



soins palliatifs :

repères
dans une société
en changement

 AQSP
Association québécoise
de soins palliatifs

35^e congrès
annuel

6, 7 et 8
mai 2026

Hôtel Delta Sherbrooke
et Centre de congrès

Étude de cas cliniques dans le cadre d'un projet pilote en soins de fin de vie imminente à domicile

Staphania Bastien, infirmière clinique

Emilie Grenier, adjointe à la coordination des soins cliniques

AUX
TROIS
SENTIERS

Aujourd'hui

I. Divulgation

II. Objectifs

III. Présentation de l'organisme

IV. Sentier 1 : Unité d'intervention rapide (UIR) à domicile

V. Préparation d'une prise en charge

VI. Cas clinique

Divulgence de conflits d'intérêts potentiels (*Principe de divulgation - «disclosure»*)

Afin de respecter les règles d'éthique en vigueur, nous déclarons que nous n'avons aucun conflit d'intérêt réel ou potentiel en lien ou non avec le contenu de cette présentation.

Utilisation intelligence artificielle

Nous déclarons ne pas avoir utilisé l'intelligence artificielle

Engagements

Nous nous engageons auprès de l'auditoire à :

- lui signaler toute indication non approuvée
- utiliser les noms génériques et commerciaux des médicaments
- indiquer les améliorations en valeur absolue (et non uniquement en valeur relative)

Objectifs

1. Décrire les composantes clés du **projet pilote** de l'UIR à domicile.
2. À partir de cas cliniques, expliquer les **critères de sélection** des patients, les modalités de **prise en charge** et les **enjeux cliniques** à domicile.
3. Identifier des stratégies de **gestion des symptômes réfractaires à domicile**, incluant l'utilisation de moyens habituellement réservés au milieu hospitalier.
4. Promouvoir l'utilisation de la **voie intra-veineuse** lors de la présence de symptômes réfractaires.
5. Démonstration du **Propofol à domicile** pour la gestion de symptômes réfractaires.
6. Dégager des pistes concrètes pour favoriser la **continuité des soins** et **soutenir les familles** en contexte de fin de vie imminente.



OBNL Aux trois sentiers

Modèle intégré de services

1

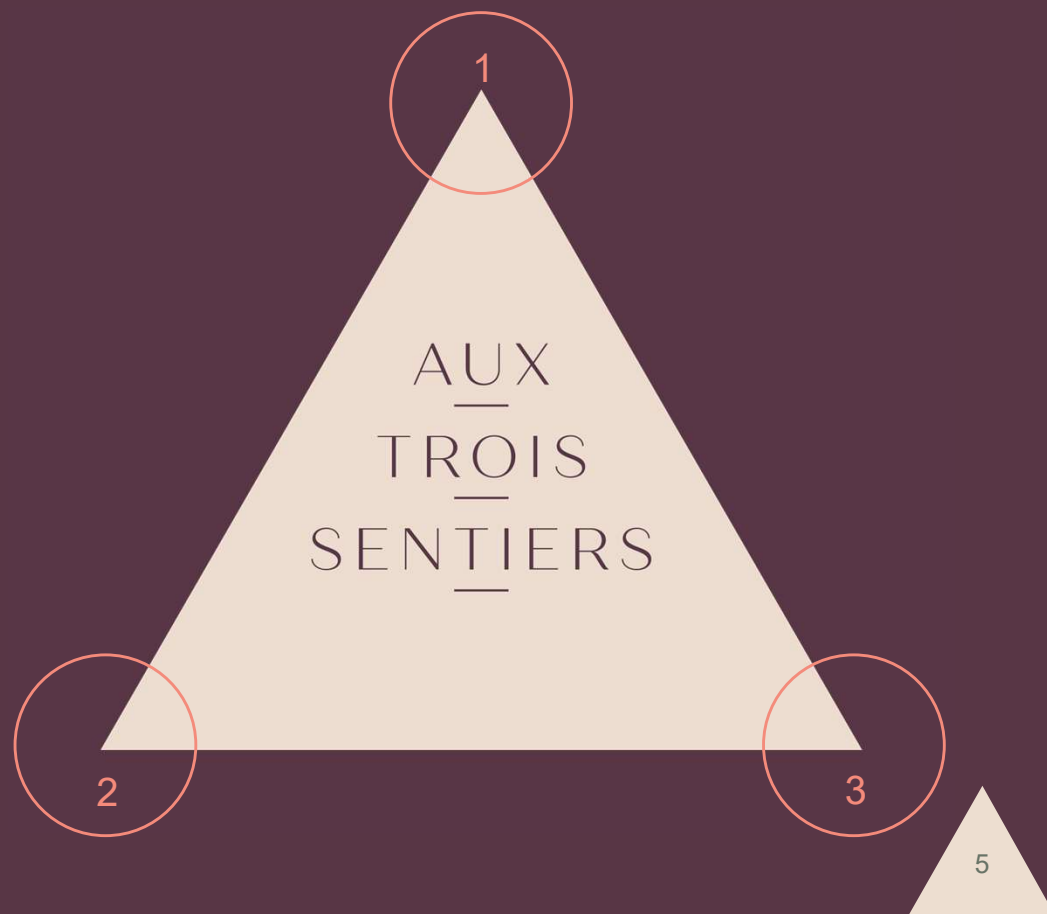
Unité d'intervention rapide (UIR) | Soins spécialisés et personnalisés à domicile pour les personnes en fin de vie (phase d'agonie moins de 6 semaines avant le décès)

2

Accompagnement des proches aidants par une équipe d'intervenants variés

3

Maison de soins palliatifs | Centre expert apprenant



Sentier 1

Unité d'intervention rapide (UIR) à domicile

Unité d'intervention rapide (UIR)

Offrir une **alternative à l'hospitalisation** grâce à une approche innovante de **soins spécialisés** en fin de vie

Critères des patients visés par ce projet pilote :

- Être un adulte hospitalisé ou à domicile avec des symptômes complexes qui requièrent une hospitalisation (échec de maintien avec objectif d'éviter l'hospitalisation)
- Avoir un niveau de soins D (arrêt des soins curatifs)
- Être en fin de vie imminente, phase de l'agonie (6 semaines et moins avant le décès)
- Vouloir décéder à domicile
- Résider sur l'île de Montréal
- Facultatif : Avoir demandé l'aide médicale à mourir ou la sédation palliative continue



À DOMICILE 24/7

Accompagnement personnalisé à domicile en alternative à l'hospitalisation.



UNITÉ D'INTERVENTION RAPIDE

Une équipe tactique de professionnel.le.s de la santé: soins infirmiers, préposé.e.s et médecins.



SOINS COMPLÉMENTAIRES

Soutien aux patients et aux proches aidants par une équipe de professionnels variés: thanadoula, massothérapie, travail social, soins spirituels.

CE QU'EST UNE UIR

- Consultants en médecine spécialisée en appui aux équipes de 1ère ligne
- Équipe interdisciplinaire disponible 24/7
- Accompagnement de l'agonie, des symptômes complexes et instables à domicile
- Prise en charge avec ou sans proches aidants

CE QUE CE N'EST PAS

- Un hôpital virtuel
- Une substitution aux services de la 1^{ère} ligne
- Une prise en charge longitudinale

Paramètres du projet-pilote

Trois trajectoires de soins pour les personnes en fin de vie grâce à l'UIR

Trajectoire 1

De l'hôpital au domicile



Patient en fin de vie hospitalisé dans un lit de soins aigus

Trajectoire 2

Éviter une hospitalisation



Patient à domicile dont l'état d'agonie se détériore : est dirigé vers UIR plutôt que transporté en ambulance à l'urgence

Trajectoire 3

Demande AMM à domicile



Patient de la trajectoire 1 ou 2 qui demande l'aide médicale à mourir (AMM) dans un délai de moins de 6 semaines

EMPLOYÉS

- 13 infirmières
- 4 infirmières auxiliaires (veilleuses de nuit)
- 5 préposés aux bénéficiaires
- 1 travailleuse sociale
- 12 médecins spécialistes (anesthésiologistes et intensivistes)
- 12 intervenants ponctuels en soins complémentaires
- Une équipe de gestion mobilisée

PARTENAIRES

- CIUSSS du Centre-Ouest de l'île de Montréal (Hôpital général juif et 5 CLSC)
- CHUM

Collaboration constante sur le terrain et dans les équipes.

Rencontres hebdomadaires et post-mortem lors de prises en charge complexes.

Impacts de notre UIR

En date du



X patients
+
X proches



Moyenne de
X jours
au chevet par patient



X jours
d'hospitalisation évités



X transports
ambulanciers évités
+
0 retour à l'urgence
pendant les prises en
charge d'A3S

Pendant cette
période,
patients et proches
ont bénéficié de
plus de



interventions et
soins
complémentaires
(interventions
psychosociales et
spirituelles,
acceptation de la fin
de vie, santé
corporelle, répit,
soutien post-décès).

Préparation pour une prise en charge par l'UIR

Incursion dans une prise en charge de l'Unité d'intervention rapide (UIR)

The screenshot shows a Microsoft Teams chat window for a group named "TEAM SOINS CLINIQUES". The chat is titled "Conversation" and is marked as "Partagé". The interface includes a top bar with a meeting icon, the text "Réunion instantanée", and a group icon with the number "3".

The chat history shows the following messages:

- Frédérique Fleury (FF) at 14:21: "Hello ok je serai la"
- 14:21 Modifié: "Pouvez-vous préparer des seringues de 1mL pour chez Mr S svp ainsi que des aiguilles?" (with thumbs up and share icons)
- Staphania Bastien (SB) at 14:22: "Oui, Pas de problème"
- Translated message: "Hello team de soir ; Rdv au bureau en début de quart"
- 14:23: "Super merci"
- 14:23: "A tantôt"
- 14:23: "Salut l'équipe de nuit, inf attendue au bureau"
- 14:23: "veilleuse chez Mr S"

A horizontal separator line is labeled "Dernière lecture".

Below the separator, Staphania Bastien (SB) at 14:24 (Translated) says: "Okay merci, on se voit tout à l'heure"

The bottom of the chat shows a text input field with a cursor and a "H" character, and a toolbar with icons for editing, emojis, attachments, and a play button.

Notre équipement pour chaque patient

Vidéo





Dans une trousse de médicaments

Morphine 10mg/ml: 10 fioles

Morphine 50mg/ml: 5 fioles

Hydromorphone 2mg/ml: 10 fioles

Hydromorphone HP 10mg/ml: 5 fioles

Midazolam 10mg/2ml: 30 fioles

Halopéridol 5mg/ml: 5 fioles

Dimenhydrinate 250mg/5ml: 5 fioles

Scopolamine 0,4mg/ml: 3 fioles

Furosémide 40mg/4ml: 4 fioles

Propofol 500 mg/ 50 ml : 3 fioles

SIMULATION

Présentation de l'organisme en vue d'une prise en charge

Vidéo

Consentements



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ENTRE LE PATIENT ET L'ORGANISME AUX TROIS SENTIERS- SOINS PALLIATIFS

SOINS AU PATIENT

J'autorise les médecins et les membres du personnel traitant de l'organisme *Aux Trois Sentiers-Soins palliatifs* à me dispenser les soins ou services nécessaires.

J'autorise le personnel des soins complémentaires et des intervenants associés *Aux Trois Sentiers-Soins palliatifs* à me prodiguer des soins.

PHARMACIE

J'autorise les pharmaciens en pharmacies communautaires ayant accès à mon profil pharmacologique à faire parvenir à l'organisme *Aux Trois Sentiers-Soins palliatifs* le contenu de ce profil ainsi que toute autre information jugée pertinente qui permettra à l'équipe traitante de l'organisme *Aux Trois Sentiers-Soins palliatifs* d'assurer de façon optimale le suivi de mon état de santé.

J'autorise la pharmacie préparatrice à recueillir toutes les informations pertinentes de mon dossier pharmacologique auprès de mon pharmacien communautaire, de mon médecin traitant ou d'autres professionnels de la santé pour toute la durée de mon traitement intraveineux.

Voici le nom de ma pharmacie communautaire : _____

DIVULGATION ET ÉCHANGE D'INFORMATIONS PERSONNELS

J'autorise l'organisme *Aux Trois Sentiers-Soins palliatifs* ainsi que les médecins, et les membres du personnel traitant à fournir au ministère de la Santé et des Services sociaux et à la Régie de l'assurance maladie du Québec, les renseignements nécessaires pour exercer les recours prévus à l'article 10 de la Loi sur l'assurance-hospitalisation ou à l'article 75 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux et modifiant diverses dispositions législatives et à l'article 151 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones, cris et inuits.

Les renseignements transmis au MSSS et à la RAMQ sont régis par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels et par la Loi sur l'assurance maladie.

Page 1 sur 2



Consentement à la divulgation et à l'échange d'informations et de renseignements personnels

Je soussigné(e), _____, consens à ce que le ou les intervenants du _____ divulguent, communiquent et échangent des données pertinentes contenues dans mon dossier médical, avec le ou les intervenants œuvrant pour *Aux Trois Sentiers- Soins palliatifs*.

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

Signature de la personne concernée

Date

Signature de la personne faisant signer le formulaire

Date



FORMULAIRE D'ACCÈS AU LOGEMENT DU/DE LA PATIENT.E

Afin de donner l'accès de votre logement au personnel clinique et au personnel des soins complémentaires veuillez remplir le formulaire ci-dessous :

Le numéro d'appartement s'il y a lieu : _____

Le code de l'immeuble s'il y a lieu : _____

Indiquer l'étage : _____

La clé* sera remise par : _____

La clé* sera remise à : _____

L'accès nécessite-t-il des informations supplémentaires : _____

*La clé sera stockée de façon sécuritaire au sein d'un cadenas de type Masterlock tout le temps de la prise en charge.

En date du _____ à _____

Nom et prénom du patient ou de son représentant légal

Signature du patient ou de son représentant légal

Représentant Aux trois sentiers - Soins palliatifs

En tout temps, je pourrai retirer mon consentement à la divulgation et à l'échange d'informations.

Page 1 sur 2

Cas cliniques

Monsieur A

Présentation du patient

- 78 ans, vit avec sa conjointe
- Fils et petit-fils habitent à proximité
- Adénocarcinome gastrique diagnostiqué en 2024
- Carcinose péritonéale avec progression malgré plusieurs lignes de traitement
- Niveau de soins D établi en décembre 2025
- Souhait du patient : demeurer à domicile avec sa famille

Prise en charge UIR

- 30 janvier : Visite du MD CLSC, Mr envoyé à l'urgence pour évaluation
- 31 janvier : Demande du MD CLSC d'évaluation par A3S pour potentielle prise en charge
- 1 février : l'UIR rencontre M. A et sa famille à l'urgence. La prise en charge se concrétise
- 2 février : Retour à domicile avec perfusion débutée à l'urgence

L'OBJECTIF EST DE STABILISER LES SYMPTÔMES POUR PROFITER DU TEMPS AVEC SA FAMILLE

Trajectoire 1

De l'hôpital au domicile



Patient en fin de vie hospitalisé dans un lit de soins aigus

CAS
1

Monsieur A

CAS
1

Évolution clinique

1er février

- Cessation de l'alimentation mais tolérance aux liquides

3 février

- Apparition d'un délirium hyperactif avec agitation importante
- Début d'halopéridol
- Mise en place d'une veilleuse de nuit afin de permettre à l'épouse de dormir

4 février

- Persistance des hallucinations, de l'anxiété et de l'agitation
- Présence d'une détresse existentielle importante
- Évaluation médicale à domicile
- Discussion avec la famille concernant l'utilisation du propofol pour symptômes réfractaires
- Objectif : permettre un meilleur contrôle de l'agitation et rééquilibrer l'état neuropsychiatrique
- Famille en accord avec le plan proposé
- Maintien de la veilleuse de nuit

SOUTIEN AUX PROCHES
Contribue directement à la capacité de maintenir le patient à domicile

Monsieur A

CAS
1

Évolution clinique (suite)

5 février

- Début du propofol à 5 mcg/kg/min, ajusté progressivement jusqu'à 20 mcg/kg/min
- Cible clinique : RASS -2
- Patient facilement réveillable, sans agitation marquée
- Présence infirmière continue à domicile afin d'ajuster rapidement la médication en collaboration avec le médecin par télémédecine
- Tentative de cessation du propofol en fin de journée
- Retour rapide de l'agitation, nécessitant la reprise du propofol jusqu'au retour à un RASS -2

6 février

- Bonne nuit, patient confortable et sans agitation
- En matinée, apparition brutale d'une détresse respiratoire sévère, suggère une embolie pulmonaire chez un patient connu pour thromboses importantes
- Décès à domicile avec la famille présente au chevet

Le propofol en soins palliatifs

Des démonstrations en cours pour soulager des symptômes réfractaires à la médication usuelle

Exemples de symptômes réfractaires

- agitation psychomotrice
- délirium
- détresse psychologique ou existentielle
- détresse respiratoire
- douleur
- nausées et vomissements incoercibles
- réactions paradoxales aux agents usuels

Conditions essentielles pour une utilisation sécuritaire à domicile

- Infirmière formée aux voies veineuses échoguidés
 - Protocole médical clair et accessible
- Collaboration étroite avec le médecin en temps réel
 - Surveillance continue au chevet
- Équipe capable de se relayer afin de ne jamais laisser le patient seul
- Disponibilité d'effectifs supplémentaires selon l'évolution clinique

L'utilisation du propofol à domicile ne remplace pas une équipe de soins palliatifs expérimentée

Il doit être vu comme un outil disponible et rester sécuritaire par une présence clinique continue et une capacité d'ajustement rapide

Monsieur A

CAS
1

Pourquoi le propofol et non une autre molécule ?

- Haldol déjà tenté avec efficacité insuffisante
- Persistance d'un délirium hyperactif, d'hallucinations et d'agitation
- Besoin d'un agent rapidement titrable et réversible
- Objectif de maintenir un niveau de sédation léger à modéré, permettant encore certaines interactions
- Tentative de rééquilibrer les neurotransmetteurs inhibiteurs du système nerveux central
- Permet une réponse rapide lorsque les symptômes fluctuent d'heure en heure

Prise en charge A3S en chiffres

Durée : 5 jours

Au chevet :

- Infirmière : 43h15
- PAB : 11h45
- Auxi : 20h
- Médecin : 9h15

Soins complémentaires
offerts

- Massothérapie
- Polarité

Questions ?

Madame B

Présentation de la patiente

- 85 ans, vit avec son conjoint
- Présence et implication de deux enfants
- Carcinome rénal à cellules claires du rein droit diagnostiqué en mai 2025
- Invasion locale probable et atteinte hépatique

Défi clinique rencontré

- Douleur nociceptive importante au flanc droit depuis plusieurs semaines difficilement contrôlée malgré une majoration progressive des opioïdes
- Symptômes réfractaires entraînant une souffrance importante
- Épuisement du conjoint et inquiétudes des enfants
- Besoin de soutien complémentaire et d'un suivi beaucoup plus rapproché

Trajectoire 2

Éviter une hospitalisation



Patient à domicile dont l'état d'agonie se détériore : est dirigé vers UIR plutôt que transporté en ambulance à l'urgence

CAS
2

Madame B

CAS
2

Prise en charge UIR

24 janvier

- Demande de consultation du médecin du CLSC auprès de l'UIR pour un soutien intensif pour douleur réfractaire
- Demande également orientée vers un accompagnement accru de la famille épuisée
- Risque élevé de décompensation et d'hospitalisation si absence de prise en charge rapide

25 janvier

- Première rencontre conjointe avec l'adjointe de l'UIR et l'infirmière du CLSC
- Évaluation globale de la douleur, des besoins familiaux et de l'environnement à domicile
 - Patiente encore éveillée, capable de se déplacer et d'aller à la salle de bain
 - Grande fatigue, mal-être généralisé et souffrance importante malgré les traitements déjà en place
- Analyse de la trajectoire récente et des traitements déjà tentés
- Début de l'élaboration d'un plan de gestion plus intensif
- Clarification des attentes de la patiente et de la famille concernant la fin de vie à domicile

Madame B

CAS
2

Prise en charge UIR (suite)

26 janvier

- Prise en charge par l'UIR : rencontre avec la patiente et la famille par le médecin A3S et l'équipe du CLSC
- Pronostic estimé à plus de deux semaines
- Décision de majorer la pompe CAD et de la méthadone pour améliorer le contrôle de la douleur
- Diminution du dexaméthasone
- Soulager davantage la douleur tout en conservant le plus longtemps possible les interactions avec la famille

Dans les jours suivants

- Patiente de plus en plus somnolente, mais conserve certains éveils
- Continue à se lever pour aller à la salle de bain
- S'administre elle-même des bolus lors des épisodes douloureux
- Mentionne avoir fait ses adieux à sa famille et exprime le souhait de dormir et de ne plus souffrir
- Majoration progressive du débit de base avec diminution du nombre de bolus nécessaires
- Diminution graduelle des éveils jusqu'à absence complète d'interaction environ trois jours plus tard

Madame B

CAS
2

Prise en charge UIR (suite)

Dernières heures

- Apparition de râles respiratoires
- Administration de scopolamine avec stabilisation partielle des sécrétions
- Détérioration respiratoire subséquente avec :
 - tachypnée
 - sécrétions abondantes
 - tirage important
- Administration de deux protocoles sous-cutanés de détresse respiratoire sans amélioration clinique suffisante
- Passage à la voie intraveineuse : soulagement observé
- Patient apaisée dans les dernières heures
- Décès à domicile entourée de sa famille

Intensité du suivi UIR

- Évaluations plusieurs fois par jour
- Ajustements rapides et fréquents de la médication
- Surveillance rapprochée de la douleur, de la respiration et du niveau de conscience
- Soutien constant au conjoint et aux enfants
- Collaboration étroite entre l'UIR, le CLSC et le médecin de garde A3S

Prise en charge A3S en chiffres

Durée : 5 jours

Au chevet :

- Infirmière : 18h15
- PAB : 5h45
- Auxi : 3h30
- Médecin : 1h30

Questions ?

Monsieur C

Présentation du patient

- 84 ans, vit seul dans un appartement insalubre
- Présence de coquerelles et de souris dans le logement
- Proches aidants âgés, avec difficulté à se déplacer
- Cancer de la prostate métastatique très avancé
- Métastases au foie, à la rate et aux poumons

Défi clinique rencontré

- Douleur importante et progressive
- Perte graduelle de mobilité
- Isolement social important
- Peu de proches disponibles sur place
- Questionnement du CLSC sur la faisabilité du maintien à domicile : inquiétude importante face au risque qu'il décède seul
- Services limités pendant la période des Fêtes

Trajectoire 2

Éviter une hospitalisation



Patient à domicile dont l'état d'agonie se détériore : est dirigé vers UIR plutôt que transporté en ambulance à l'urgence

CAS
3

- Atteintes osseuses multiples : cervicales, thoraciques, lombaires, omoplate droite, côtes, pelvis, humérus gauche, fémur gauche
- Refuse un transfert en maison de soins palliatifs
- Souhait clair de mourir à domicile malgré les conditions de vie

Monsieur C



Prise en charge UIR

22 décembre

- Référence du CLSC

23 décembre au 2 janvier

- Prise en charge par l'équipe UIR
- Monsieur demeure encore capable de se mobiliser, mais avec difficulté
- Visites BID de l'équipe infirmière et préposés
- Soutien important à la famille
- Surveillance étroite de la douleur et de l'autonomie
- Préoccupation constante concernant la sécurité du maintien à domicile

Dès le 3 janvier

- Augmentation de la faiblesse
- Douleur plus importante
- Déclin fonctionnel rapide
- Intensification du suivi avec visites aux 4 heures
- Objectif : éviter qu'il demeure seul trop longtemps et assurer un contrôle rapide des symptômes

Monsieur C

CAS
3

Prise en charge UIR (suite)

6 janvier

- Début de la médication sous-cutanée
- Difficulté croissante à contrôler la douleur par la voie orale
- Patient de plus en plus alité

9 janvier

- Début d'une perfusion sous-cutanée continue
- Ajustement du traitement afin d'assurer un soulagement plus stable

10 janvier

- Augmentation de la perfusion en raison d'une douleur persistante
- Surveillance clinique rapprochée
- Présence accrue de l'équipe au domicile

Nuit du 10 au 11 janvier

- Décès à domicile
- Présence de la sœur et de l'infirmière au chevet
- Souhait du patient respecté malgré un contexte extrêmement complexe

Prise en charge A3S en chiffres

Durée : 20 jours

Au chevet :

- Infirmière : 51h05
- PAB : 27h
- Auxi : 4h35
- Médecin : 1h30
- TS : 10h

Soins complémentaires offerts

- Soutien en continu au patient et sa famille

Questions ?

Madame D

Présentation de la patiente

- 70 ans, parle le mandarin, comprend l'anglais
- Vit avec sa fille, sans autre réseau familial
- Cancer épidermoïde de la langue, tumeur et adénopathies visibles
- Carcinomatose péritonéale et métastases hépatiques
- Hospitalisée le 23 octobre pour détérioration de l'état général, chute et anémie

Défi clinique rencontré

- Patiente relativement fonctionnelle malgré une trajectoire très avancée
- Risque important de détresse hémorragique et respiratoire
- Fille seule comme proche aidante : grande anxiété face à la possibilité d'une urgence
- Hésitation constante entre maintien à domicile et transfert en MSP
- Importance d'accompagner non seulement la patiente, mais aussi la fille dans sa capacité réelle à vivre cette fin de vie à domicile

Trajectoire 1

De l'hôpital au domicile



Patient en fin de vie hospitalisé dans un lit de soins aigus

CAS
4

- Dernière chimiothérapie le 22 octobre
- Niveau de soins D établi durant l'hospitalisation
- Proposition initiale d'une maison de soins palliatifs, mais souhait de retourner à domicile
- Patiente encore autonome pour les AVD et AVQ, prend encore sa médication per os

Madame D

CAS
4

Prise en charge UIR

3 novembre

- À la suite de l'appel, visite à l'hôpital pour rencontrer la patiente et sa fille
- Discussion des risques de détresse respiratoire et hémorragique
- La fille accepte d'apprendre à administrer les injections au besoin : enseignement débuté concernant l'administration sous-cutanée de médication d'urgence

4 novembre

- Retour à domicile à 12 h 50 et prise en charge par l'UIR
- Mise en place d'un suivi intensif :
 - visite quotidienne le matin
 - appel le soir
 - appel en fin de nuit
- Refus initial de veilleuse de nuit

Madame D

CAS
4

Prise en charge UIR (suite)

5-6 novembre

- Début des discussions sur un possible transfert en MSP
- La fille ne se sent plus capable d'assurer seule l'accompagnement à domicile
- Prise de conscience d'un déclin rapide et de la proximité de la fin de vie
- Implication des soins complémentaires et du travailleur social

8 au 11 novembre

- Plusieurs appels de nuit pour dyspnée, douleur thoracique, anxiété et inconfort
- Administration répétée de hydromorphone et midazolam sous-cutanés avec bon soulagement
- Discussions sur les options possibles : maintien à domicile, AMM ou MSP
- Décision progressive de prioriser un transfert en MSP

12-13 novembre

- Temps significatif passé avec la fille pour régler certains éléments personnels
- Transfert en maison de soins palliatifs le 13 novembre

Madame D

CAS
4

Prise en charge UIR (suite)

- Le retour rapide à domicile a permis à la patiente de revoir ses effets personnels, de régler certains éléments importants et de vivre un temps significatif avec sa fille
- Cette période à domicile leur a permis de réaliser que le maintien à domicile n'était finalement pas la meilleure option pour elles
- L'accompagnement de la fille a été central afin de l'aider à reconnaître ses limites sans culpabilité
- La gestion rapide des symptômes en sous-cutané par l'équipe a permis de sécuriser les épisodes de dyspnée, douleur et anxiété

Prise en charge A3S en chiffres

Durée : 11 jours

Au chevet :

- Infirmière : 12h25
- PAB : 6h30
- Auxi : 1h
- Médecin : 3h
- TS : grande implication

Le transfert en MSP a représenté une continuité adaptée des soins, et non un échec

Questions ?

La suite pour l'UIR

MERCI !

AUX
TROIS
SENTIERS

auxtroissentiers.org