, une cérémonie avec remise de plaque, etc. sera facturée séparément.

Deux copies imprimées des sommaires de tous les documents doivent être acheminées avec les enregistrements des fichiers requis sur une disquette standard d'ordinateur de 3.5" ou un CD (PC ou MAC).

Application d'Accréditation

Application de Ré-Accréditation

Pour les frais d'application, traitement et révision voir l'encart.

Inscription dans le plan de maintien d'accréditation

Actuellement inscrit dans le plan de maintien d'accréditation

Pour des renseignements supplémentaires, veuillez contacter **Carlynn Page**, directrice associée de la **division de planification et support pour accréditation** en utilisant l'information trouvée ci-dessous ou dans l'encart.

Le processus d'Accréditation et les protocoles du MPDS® associés sont basés sur les normes de pratiques généralement acceptées tel que promulguées et publiées entre autres par la *National Association of EMS Physicians (NAEMSP)*, l'*American Society for Testing and Material (ASTM)*, l'*American College of Emergency Physicians (ACEP)*, le *U.S. Department of Transportation (USDOT)*, la *National Institutes of Health (NIH)* et l'*American Medical Association (AMA)* entre autres.

The International Academy of Emergency Medical Dispatch

139 E. South Temple, Suite 200, Salt Lake City, Utah 84111, États-Unis

(800) 960-6236 • (801) 359-6916 • Télécopieur : (801) 359-0996 • www.emergencydispatch.org

NAF Version 11.2 © 2005 IAEMD 051216

VINGT POINTS D'ACCREDITATION

L'auto-validation pour accréditation doit formellement documenter et décrire :

1. Tous les postes médicaux actifs (prise d'appel et répartition) et de supervision.

- a. Indiquer le nombre total des postes actifs (prise d'appel et répartition), versus postes de supervision ou débordement (inscrire à la ligne 9 du formulaire d'application).
- b. Inclure un plan indiquant l'emplacement de chaque poste de travail.
- c. Nommer toutes les accréditations à niveau et l'organisme qui les a octroyé.

2. Licence du Advanced Medical Priority Dispatch System® (MPDS®) à niveau pour chaque poste de travail RMU.

- a. Fournir l'information suivante si applicable :
 - i. Numéro de la version du MPDS®
 - ii. Numéro de la version de ProQA®
 - iii. Numéro de la version de AQUA^{MD}
 - iv. Version des Normes de Score de RU-Q^{MD}
- b. Inclure une politique indiquant que les mises à niveau du MPDS sont implantées dans l'année suivant son lancement.
- c. Inclure une politique indiquant que les Répartiteurs Médicaux d'Urgence suivront tous les protocoles tels quels, en évitant toute question ou information ajoutées à moins que celles-ci améliorent les questions et directives écrites au protocole mais ne les remplacent pas.

3. Certification de l'Académie à niveau pour tout le personnel autorisé à traiter les appels médicaux d'urgence.

- a. Énumérer tous les RMU actuels en indiquant leurs noms, leur date d'embauche, la date de leur dernière certification, la date de leur prochaine recertification et le numéro de certification de RMU de l'Académie.

4. Tous les cours de certification en RMU sont dispensés par des instructeurs certifiés par l'Académie et toutes les révisions de cas sont faites par des RU-Q certifiés par l'Académie.

- a. Énumérer tous les instructeurs de RMU et RU-Q à l'emploi, sous contrat ou autrement utilisés par votre organisation, dans un format tabulaire indiquant leurs noms, leur date d'embauche, la date de leur dernière certification, la date de leur prochaine recertification et le numéro de certification d'instructeur de RMU et de RU-Q de l'Académie.

5. Activités complètes des processus du comité d'Amélioration de la Qualité (AQ).

- a. Joindre des copies des ordres du jour et comptes-rendus des rencontres du Comité de Révision (CR) et du Comité de Direction (CD) (un minimum de trois sont requis pour les six derniers mois précédant immédiatement cette application).
- b. Indiquer les noms et les titres des membres des comités
 - i. Unité d'Amélioration de la Qualité
 - ii. Comité de Révision de Répartition
 - iii. Comité de Direction de Répartition
- c. Indiquer les tâches et les objectifs de chaque comité.

6. Méthodologie d'amélioration et d'assurance de la qualité de l'IAED.

- a. Joindre une description complète des méthodes utilisées pour évaluer la performance des RMU dans l'utilisation adéquate de toutes les composantes du MPDS tel qu'indiquées dans le manuel de cours en RU-Q (pratiques de révision uniformes). Le document devrait suivre le format suivant :
 - i. comment les cas sont sélectionnés de façon aléatoire
 - ii. le nombre minimum de cas choisis pour être révisés chaque mois
 - iii. toute pratique de révision particulière utilisée. Ceci pourrait inclure les cas que l'agence identifie comme ayant besoin de révisions supplémentaires. Par exemple : cas d'arrêt cardiaque, d'étouffement et d'accouchement.
- b. Joindre une description détaillée de comment la performance des RMU est évaluée, classifiée et suivie.
- c. Joindre les détails et les dates du début de la révision des cas et comment chaque employé est informé de ses scores.
- d. Joindre les détails et les dates de l'affichage des scores des quarts et du centre.

7. Évaluation de cas cohérente et qui rencontre ou dépasse les attentes minimums de performance de l'Académie.

- a. Selon la taille de l'agence ce qui suit s'applique :
 - i. Pour les agences avec moins de 43 334 cas par année, le minimum est 25 cas par semaine.
 - ii. Pour les agences avec plus de 43 333 cas par année mais moins de 500 000, le minimum est 3 % du volume d'appels.
 - iii. Pour les agences avec plus de 500 000 cas par année le minimum varie entre 1 % et 3 % selon le volume d'appels. (Utilisez le calculateur sous Accréditation dans le site web de l'Académie. Veuillez fournir une impression de l'image de l'écran montrant le calcul et le résultat.)
- b. Inclure le nombre total d'appels médicaux d'urgence reçus par le centre dans les derniers six mois précédant l'application pour accréditation.
- c. Indiquer le nombre total de cas révisés dans la même période.

8. Données de niveau de référence historique en AQ depuis l'implantation initiale du processus structuré d'AQ de l'Académie (premier sommaire du rapport d'amélioration de la qualité si disponible).

- a. Un sommaire du rapport de niveau de référence en Amélioration de la Qualité (ou équivalent) qui inclus :
 - i. conformité au Protocole d'Entrée
 - ii. conformité aux Questions Clé
 - iii. conformité aux SIT
 1. conformité aux DPE
 2. conformité aux DPA
 - iv. conformité aux Protocoles de Problème Principal
 - v. conformité aux codes finaux
 - vi. score total de conformité
- b. Rapports de dérivations de déterminant (ou équivalents) pour le centre.
- c. Si les documents décrits ci-dessus ne sont pas disponibles, veuillez l'indiquer dans votre lettre de présentation.

9. Moyenne mensuelle du score de conformité en évaluation des cas au centre de communications rencontrant (ou dépassant) les niveaux d'accréditation, dans les six mois consécutifs précédant immédiatement l'application à l'accréditation :

- a. Inclure un sommaire du rapport d'amélioration de la qualité indiquant que l'agence a atteint les niveaux de performance minimaux suivants pendant au moins les trois mois précédant l'application :
 - 95 % - Protocole d'Entrée
 - 90 % - Questions Clé
 - 90 % - Directives Post-Envoi
 - 95 % - Directives Pré-Arrivée
 - 95 % - exactitude du Problème Principal
 - 90 % - exactitude du code d'envoi final
 - 90 % - Score total de conformité
- b. Inclure un rapport de dérivations de déterminant montrant que les interventions à risque ou perte de ressources sont de 5 % ou moins pour les derniers trois mois précédant l'application.

10. Vérification des procédures adéquates en amélioration de la qualité adéquates, validés par une révision indépendante de l'Académie.

- a. Inclure 25 copies d'enregistrements d'évaluation de cas et des rapports d'évaluation reliés pour une évaluation de l'Académie.
 - i. 22 de ces évaluations doivent avoir eu lieu dans le mois qui précède immédiatement l'application et doivent être choisies de façon complètement aléatoire et non pas des cas spécifiquement marqués pour rétroaction ou autre révisions.
 - ii. Décrivez le processus de sélection aléatoire de ces appels.
 - iii. Inclure 3 cas additionnels ayant des Directives Pré-Arrivée (le premier cas avec des DPA pour chacun des trois mois précédant immédiatement l'application).

11. Implantation et/ou maintien de l'orientation MPDS et méthodologie de rétroaction de terrain en RMU pour tout le personnel de terrain.

- a. Décrire votre processus d'orientation de terrain du MPDS.
 - i. Inclure des copies de la littérature, présentations, et tout autre matériel utilisé.
 - ii. Lister la quantité de Guides d'Intervenant de Terrain distribuée et la date de leur distribution.
- b. Décrire votre méthodologie de rétroaction de terrain.
- c. Inclure une copie vierge du formulaire de rétroaction de terrain utilisé par votre agence.
 - i. Inclure la documentation des dates quand ces formulaires ont été distribués à toutes les stations d'intervention de terrain.

12. Vérification des politiques et de processus locaux pour l'implantation et le maintien de la RMU. Inclure toutes les politiques concernant les pratiques de RMU, elles doivent inclure ce qui suit :

- a. Implantation d'application du MPDS.
- b. Approbation du directeur médical de tous les protocoles du MPDS, ceux qui ont besoin d'approbation locale y compris, tels que :
 - i. Mort évidente / attendue
 - ii. Références OMEGA (si applicable)
 - iii. Situations d'accouchement à risque élevé
 - iv. Types de niveau au Protocole 33 (si applicable)
- c. Conformité au Protocole.
 - i. Amélioration de la qualité
 - ii. Exigences de FC
 - iii. Gestion et correction de la performance
 - iv. Habiletés de service à la clientèle (ce qui est appliqué dans votre agence concernant les scores de service à la clientèle)
 - v. Processus de traduction de langues
 - vi. Inclure une politique indiquant que tous les appels médicaux d'urgence sont traités uniquement par des RMU certifiés et que les employés sont retirés de leur fonction si leur certification est expirée, suspendue ou révoquée.

13. Inclure des copies de toute la documentation concernant votre programme de formation continue (FC) :

- a. Soumettre l'agenda et les sujets de FC des derniers six mois.
- b. Soumettre les documents démontrant la présence aux sessions de FC.
- c. Soumettre l'ébauche de l'agenda de FC des six prochains mois.

Cocher cette boîte si vous utilisez la *Série d'Avancement du RMU*.

- 14. Orientation sur la Carte d'Information pour les Services Préhospitaliers d'Urgence (CISPU)**
- a. Inclure la documentation sur la distribution du Protocole CISPU à tous les répartiteurs policiers et d'incendie et à toute autre agence qui transmet des appels d'urgence de façon régulière.
 - i. Nommer les autres au besoin
 - b. Inclure la documentation des agences formées, des copies des documents démontrant la présence et tout autre matériel de formation utilisé pour ce processus.
- 15. Établissement de toutes les assignations d'interventions locales pour chaque Code de Déterminant du MPDS.**
- a. Inclure une description du processus pour développer les configurations d'intervention.
 - b. Inclure une liste de tous les Codes de Déterminant du MPDS et les configurations d'intervention assignées localement pour chacun.
 - c. Inclure des copies des comptes-rendus spécifiques des rencontres du Comité de Direction avec leur vérification et approbation de toutes les configurations d'intervention.
- 16. Processus de maintien et de modification pour l'assignation locale d'interventions pour les Codes de Déterminant du MPDS.**
- a. Fournir la documentation expliquant comment les assignations locales d'intervention sont révisées et comment les changements sont recommandés et approuvés.
- 17. Documentation de la fréquence de tous les codes et niveaux du MPDS au centre de communications.**
- a. Chaque Problème Principal (1–33)
 - b. Chaque Code de Déterminant individuellement (environ 300)
 - c. Chaque Niveau de Déterminant (Ω , A, B, C, D et E)
- 18. Nomination et implication du directeur médical dans la supervision des activités du centre de RMU.**
- a. Lister le nom, l'adresse, le numéro de licence, le pays/état/province ou lieu d'autorisation de pratique du directeur médical.
 - b. Joindre la documentation sur la nomination du directeur médical.
 - c. Énumérer les rôles et responsabilités du directeur médical approuvés dans le système de répartition.
- 19. Entente de partage des données de RMU non confidentielles avec l'Académie et autres pour l'amélioration du MPDS et l'avancement de la RMU dans son ensemble.**
- a. Inclure une démonstration écrite, signée par le directeur général de l'organisation, acceptant les exigences citées ci-haut.
 - b. Inclure une démonstration écrite, signée par le directeur général de l'organisation, acceptant de soumettre à l'Académie de façon bi-annuelle un sommaire du rapport de conformité.
- 20. Entente à l'endossement du code d'éthique et des normes de pratique établies pour un Centre d'Excellence Accrédité.**
- a. Inclure une démonstration écrite, signée par le directeur général de l'organisation, acceptant les exigences citées ci-haut.
 - b. Fournir une preuve de l'affichage proéminent du code d'éthique et du site sélectionné pour l'affichage.

APPLICATION D'ACCREDITATION

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Application Received: _____ Board-Assigned Reviewer: _____
Date Payment Received: _____ Date Review Paperwork Received: _____
Date Call Samples Received: _____ Date Accreditation Approved/Denied: _____



INFORMATIONS GÉNÉRALES : (Veuillez remplir clairement et ajouter des feuilles au besoin.)

1) Nom de l'agence ou organisation : _____

2) Personne contact : M. Mme. Mlle. _____ Titre : _____

Téléphone jour : _____ Télécopieur : _____

Adresse postale : _____ Courriel : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

3) Directeur général (ou gestionnaire équivalent) : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

4) Directeur médical (ou équivalent) : _____

Adresse (si différente de ci-haut) : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Spécialité : _____ # de licence : _____ Lieu de licence : _____

INFORMATIONS DU SERVICE DE RÉPARTITION :

5) Type de service (PSAP) : Primaire Secondaire

6) Champs : Police et/ou Incendie et Médical Médical seulement

7) Population desservie : _____ 8) Volume annuel d'appels médicaux : _____

9) Nombre de postes licenciés : _____ (Nombre actifs : _____ Nombre surplus : _____)

10) Numéro de licence MPDS pour cardex : _____ et/ou pour logiciel ProQA^{MD} : _____

11) Veuillez joindre une brève description décrivant les services et l'éventail de pratique de votre organisation. Assurez-vous d'y inclure toute mission d'entreprise, buts, objectifs et/ou les raisons pour lesquels vous souhaitez être reconnu comme "Centre d'Excellence Accrédité" de l'Académie.

12) Veuillez joindre le **sommaire d'auto-validation pour accréditation complété**, avec toutes les documentations de support clairement identifiées, pour démontrer votre conformité à chacun des Vingt Point's d'Accréditation.

Au nom de l'organisation ci-haut mentionné, j'affirme que toutes les informations ci-haut sont vraies et exactes et j'accepte que si elles sont incorrectes, cette application pourrait être rejetée. De plus nous acceptons de respecter le code d'éthique de l'Académie et les pratiques normalisées établies pour un Centre d'Excellence Accrédité ainsi que de respecter tous les droits d'auteur en regard du matériel de cours et/ou des protocoles.

Signature autorisée : _____ Date : _____

APPLICATION DE RÉ-ACCREDITATION



FOR OFFICE USE ONLY:

Date Application Received: _____ Board-Assigned Reviewer: _____
Date Payment Received: _____ Date Review Paperwork Received: _____
Date Call Samples Received: _____ Date Accreditation Approved/Denied: _____

INFORMATIONS GÉNÉRALES : (Veuillez remplir clairement et ajouter des feuilles au besoin.)

1) Nom de l'agence ou organisation : _____

2) Personne contact : M. Mme. Mlle. _____ Titre : _____

Téléphone jour : _____ Télécopieur : _____

Adresse postale : _____ Courriel : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

3) Directeur général (ou gestionnaire équivalent) : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

4) Directeur médical (ou équivalent) : _____

Adresse (si différente de ci-haut) : _____

Ville : _____ Prov. : _____ Code postal : _____ Pays : _____

Spécialité : _____ # de licence : _____ Lieu de licence : _____

INFORMATIONS DU SERVICE DE RÉPARTITION :

5) Type de service (PSAP) : Primaire Secondaire

6) Champs : Police et/ou Incendie et Médical Médical seulement

7) Population desservie : _____ 8) Volume annuel d'appels médicaux : _____

9) Nombre de postes licenciés : _____ (Nombre actifs : _____ Nombre surplus : _____)

10) Numéro de licence MPDS pour cardex : _____ et/ou pour logiciel ProQA^{MD} : _____

11) Veuillez joindre une brève description décrivant les services et l'éventail de pratique de votre organisation. Assurez-vous d'y inclure toute mission d'entreprise, buts, objectifs et/ou les raisons de vouloir maintenir le status de "Centre d'Excellence Accrédité" de l'Académie.

12) Veuillez joindre le **sommaire d'auto-validation pour accréditation complété**, avec toutes les documentations de support clairement identifiées, pour démontrer votre conformité à chacun des Vingt Point's d'Accréditation.

Au nom de l'organisation ci-haut mentionné, j'affirme que toutes les informations ci-haut sont vraies et exactes et j'accepte que si elles sont incorrectes, cette application pourrait être rejetée ou révoquée. De plus nous acceptons de respecter le code d'éthique de l'Académie et les pratiques normalisées établies pour un Centre d'Excellence Accrédité ainsi que de respecter tous les droits d'auteur en regard du matériel de cours et/ou des protocoles.

Signature autorisée : _____ Date : _____

POLITIQUE D'ÉTHIQUE DE L'ACADÉMIE

L'Académie est dédiée à la promotion de **l'excellence** en matière de traitement des appels médicaux d'urgence, en établissant des normes professionnelles dans le domaine et en reconnaissant les agences et les individus qui rencontrent ces normes. Cette **reconnaissance** inclut le public et la communauté des SMU et est communiquée par des efforts de relations publiques, d'élégants diplômes et certificats, des articles de journaux, d'autres publications et promotions professionnelles et avertissements.

L'Académie préconise, encourage et supporte la proposition affirmant que "La communauté dépend de la juste application de la répartition par priorité et impose **l'obligation** au RMU certifié, de maintenir des normes professionnelles de compétence technique, morale et d'intégrité". Afin d'accomplir ceci, le Collège de l'Académie a unanimement adopté le code d'éthique suivant :

LE CODE D'ÉTHIQUE

1. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent accepter de mettre les **besoins de la population** avant les leurs.
2. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent continuellement chercher à maintenir et améliorer leurs **connaissances, habiletés et compétences** professionnelles et doivent rechercher toute opportunité de formation continue.
3. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent se soumettre à toutes les **lois et réglementations** et doivent éviter toute conduite ou activité qui pourrait causer un tort injustifié aux citoyens qu'ils desservent.
4. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent être **diligents et appliqués** dans l'application de leur devoir.
5. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent établir et maintenir des **relations honorables** avec leurs pairs de sécurité publique et avec tous ceux qui dépendent de leur jugement et habileté professionnels.
6. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent aider à améliorer la **compréhension du public** sur la répartition d'urgence.
7. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent **aider aux opérations** et **améliorer la performance** de leur système de répartition.
8. Les répartiteurs certifiés par l'Académie doivent chercher à maintenir les plus hautes normes de **pratique personnelle** et maintenir aussi l'**intégrité** de l'Académie Internationale de Répartition d'Urgence en exemplifiant ce *Code d'Éthique* professionnel.



**INTERNATIONAL ACADEMY
OF EMERGENCY
MEDICAL DISPATCH**
un organisme sans but lucratif

Siège Social aux États-Unis :

139 E. South Temple, #200, Salt Lake City, Utah 84111, États-Unis

Sans frais : (800) 960-6236 ; Local : (801) 359-6916

Télécopieur : (801) 359-0996 ; Courriel : ace@emergencydispatch.org