



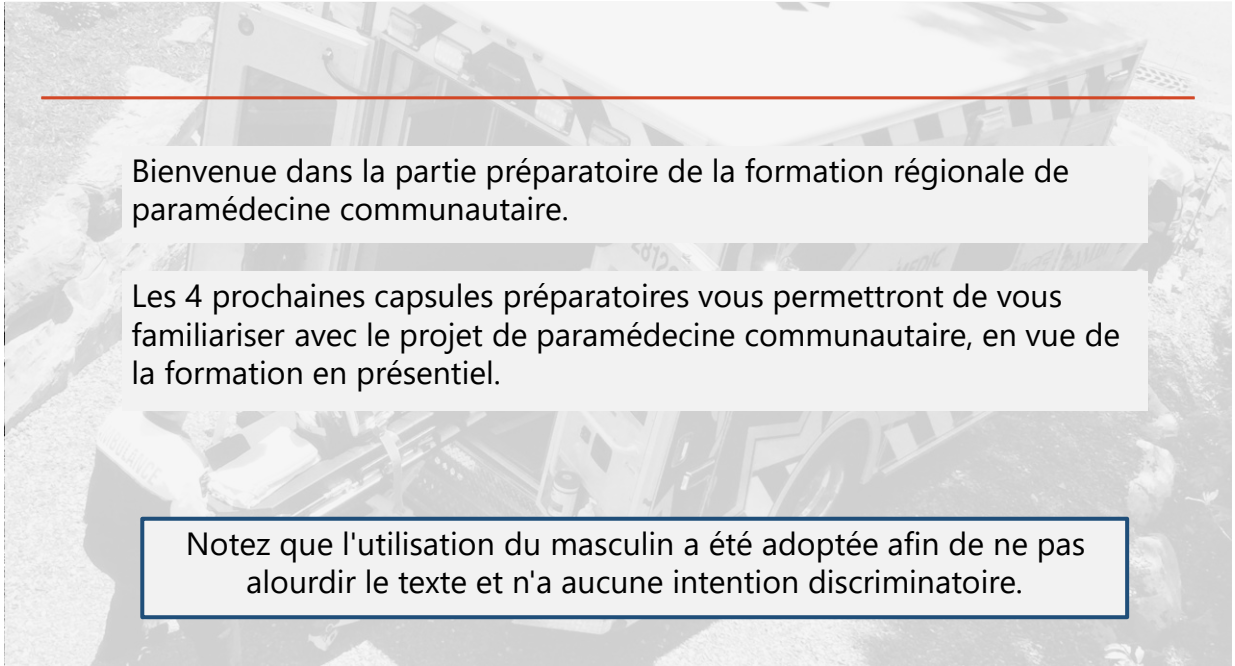
Paramédecine communautaire



Centre intégré  
de santé  
et de services sociaux  
du Bas-Saint-Laurent  
Québec




1



Bienvenue dans la partie préparatoire de la formation régionale de paramédecine communautaire.

Les 4 prochaines capsules préparatoires vous permettront de vous familiariser avec le projet de paramédecine communautaire, en vue de la formation en présentiel.

Notez que l'utilisation du masculin a été adoptée afin de ne pas alourdir le texte et n'a aucune intention discriminatoire.

2

## Avant de commencer ...

---

Voici quelques abréviations qui seront fréquemment utilisées:


- PC = Paramédecine communautaire
- TAP-COM = Technicien ambulancier paramédic communautaire
- SAD = Soins à domicile
- SIAD = Soutien intensifié à domicile

3

## Première capsule préparatoire:

La paramédecine communautaire : c'est quoi ?

4



Avant de vous expliquer ce qu'est la paramédecine communautaire, il est important de comprendre les raisons qui ont menées à la création d'un tel projet.

5

## Bilan de santé du système préhospitalier

Le vieillissement de la population contribue à une transformation importante dans la consommation de soins préhospitaliers d'urgence.

Les différentes incapacités physiques et cognitives que présentent de plus en plus de patients en raison du vieillissement font en sorte que les services ambulanciers d'aujourd'hui sont non seulement utilisés pour leur expertise en réanimation et en soins aigus, mais également comme un service de transport.

Références: Cadre clinique de développement de la pratique préhospitalière provinciale du MSSS (2022-2026).



6

## Quelques données sur le vieillissement au Québec

Le taux de personnes âgées de 65 ans et plus ne cesse d'augmenter;

|          | <u>Ensemble du Qc:</u> | <u>Bas-St-Laurent:</u> |
|----------|------------------------|------------------------|
| → 2011 : | 16%                    | <b>20%</b>             |
| → 2021 : | 20%                    | <b>28%</b>             |
| → 2031 : | 25%                    | <b>34%</b>             |

- Les personnes âgées de 65 ans et + représentent 45% de toutes les journées d'hospitalisation.
- Les personnes âgées de 75 ans et + représentent 20 à 30% des usagers dans les urgences.

Références: Commissaire à la santé et au bien-être, Guide de gestion des urgences du MSSS, Institut de la statistique du Québec (données 2022). Approche adaptée à la personne âgée en milieu hospitalier-MSSS.

7

Le système préhospitalier doit s'adapter à cette réalité et pour ce faire, il doit mieux s'intégrer à l'ensemble des services de santé et de services sociaux

8

## Mais comment ?

---

En gardant toujours comme objectif premier de répondre aux urgences vitales, mais également grâce à l'intégration d'un **volet parahospitalier**, qui se veut un panier de services permettant de desservir la population dans sa communauté et d'orienter les demandes de soins vers les ressources appropriées.

9

## Les lignes directrices du volet parahospitalier sont ...

---

- Soutenir la population en détresse;
- Diminuer la mortalité et la morbidité des pathologies chronodépendantes;
- Éviter l'utilisation des ressources hospitalières et préhospitalières lorsqu'elles sont cliniquement non requises:
  - en amont, c'est-à-dire en permettant une évaluation urgente du besoin et de la détresse en dirigeant le demandeur vers la bonne ressource, en utilisant le moyen approprié;
  - en aval, c'est-à-dire en permettant un retour à domicile et dans la communauté plus rapidement;
  - en bonifiant l'utilisation du TAP lors d'un transport interétablissement médicalisé;
  - en démocratisant l'accès aux transport alternatifs.

10

## Les programmes impliqués dans le volet parahospitalier

4 secteurs d'activités sont présentement priorités pour le développement des activités cliniques des milieux préhospitalier et parahospitalier:

- La paramédecine de régulation des demandes non urgentes:
  - Le triage secondaire (ou régulation ambulancière) - via l'appel initial au 911;
  - La coévaluation - via le paramédic auprès du patient **(à venir au BSL)** ;
- Le soutien médical à distance;
- L'amélioration de la réponse rapide;
- **La paramédecine communautaire.**

11

## La paramédecine communautaire, c'est quoi ?

C'est un programme qui, **en complément de l'offre de service actuel du soutien à domicile (SAD)**, assure le suivi des personnes âgées vulnérables à risque de dégradation causé par un état de santé complexe et suite à une consultation récente à l'urgence ou à l'hôpital, via des **visites structurées par les paramédics**.



12

## Pathologies ciblées

Le volet initial de la paramédecine communautaire cible les 2 maladies chroniques suivantes: la MPOC et l'insuffisance cardiaque.

D'autres pathologies pourraient éventuellement venir se greffer (ex: problèmes de santé mental, diabète, etc).



13

## Statistiques sur les maladies chroniques au Québec

- 10% de la population souffre de MPOC (20% chez les 65 ans et plus);
- 4% de la population souffre d'insuffisance cardiaque;
- 8% souffre de diabète;
- 2 à 3% souffre de maladie mentale grave et prolongée (ex: schizophrénie, trouble maniaco-dépressif, dépression majeure...)

*48% de la population a un problème de santé chronique.*

*Ce taux augmente évidemment avec l'âge.*

Références: INSPQ (Portrait de la polypharmacie chez les aînés québécois atteints de MPOC), (Surveillance de l'insuffisance cardiaque au Qc: prévalence, incidence et mortalité de 2005-2006 à 2015-2016), (Portrait du diabète dans la population québécoise âgée d'un an et plus de 2001 à 2019). INESSS, Commissaire à la santé et au bien-être (État de la situation sur la santé mentale au Qc et réponse du système de santé et de services sociaux). Institut de la statistique du Québec.

14

## Les bénéfices de la paramédecine communautaire ...

---

### **Pour le patient :**

- ✓ Assurer un retour à domicile sécuritaire;
- ✓ Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnelles de première ligne;
- ✓ Diminuer l'isolement social des usagers âgés vulnérables, tout en contribuant au sentiment de bien-être, de satisfaction ainsi qu'à une meilleure perception de leur état de santé.



15

## Les bénéfices de la paramédecine communautaire ...

---

### **Pour les paramédics :**

- ✓ Opportunité d'optimiser le rôle des paramédics (en respect du champ de compétence);
- ✓ Augmentation de l'exposition clinique;
- ✓ Diminution des transports ambulancier de la clientèle ciblée.



16

## Les bénéfices de la paramédecine communautaire ...

---

### **Pour les systèmes hospitalier et préhospitalier :**

- ✓ Dans un contexte de pénurie de main-d'œuvre, utilisation d'une ressource déjà disponible sur le terrain;
- ✓ Diminuer le taux de retour à l'urgence et de réadmission de la clientèle ciblée.



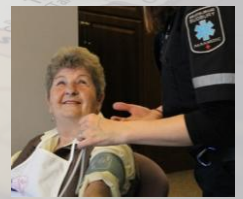
17

## Au Canada et ailleurs dans le monde

---

La paramédecine communautaire existe déjà dans plusieurs endroits dans le monde, notamment en Australie, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, aux États-Unis et dans certaines provinces canadiennes.

Plusieurs études démontrent une diminution du recours aux urgences et à l'hospitalisation ainsi qu'un meilleur contrôle de la maladie (BMC Emergency Medicine. 2017).



18

## Données de la littérature

---

Voici les résultats de deux de ces études, menées afin de mesurer les bénéfices obtenus au niveau des taux de réadmission de différents types de clientèle ayant bénéficié de programmes de paramédecine communautaire :

La première étude notait une diminution de 25% des visites à l'urgence et des hospitalisations.

*Agarwal et al. Effectiveness of a community paramedic-led health assessment and education initiative in a seniors' residence building: the Community Health Assessment Program through EMS. BMC Emergency Medicine. 2017*

La deuxième étude notait un taux de réadmission en 30 jours de :

- 23% pour le groupe de contrôle (Ø de visite effectuée);
- 16% pour le groupe d'intervention (avec visite de PC).

*Community Paramedicine for Heart Failure Readmission Reduction Prospective pilot study 1 December 2015 – 31 March 2017*

19

Fin de la première capsule préparatoire.

La deuxième capsule vous attend.

20

Deuxième capsule préparatoire:

La paramédecine communautaire : comment?

2

---

Maintenant que vous comprenez mieux ce qu'est la paramédecine communautaire et les objectifs attendus, il est important de comprendre comment est réalisé le projet-pilote de PC au Bas-St-Laurent, et aussi, où se situe votre rôle de paramédic au sein du projet.

3

## Mais d'abord, qui est admissible à la paramédecine communautaire ?

Les critères d'admissibilité à la paramédecine communautaire ciblent dans un premier volet les patients souffrant d'une MPOC ou d'insuffisance cardiaque dont l'état de santé a nécessité une consultation ou une hospitalisation récente, et qui sont à risque de décompensations fréquentes et donc de réadmissions fréquentes.

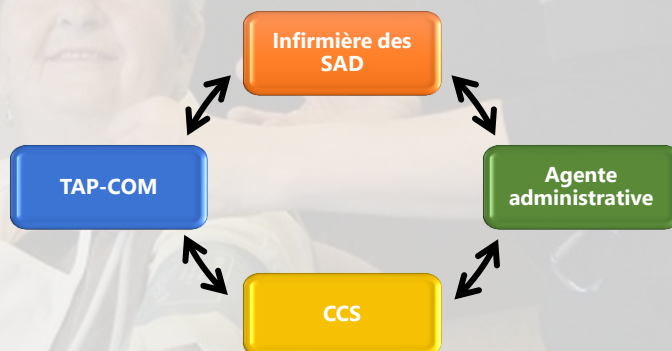
À noter qu'on réfère souvent au phénomène de la « porte tournante » pour décrire cette problématique de récurrence bien connue en milieu hospitalier... et qui s'applique tout aussi bien dans le milieu préhospitalier.



4

## Intervenants impliqués dans la paramédecine communautaire

La réalisation de la PC nécessite la collaboration des intervenants suivants :



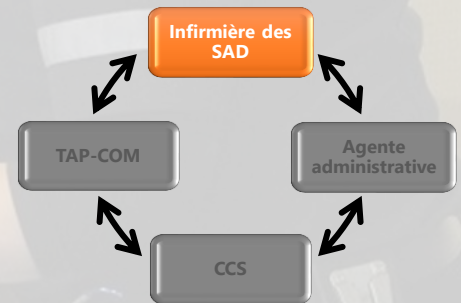
5

## Rôles des intervenants

Lorsqu'un patient répond aux critères d'admissibilité de la PC, une demande est envoyée aux SAD afin de l'inscrire dans le programme.

L'infirmière des soins à domicile :

- Créer alors un dossier de paramédecine communautaire pour le patient, et y inclut des informations telles que le moment et le nombre de visite à effectuer, les informations cliniques du patient, etc;
- Elle transmet ensuite le dossier à l'agente administrative.

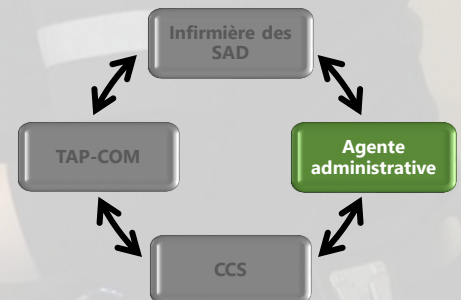


6

## Rôles des intervenants

L'agente administrative communique:

- Avec le patient pour l'aviser d'une visite de paramédecine communautaire dans une fenêtre de 4h (soit en am ou en pm);
- Avec le CCS pour la création d'une carte d'appel de visite de PC.

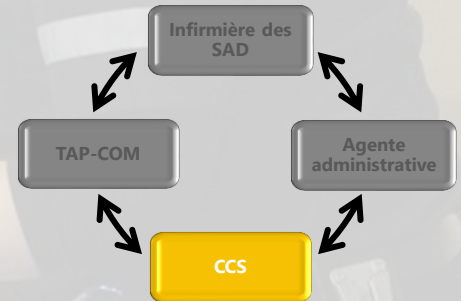


7

## Rôles des intervenants

Le CCS:

- Crée la carte d'appel pour la visite de PC;
- Affecte la ressource ambulancière la plus appropriée dans la fenêtre de 4h préétablie.

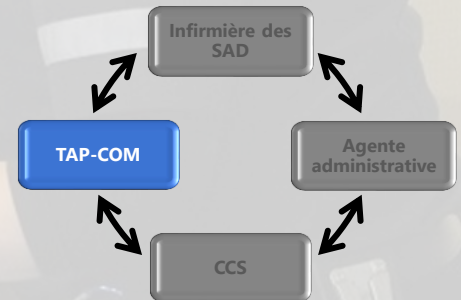


8

## Rôles des intervenants

Le TAP-COM:

- Suite à l'affectation, prend connaissance des infos cliniques du patient (via l'outil informatique) et effectue la visite de PC;
- Communique avec l'infirmière des SAD afin de terminer la visite.



9

## En quoi consiste une visite de paramédecine communautaire?

Cela consiste à rendre visite au patient en effectuant une collecte de données et à apprécier la condition clinique du patient afin de prévenir, identifier et signaler toute détérioration de son état de santé.

La collecte de données inclut la prise de signes vitaux, des examens cliniques et des questionnaires généraux mais également spécifiques aux types de clientèle, ainsi qu'une appréciation de l'environnement et du milieu de vie.

La visite de PC permet également au paramédic d'accompagner le patient dans la prise en charge de sa maladie.

10

## Orientations de la visite (volet TAP-COM)

En fonction de la condition clinique du patient, 2 orientations sont possibles :

### Condition stable

#### Condition détériorée

- Durant la visite, contact avec l'infirmière des SAD pour lui fournir un rapport complet concernant les informations recueillies;
- Remplir et transmettre le rapport de visite via l'outil informatique.

### Condition instable

- Transport du patient vers le centre hospitalier;
- Après le transport, contact avec l'infirmière des SAD pour l'aviser du transport effectué;
- Remplir et transmettre le rapport de visite via l'outil informatique.

11

## Considération légale



Afin de pallier à l'obligation de transport des paramédics, un contact avec l'intervenant désigné est requis avant de terminer toute visite de PC, sauf si le patient instable.

C'est donc l'intervenant des SAD qui, au regard des informations transmises par les paramédics, décide des orientations à prendre.

12

## Orientations de la visite (volet SAD)

L'intervenant SAD peut alors :

- Clore la visite de paramédecine communautaire, donc vous libérer;
- Obtenir un rendez-vous avec le médecin traitant, au GMF ou avec les SAD;
- Demander le transport du patient vers le centre hospitalier;
- Etc ...



13

## Orientations de la visite (volet SAD)

---

L'intervenant SAD peut également faire différentes recommandations au niveau du plan de traitement du patient, par exemple :

- Recommander la prise de certains médicaments prévus au plan de traitement (ex: prednisone, antibiotique, ...);
- Ajuster le débit d'oxygène;
- Etc ...



14

---

En respect de votre champ de compétence, vous pouvez alors « assister » le patient afin d'appliquer la recommandation de l'intervenant SAD. Par exemple:

- Vérifier la disponibilité du médicament à la maison;
- S'assurer que le patient est en mesure de contacter sa pharmacie;
- Etc ...

15

## Outil de référence (Genially)

---

D'ici à la formation en présentiel, nous vous invitons à prendre connaissance d'un outil de référence qui sera mis à votre disposition dans le cadre de la paramédecine communautaire (avant, pendant et après vos visites de PC), et qui contient plusieurs références utiles et intéressantes.



16

---

Fin de la deuxième capsule préparatoire.  
La troisième capsule vous attend.

17

## Troisième capsule préparatoire:

### Partenaires et processus

2

### Cadre législatif

---

Tel que mentionné dans la capsule #1, la paramédecine communautaire est un secteur des SPU à développer. (réf: *Cadre clinique de développement 2022-2026*)

Pour ce faire, le MSSS a lancé des appels de candidatures aux régions et entreprises pour développer un projet-pilote de PC.

Quiconque était intéressé devait déposer son avis d'intention au MSSS.

Au Bas-St-Laurent, c'est le Groupe Cambi qui a d'abord signifié son intérêt à développer ce projet-pilote.



3

## Les partenaires

L'élaboration du projet-pilote de PC a donc débutée en 2022, en collaboration avec le Groupe CAMBI et différents acteurs du CISSS du Bas-St-Laurent.

Il est important de mentionner que le projet a été réalisé dans le cadre et avec le soutien financier de la programmation de recherche-action *Bien vieillir chez soi* au Bas-Saint-Laurent, au même titre que sept autres projets\* qui visent tous à permettre aux personnes âgées de vivre le plus longtemps possible à domicile et dans leur communauté en innovant et en adaptant l'offre de services.



\*Pour plus d'information : <https://vieillirchezsoi-bsl.org/demarche-regionale/presentation.html>

4

## Territoires desservis

Dans une première phase d'élaboration et de réalisation, de même que pour assurer une vigie rigoureuse dans les premiers mois suivants le début des visites de PC au printemps 2024, le projet-pilote a d'abord été déployé dans la MRC de Rimouski-Neigette, et avec les paramédics du Groupe Cambi.

Dans une seconde phase, les autres MRC du Bas-St-Laurent seront graduellement incluses et la formation sera ultimement dispensée à l'ensemble des paramédics du BSL :

- Les Basques et le Témiscouata à l'hiver 2025;
- Rivière-du-Loup à l'automne 2025;
- Etc...



5

## Un projet évolutif

---

Comme pour tout nouveau projet-pilote, la mouture actuelle du projet de paramédecine communautaire pourrait devoir être adaptée à la suite de son implantation.

C'est entre-autre via un volet d'analyse et de recherche que seront évalués les besoins à ce niveau.

Bien entendu, vos commentaires et suggestions seront également importants afin d'optimiser le projet de PC.

6

## Finalemnt...

---

Nous aimerions vous présenter les membres du comité de pilotage qui, depuis le printemps 2022, ont participé à l'élaboration du projet-pilote de paramédecine communautaire au BSL.

7

## Les membres du comité de pilotage

Steeve Bélanger



**DIRECTEUR ADJOINT PAR INTÉRIM**  
CISSS du Bas-Saint-Laurent

Sandra Boulet



**TECHNICIENNE AMBULANCIÈRE**  
**PARAMÉDIC**  
Groupe CAMBI >

Cédric Chouinard



**DIRECTEUR ADJOINT AUX**  
**OPÉRATIONS**  
Groupe CAMBI >

Simon Delisle



**DIRECTEUR MÉDICAL DES SERVICES**  
**PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE DU**  
**BAS-SAINT-LAURENT ET DIRECTEUR**  
**MÉDICAL DU CAUREQ**  
Direction des services  
professionnels, CISSS du BSL >  
Centre de communication santé,  
Centre d'appel d'urgence des  
régions de l'Est du Québec  
(CAUREQ) >

Nathalie Leclerc



**INFIRMIÈRE CLINICIENNE**  
**RESPONSABLE DES CONTINUUMS**  
**CLINIQUES SAD-RI-RPA**  
Direction du programme Soutien à  
l'autonomie des personnes âgées,  
CISSS du BSL >

8

## Les membres du comité de pilotage

Pierre-Rodrigue Lanteigne



**CHARGÉ DE PROJET**  
Groupe CAMBI >

Carl Larochelle



**CONSEILLER-CADRE EN SOINS**  
**INFIRMIERS**  
Direction des soins infirmiers, CISSS  
du BSL >

Nicolas Leblanc



**RESPONSABLE DE LA FORMATION**  
**CONTINUE DES SERVICES**  
**PRÉHOSPITALIERS D'URGENCE**  
Direction des services  
professionnels, CISSS du BSL >

Patrick Legoupil



**CHEF DE SERVICE SOINS À DOMICILE**  
**RIMOUSKI**  
Direction des programmes de soutien  
à domicile, CISSS du BSL >

Éric Mercier



**PROFESSEUR ADJOINT**  
CHU de Québec, Université Laval >

9

## Les membres du comité de pilotage

---

Yanick Thériault



**SUPERVISEUR BSL**  
Groupe CAMBI >

Geneviève Veilleux



**TECHNICIENNE AMBULANCIÈRE  
PARAMÉDIC**  
Groupe CAMBI >

Eric Bouchard



**DIRECTEUR GÉNÉRAL**  
Coopérative des Paramédics du  
Témiscouata >

Louise Parent



**EXPERTE DE VÉCU**  
MRC de Rimouski-Nelgette

Paul-André Dufour



**EXPERT DE VÉCU**  
MRC de Rimouski-Nelgette

10

## Les membres du comité de pilotage

---

Ann-Pier Gagnon



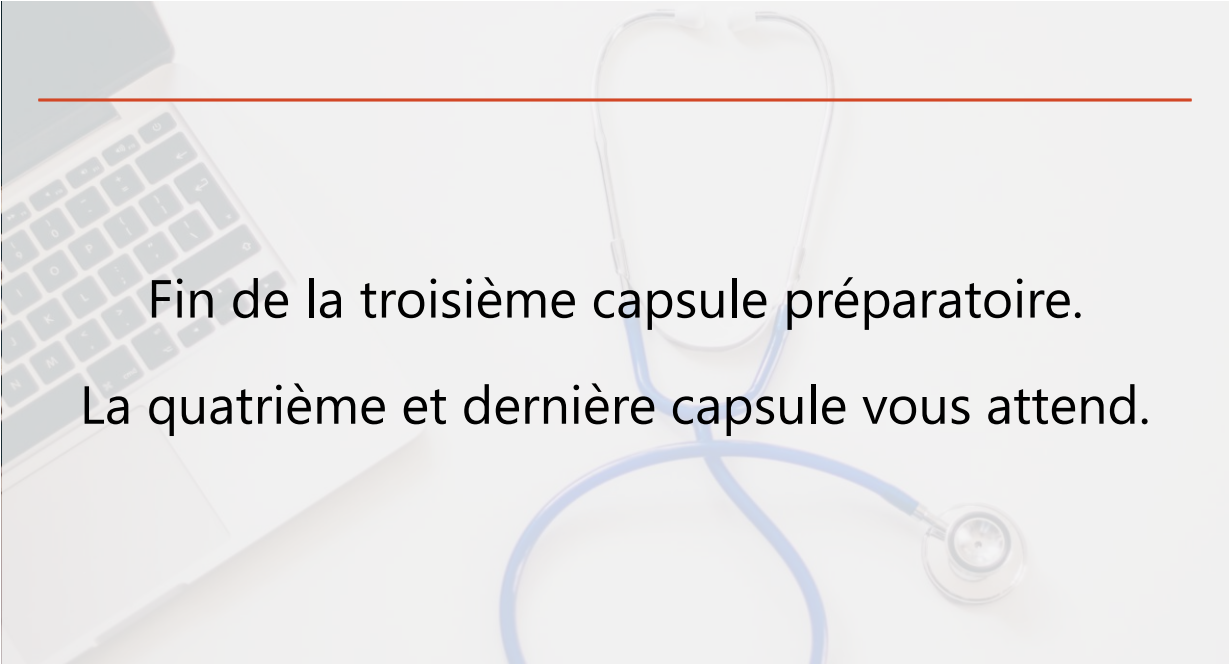
**COORDONNATRICE DE RECHERCHE  
CLINIQUE**  
Centre de Recherche du CHU de  
Québec – Université Laval >

Sophie Simard



**ADJOINTE ADMINISTRATIVE**  
Groupe CAMBI >

11



Fin de la troisième capsule préparatoire.  
La quatrième et dernière capsule vous attend.

Quatrième capsule préparatoire:

## Rôles et responsabilités des SAD et SIAD

(SOINS À DOMICILE - SOUTIEN INTENSIFIÉ À DOMICILE)

N.B: Cette capsule a été développée en collaboration avec les SAD de Rimouski-Neigette. Certaines informations qui y sont disponibles pourraient donc différer d'une MRC à l'autre.

2

Pour commencer ...

---

Voici quelques définitions qui vous permettront de mieux comprendre l'organisation des services aux personnes âgées.



3

## Qu'est-ce que le SAPA ?

---

Le **SAPA** (soutien à l'autonomie des personnes âgées) est un programme dont l'objectif est d'offrir des soins et services dans le but de maintenir ou de restaurer l'autonomie des personnes, ainsi que pour les diriger judicieusement vers les ressources les plus appropriées en fonction de leurs besoins.

Parmi ses programmes, on retrouve notamment les **SAD** (soins à domicile) et le **SIAD** (soutien intensifié à domicile).



4

## Quels sont les objectifs des SAD (soins à domicile)?

---

Maintenir et améliorer les capacités physiques, psychiques et sociales des personnes, d'agir dans leur milieu naturel et d'accomplir leur rôle social en sécurité et avec dignité.



5

## Et leur vision ...

---

- Le domicile est la **PREMIÈRE OPTION**;
- L'équité entre les clientèles et leur choix de vie (valeurs, croyances);
- Le proche aidant **est un client** avec des besoins propres et un partenaire libre de s'engager ou non comme proche aidant.



6

## Les critères d'admissibilité au SAD

---

- La personne est « confinée » à domicile en raison de son état (temporaire ou permanent);
- Il est plus pertinent, au plan clinique, d'offrir les services à domicile (exemple: personnes sans réseau avec troubles cognitifs avancés);
- Le domicile est jugé adéquat et sécuritaire (ex.: il n'y a pas de risque continu) pour l'usager lui-même et pour l'intervenant (salubrité, organisation physique des lieux, etc.).

7

## L'équipe SAD, c'est ...

24 heures 7 jours sur 7

- Infirmière
- Infirmière auxiliaire
- Auxiliaire santé et services sociaux
- Médecin et garde SAD

7 jours sur 7

- Travailleuse sociale
- Technicienne en travail social
- Éducateur spécialisé
- Inhalothérapeute
- Gestionnaires, ASI

Le choix de dispenser les services ou d'être en partenariat pour la dispensation repose sur la complexité du cas et de sa vulnérabilité. Les services peuvent être offerts par le CISSS ou par des partenaires communautaires.

Autres

Ergothérapeute, Physiothérapeute, Agente administrative, Archiviste, Nutritionniste, Kinésologue.

8

## Les services offerts

### L'aide à domicile du CLSC comprend:

**Aide à la vie quotidienne (AVQ)** : soins personnels d'hygiène et de confort, aide à l'alimentation, aide à la prise de médication, mobilisation, transfert, prêt d'équipement, etc.

**Soins et suivis par des professionnels de la santé.**

### Portion aux partenaires de la communauté:

**Aide à la vie domestique (AVD)** : entretien ménager, préparation des repas, popote roulante, approvisionnement, entretien des vêtements, lessive.

**Activité d'intégration sociale ou pour contrer l'isolement social** : sortie préventive, assistance aux déplacements, accompagnement, contact ou visite d'amitié, cafés-rencontres, etc.

9

## Le rôle de l'intervenant pivot

**Tout usager du SAD a un intervenant pivot attribué à son dossier**

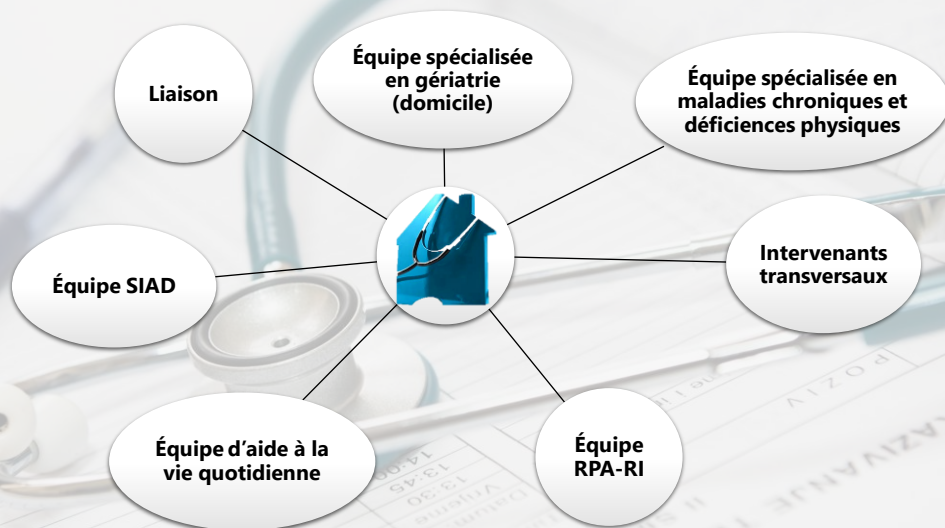
### Son rôle :

- Faire le lien entre les intervenants, les partenaires, l'utilisateur et ses représentants;
- Coordonner l'intervention en service de SAD;
- Il est responsable de l'évaluation globale, de la production et de l'animation du plan d'intervention ou plan de service individualisé en collaboration avec l'utilisateur ou son représentant;
- Il est responsable d'organiser les rencontres interdisciplinaires.



10

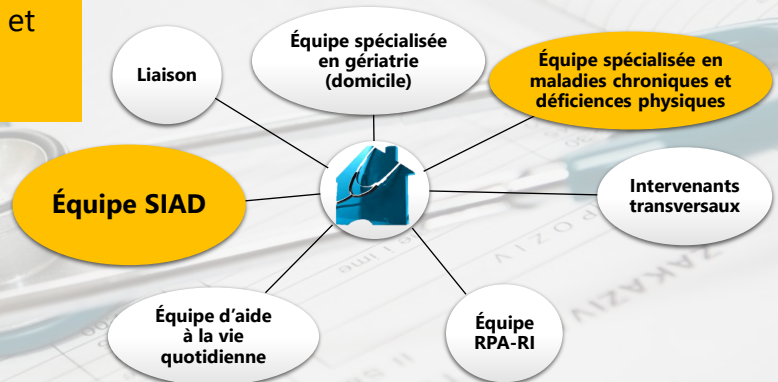
## Embranchements du SAD à Rimouski



11

## Équipes impliquées dans la paramédecine communautaire

Dans le cadre du projet de paramédecine communautaire, ce sont les volets SIAD et maladies chroniques qui sont impliqués et c'est avec ces équipes que les paramédics collaborent.



12

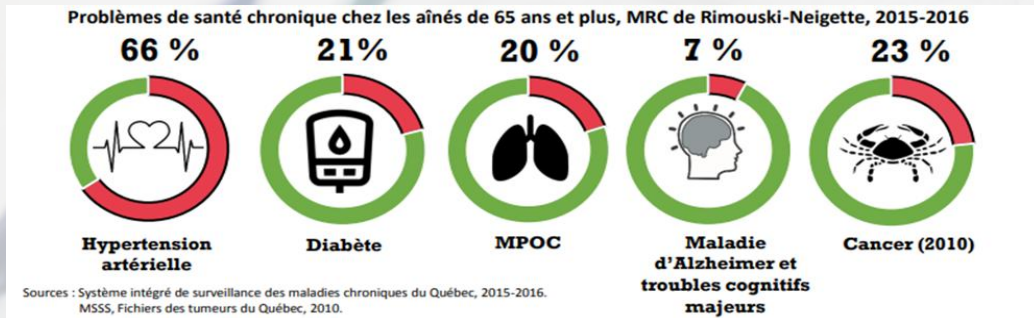
## Qu'est-ce que le SIAD ?

Le SIAD (soutien intensifié à domicile) propose une gamme de soins qui permet de soigner à la maison des conditions médicales aiguës pour lesquelles il n'est pas nécessaire d'effectuer un transfert vers les urgences ou l'hospitalisation (ou du moins où il est possible d'avoir tous les équipements/services pertinents pour le patient).



13

## Quelques statistiques locales (MRC de Rimouski-Neigette)



14

## Clientèle cible du SIAD

Insuffisance cardiaque

MPOC

Phase aiguë de la maladie chronique

Soins de fin de vie (soins palliatifs)

15

## Quels sont les objectifs du SIAD (soutien intensifié à domicile)?

- ✓ Réduire leur séjour aux urgences (diminuer les portes tournantes);
- ✓ Réduire le nombre et la durée d'hospitalisation;
- ✓ Réduire le nombre de niveau soins alternatifs (NSA);
- ✓ Garder à domicile les usagers en fin de vie qui le désirent, jusqu'au décès si possible;
- ✓ Traiter de façon sécuritaire à domicile lors de décompensation.



16

## L'équipe SIAD, c'est ...

24 heures 7 jours sur 7



### Équipe de base

- Soins infirmiers (24/24)  
(Infirmière et infirmière auxiliaire)
- Inhalothérapeute (7/7)
- Médecins



### Ajout en fonction des besoins

- Travailleur social (7/7)
- Service de réadaptation  
(Physiothérapie-ergothérapie-kinésiole)
- AVQ par \*ASSS (24/24) ou services achetés

\*ASSS: Auxiliaire de santé et de services sociaux

L'équipe interdisciplinaire est indispensable en raison de la complexité et de l'instabilité de la condition médicale de la clientèle visée.

17

## Le rôle du suivi infirmier

### Prise en charge intensifiée

- Évaluation et support allant de quotidienne à plusieurs visites à domicile par jour;
- Trousse de médication (3) disponible sur le territoire pour : ajustement de médication ou traitement aigu non prévus;
- Initier un traitement d'urgence au besoin 24/24.

### Organisation et coordination des services

### Maintenir l'utilisateur à domicile qui le désire, jusqu'à la mort si possible

- Constat de décès à domicile.

### Assume les démarches selon les volontés de l'utilisateur

- Admission MME (aide médicale à mourir);
- Demande d'aide médicale à mourir.

18

## Le rôle de l'infirmière SAD dans le cadre de la paramédecine

- Évaluation des besoins de l'utilisateur MPOC ou IC;
- Détermine qu'une co-intervention avec les paramédics est requise;
- S'assure de la transmission d'information (portrait clinique) aux paramédics;
- Inscrit la demande à l'agenda de la paramédecine communautaire;
- Prise en charge globale de l'utilisateur (gestion de protocole, ordonnance collective, démarche médicale au besoin);
- Collaboration et support aux paramédics;
- Coordination des services SAD et communautaires (équipements, ressources, etc...).

19

---

Merci d'avoir regardé les capsules préparatoires.

