

Paramédecine communautaire



1

Contexte de réalisation:

Le contenu de ce document a été développé afin de soutenir la formation des paramédics en vue de leurs participations au projet de Paramédecine communautaire développé au Bas-Saint-Laurent.

Il nous fait plaisir de partager son contenu afin que d'autres régions puissent en bénéficier s'ils souhaitent mettre en place un service similaire.

Le projet de paramédecine communautaire a été réalisé dans le cadre et avec le soutien financier de la programmation de recherche-action *Bien vieillir chez soi* au Bas-St-Laurent.

Son développement a été mis en œuvre par un comité de pilotage. Pour connaître la liste des membres participants, la description du projet et les produits de transfert de connaissances réalisées, consultez notre page web de la programmation:

<https://vieillirchezsoi-bsl.org/projets/paramedecine-communautaire.html>



2

Mot de bienvenue

- Fermer la sonnerie de votre cellulaire ou de votre téléavertisseur;
- Des pauses auront lieu pour prendre vos messages et faire vos retours d'appels;
- Utilisation de cellulaire, d'ordinateur ou de tablette autorisée pour visualiser les documents de formation et pour participer aux ateliers d'apprentissage interactifs;
- Il est interdit de filmer, prendre des photos ou de faire un enregistrement audio;
- Signer la feuille de présence.



3

Retour sur les capsules préparatoires

Quiz d'activation sur les éléments clés des capsules préparatoires

6

Les objectifs

Objectif générale :

En complémentarité de l'offre de service des soins à domicile, soutenir un usagé atteint d'une MPOC ou d'insuffisance cardiaque en communauté par des **visites standardisée**, suite à une consultation ou hospitalisation récente.

Objectifs spécifiques :

- 🎯 Effectuer une appréciation clinique de la **clientèle cible** (MPOC et IC) incluant l'appréciation de l'autonomie fonctionnelle.
- 🎯 Reconnaître les signes de détérioration et d'instabilité de la condition clinique d'un usagé.
- 🎯 Effectuer la collecte de données.
- 🎯 Assurer le suivi auprès de l'intervenant des soins à domicile.

7

Une visite standardisée, c'est quoi?

Il s'agit d'une collecte de données préétablies (incluant la prise de signes vitaux, un questionnaire et des examens spécifiques, ainsi que l'appréciation de l'environnement et du milieu de vie), afin d'obtenir un tableau clinique complet du patient et d'appliquer la bonne démarche en fonction de la condition actuelle du patient.

Elle est planifiée et attendue (situation non urgente)

8

Une visite standardisée, ça ressemble à quoi?

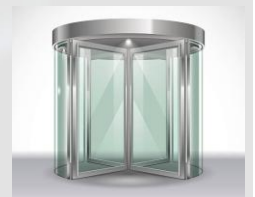
DÉMONSTRATION

9

Clientèle cible

Le volet initial du programme de paramédecine communautaire cible les clientèles suivantes:

- ✓ Personnes âgées (65 ans et plus), vivant à *domicile;
- ✓ Atteintes d'une maladie chronique de type MPOC ou IC;
- ✓ Dont l'état de santé a nécessité une consultation et/ou une hospitalisation récente;
- ✓ À risque de ré hospitalisation à court terme;
- ✓ Et qui par conséquent nécessitent un suivi régulier.



10

Les résultats attendus



- ✓ Diminuer le taux de retour à l'urgence et de réadmission de la clientèle ciblée;
- ✓ Améliorer l'accès aux soins et aux services professionnelles de première ligne;
- ✓ Assurer un retour et un maintien à domicile sécuritaire;
- ✓ 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.

11

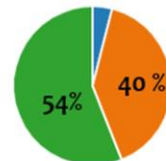
Sondage de satisfaction

Le service m'a permis, selon moi, d'éviter une consultation ou une réadmission à l'hôpital.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	1
● Ni en accord ni en désaccord	10
● Tout à fait d'accord	14



Le service de paramédecine communautaire a répondu à mes besoins de santé à domicile.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	1
● Tout à fait d'accord	24



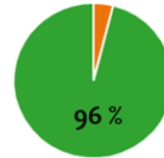
12

Sondage de satisfaction

L'intervention à domicile m'a aidé(e) à me sentir mieux soutenu(e) et encadré(e).

[Plus de détails](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	1
● Tout à fait d'accord	24

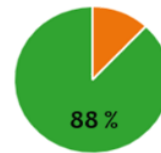


Le suivi à domicile m'a donné un meilleur sentiment de contrôle sur ma santé et ma récupération.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	3
● Tout à fait d'accord	22



13

Et pour les paramédics...



- ✓ Opportunité d'optimiser le rôle des paramédics;
- ✓ Augmentation de l'exposition clinique;
- ✓ Diminution des transports ambulancier de la clientèle ciblée.

14

Plan de formation

- Étape 1 :** Accueil et objectifs
- Étape 2 :** Appréciation clinique, physiopathologie et examens spécifiques de la clientèle cible
- Étape 3 :** Trajectoire et champ de compétence
- Étape 4 :** Outils de collecte de données et transfère d'information
- Étape 5 :** Simulations de visites à domicile
- Étape 6 :** Conclusion

15

Évaluation

L'évaluation des apprentissages est réalisée de façon continue par le formateur, et ce, tout au long de la formation.



Permettez au formateur de vous accompagner dans votre démarche d'apprentissage.

Soyez réceptif.

Soyez actif.

L'atteinte des objectifs est à votre portée.

16

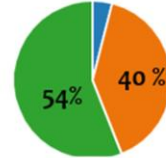
Sondage de satisfaction

Le service m'a permis, selon moi, d'éviter une consultation ou une réadmission à l'hôpital.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	1
● Ni en accord ni en désaccord	10
● Tout à fait d'accord	14

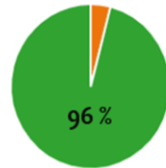


Le service de paramédecine communautaire a répondu à mes besoins de santé à domicile.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	1
● Tout à fait d'accord	24



12

Sondage de satisfaction

L'intervention à domicile m'a aidé(e) à me sentir mieux soutenu(e) et encadré(e).

[Plus de détails](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	1
● Tout à fait d'accord	24

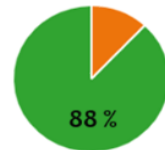


Le suivi à domicile m'a donné un meilleur sentiment de contrôle sur ma santé et ma récupération.

[Plus de détails](#)

[Aperçus](#)

● Pas du tout d'accord	0
● Ni en accord ni en désaccord	3
● Tout à fait d'accord	22



13

Et pour les paramédics...



- ✓ Opportunité d'optimiser le rôle des paramédics;
- ✓ Augmentation de l'exposition clinique;
- ✓ Diminution des transports ambulancier de la clientèle ciblée.

14

Plan de formation

- Étape 1 :** Accueil et objectifs
- Étape 2 :** Appréciation clinique, physiopathologie et examens spécifiques de la clientèle cible
- Étape 3 :** Trajectoire et champ de compétence
- Étape 4 :** Outils de collecte de données et transfère d'information
- Étape 5 :** Simulations de visites à domicile
- Étape 6 :** Conclusion

15

Évaluation

L'évaluation des apprentissages est réalisée de façon continue par le formateur, et ce, tout au long de la formation.



Permettez au formateur de vous accompagner dans votre démarche d'apprentissage.

Soyez réceptif.

Soyez actif.

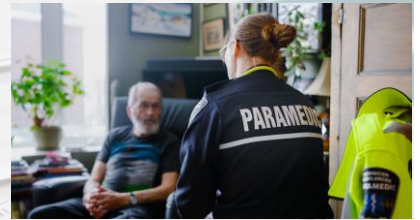
L'atteinte des objectifs est à votre portée.

Étape 2 :

Appréciation clinique, examens spécifiques et physiopathologie

Objectif général :

Intervenir lors d'une visite à domicile dans le cadre de la paramédecine communautaire et apprécier l'état de santé au regard des pathologies de la clientèle ciblée (MPOC-IC) post-hospitalisation ou post-consultation. Mieux accompagner nos usagés aux prises avec des maladies chroniques afin qu'ils puissent avoir une meilleure qualité de vie.



1

Objectifs spécifiques

- Appréciation du patient dans son milieu de vie;
- Appréciation clinique, examens et questionnaires;
- Rappel sur la physiopathologie et pharmacologie MPOC + IC;
- Interprétation de l'état clinique du patient (stable, détériorée, instable).

2

Appréciation du patient dans son milieu de vie

3

Prendre le temps ... Observer et écouter !



4

Appréciation du patient dans son milieu de vie

Les visites de paramédecine communautaire permettent d'abord d'apprécier la condition clinique d'un patient, mais également, d'assurer une vigie quant aux fonctions cognitives, à l'autonomie et à l'environnement de la personne, puisque ceux-ci peuvent faire entrave à la santé, à la sécurité et au maintien de la clientèle âgée dans leur milieu de vie.



Il sera donc tout aussi important de transmettre et de documenter vos observations quant à ces éléments afin que l'équipe des SAD effectue un suivi au besoin.

5

Appréciation du patient dans son milieu de vie

Explorons ensemble quelques éléments clés de la formation gériatrie...



A: Autonomie, mobilité



I: Intégrité de la peau



N: Nutrition, hydratation



É: Élimination



É: État cognitif, communication, humeur et comportement



S: Sommeil



A: Autosoins
Accès aux services et au matériel de soin



D: Domicile sécuritaire et adapté aux besoins



P: Proches aidants



L: Loisirs, rôle, vie sociale et spirituelle



U: Urgence d'agir



S: Salubrité

6

Appréciation du patient dans son milieu de vie

L' A B C D E **F** G H

F : Fonction cognitive et d'autonomie :

- État mental (conscience, comportement, humeur et pensée)
 - Lien avec la réalité
 - Capacité à s'organiser, à aller chercher des ressources
- Autonomie domestique et quotidienne (capacité de vivre de façon autonome et de remplir ses besoins de bases liés à l'hygiène et la santé)
 - Comment la personne fonctionne-t-elle pour les activités de la vie quotidienne (AVQ) (l'hygiène personnelle et aller à la salle de bain, les repas et manger, s'habiller adéquatement)?
 - Comment la personne fonctionne-t-elle pour les activités de la vie domestique (AVD) (l'entretien ménager, l'entretien extérieur, faire l'épicerie)?



8

Appréciation du patient dans son milieu de vie

L' A B C D E **F** G H

G : système gastro-intestinal et génito-urinaire

- Abdomen (Estomac, intestins...)
- Urinaire et/ou gynécologique (vessie, reins, douleur, saignement...)



9

Appréciation du patient dans son milieu de vie

L' A B C D E F G **H**

H : Revue de l'habitat (environnement physique et social) :

- Qualité de l'habitat (air, salubrité, allergènes, encombrement, etc)
- Activités sociales (proximité avec l'entourage, support d'amis, réseau social, etc)



Maltraitance: (Restez ouvert, s'il y a présence de signes de maltraitance):

- Absence de nourriture, ecchymoses multiples*, hygiène négligée, interaction suspecte avec le proche aidant
 - (Se référer au protocole: *Suspicion de maltraitance de l'ainé ou de la personne majeure en situation de vulnérabilité*);

*Les ecchymoses multiples peuvent être causées par des chutes fréquentes, de l'abus ou la prise d'anticoagulants.

10

Appréciation complémentaire: VIGIE

O P Q R S T **(U)**

Le « U » est la première lettre du mot « Understand », qui signifie « comprendre ». Il réfère au concept de « patient partenaire » et encourage le paramédic à considérer le patient comme un membre de l'équipe de soins.



Contexte général:

- Est-ce que le patient a déjà eu un problème semblable?
- À quelle cause le patient attribue-t-il ce qui lui arrive?
- Est-ce que son problème l'incommode?
- Quel est l'impact de ce problème sur ses fonctions quotidiennes (AVQ/AVD)?

Contexte de paramédecine communautaire:

- Que comprend le patient de sa situation médicale ? (*De la maladie ?*)
- Que comprend-il du plan de soins ? (*Y adhère-t-il ?*)

12

Appréciation complémentaire: VIGIE

S A M P L E (R)

Le « R » est la première lettre de l'expression « Risk factor », qui signifie « facteur de risque ». Il fait référence aux drapeaux jaunes soulevés lors de l'examen physique, du questionnaire ou pendant l'observation de l'environnement.

- Est-ce qu'il y a des facteurs de risque externes (environnement physique ou social)?
- Est-ce qu'il y a des facteurs de risque internes (fragilité médicale ou psychologique)?
- Est-ce que l'usager est à risque de chute ?

13

MPOC

15

Généralités (MPOC)



La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) se caractérise par une limitation du débit d'air expiratoire causant des *symptômes respiratoires persistants et progressifs*.

La MPOC englobe la bronchite chronique et l'emphysème. *(Une personne atteinte de MPOC peut être atteinte d'une de ces deux maladies ou des deux à la fois.)*

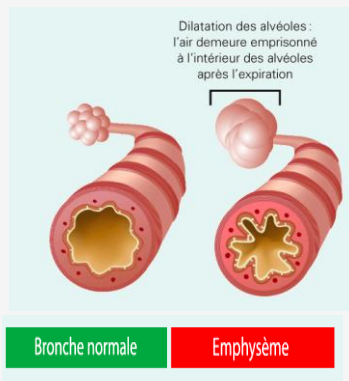
Généralement observée chez des personnes de 40 ans et plus.

La chronicité de ces symptômes est généralement définie par leur régularité et l'absence de résolution.

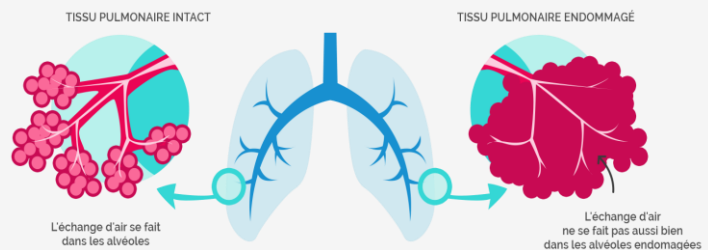
16

L'emphysème (rappel)

Une maladie insidieuse, à évolution lente et progressive.



L'expiration devient alors plus difficile et laborieuse.



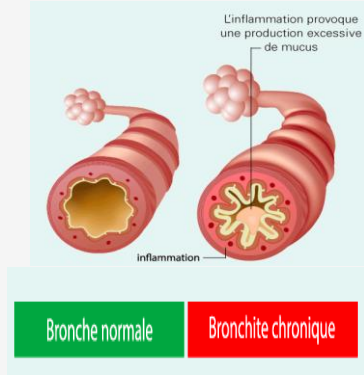
Une dilatation des alvéoles accompagnée d'une destruction de la paroi.

(les tissus pulmonaires endommagés perdent leur élasticité)

Affecte les bronchioles respiratoires, les canaux alvéolaires, les sacs alvéolaires et les alvéoles.

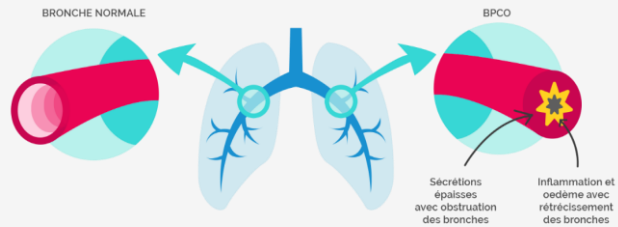
17

La bronchite chronique (rappel)



L'essoufflement devient de plus en plus marqué.

LA BPCO

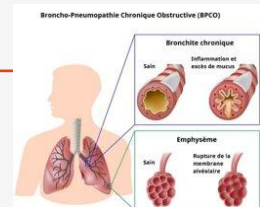


L'inflammation permanente des bronches, souvent accompagnée de toux et d'une hypersécrétion de mucus, rend difficile le passage de l'air jusqu'aux poumons.

L'obstruction des bronches et les sécrétions trop abondantes causeront de l'essoufflement puisque les poumons ne parviennent plus à se vider complètement lors de l'expiration.

18

Exacerbation aiguë de la MPOC (EAMPOC)



EAMPOC est une aggravation soutenue des symptômes respiratoires (p.ex : dyspnée, expectoration.) Menant à la prise plus élevée de médication d'entretien et/ou à la prise d'une médication additionnelle.

Terme "soutenu" implique : changement persistant dans les 48 heures.

Expectoration : purulente ou non purulente.

19

Facteurs de risques et comorbidités

SAMPLE (R)

Le tabagisme est-il l'unique responsable de la MPOC ?

Nommez des déclencheurs d'une EAMPOC?

Qu'est-ce qu'une comorbidité ?



Plus les facteurs de risques, les comorbidités et la polypharmacie se rencontrent, plus nos patients sont fragiles et auront besoin de support.

20

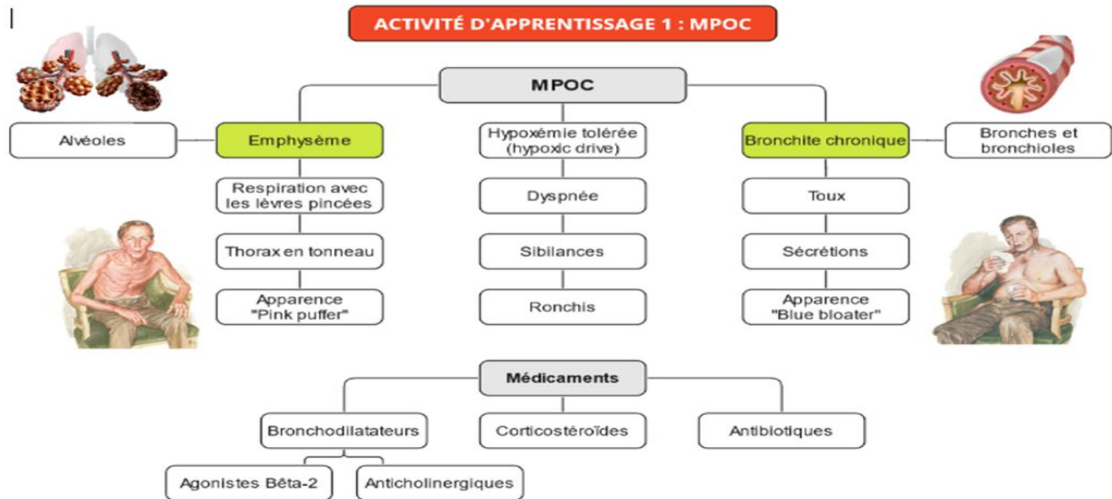
Activité d'apprentissage 1 (MPOC)

Les principaux signes et symptômes suggestifs de la MPOC



21

Résumé des signes et symptômes - MPOC



22

Liste non exhaustive

Symptômes - Sensation d'oppression thoracique - Respiration sifflante - Fatigue, bas niveau d'énergie et manque de capacité à l'exercice.

23

Appréciation clinique MPOC

24

Protocole « Appréciation spécifique gériatrique »

1. Première impression (*quick look*)

- Déterminer l'état de fragilité du patient : amaigri, peu de masse musculaire, multiples ecchymoses, peau pâle.

2. *Airway, breathing* et statut respiratoire

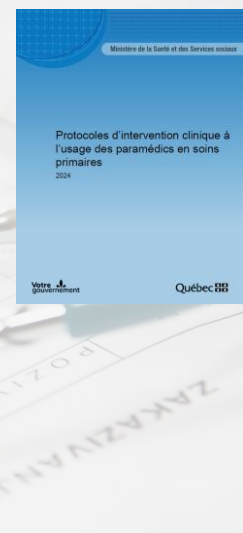
- Si le patient nécessite une assistance ventilatoire, lui permettre de garder ses dentiers en place s'ils sont bien fixés. Les retirer cependant pour l'intubation;
- Le patient âgé a de très faibles réserves respiratoires, l'insuffisance respiratoire peut ainsi survenir rapidement;
- Éviter les mouvements brusques de la colonne cervicale (qui est fragilisée et rigide) lors de la prise en charge des voies respiratoires (combler les creux anatomiques au besoin).

3. Circulation et statut circulatoire

- Le pouls périphérique (pouls radial) peut être faible en raison d'une calcification des vaisseaux. Il faut alors se fier à d'autres indicateurs cliniques comme la tension artérielle, le rythme au moniteur et la perfusion périphérique;
- Attention à l'hypothermie (la thermorégulation est affectée avec l'âge).

4. Statut neurologique

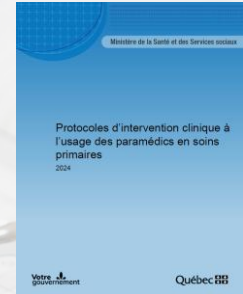
- Déterminer le niveau cognitif de base du patient (en discutant avec le proche aidant). Est-il orienté dans le temps et l'espace? (Ne jamais penser que toutes les personnes âgées ont des troubles cognitifs);
- Identifier la confusion, l'inattention ou l'agitation récente ou aiguë, qui sont des signes de delirium;
- Si le patient présente un trauma à la tête : vérifier la prise d'anticoagulant et examiner méticuleusement la tête.



25

Protocole « Appréciation spécifique gériatrique »

Particularités des signes vitaux chez la personne âgée	
Rythme respiratoire	La rigidité du thorax, qui est liée à l'âge, empêche parfois la visualisation du mouvement respiratoire chez le patient portant des vêtements. L'augmentation de la fréquence respiratoire peut être le premier signe visible d'un état de choc.
Saturation	Déterminer si le patient souffre d'une maladie pulmonaire chronique (prendre-il des pompes?).
Fréquence cardiaque	Réviser la médication : bêta-bloqueurs, antiarythmiques, bloqueurs des canaux calciques. Ces médicaments peuvent camoufler une tachycardie.
Tension artérielle systolique (TAS)	La TAS minimale d'une personne âgée de 65 ans et plus devrait être à 100 mmHg (s'il y a présence d'un appareil à tension artérielle [TA] au chevet du patient, consulter et noter les valeurs habituelles). Il est important d'analyser la TA à la lumière des antécédents du patient. Si celui-ci prend de multiples antihypertenseurs, par exemple, une TAS de 115 mmHg est considérée comme basse chez un patient dont les valeurs de base sont à 160 mmHg.
Température	La température d'une personne âgée est similaire à celle d'un jeune adulte, toutefois, l'absence de fièvre ne signifie pas l'absence d'une infection grave. Comme pour l'état fébrile, l'hypothermie peut être un signe de sepsis.



26

Appréciation clinique, examens et questionnaires



Rapport d'appréciation

- **Fréquence respiratoire** : _____ /min Régulière Irrégulière Bruyante Sifflante Tirage
- **Fréquence cardiaque** : _____ /min Régulière Irrégulière
- **Tension artérielle** : _____ /mmHg
- **Saturation** : _____ % AA Avec O₂ : _____ L/min
- **T° tympanique** : _____ ° Celcius
- **Glasgow** : _____ /15 Préciser : _____
- **Dyspnée (score CRMm)** : _____ /4
Préciser : _____
- **Toux** : Absente Habituelle Augmentée Diminuée
 Productive Non productive Sèche Grasse
Préciser : _____

27

Appréciation clinique, examens et questionnaires



➤ Expectoration :

- Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
- Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes

➤ Auscultation : MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants

Préciser les plages : _____

➤ Œdème : Absent Identique Augmenté Diminué Dur

À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)

Préciser le site : _____

➤ Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale

➤ Douleur thoracique : Absente Présente Habituelle Augmentée

O : _____

P : _____

Q : _____

R : _____

S : _____

T : _____

28

Appréciation clinique, examens et questionnaires



➤ Médication : Prise adéquate Prise inadéquate Préciser : _____

➤ Milieu de vie et autonomie :

- Qualité de l'habitat (air, salubrité, encombrement, etc.) :

- Activités sociales (proximité de l'entourage, réseau social, etc.) :

- Capacité à s'organiser/aller chercher des ressources : Oui Non

- Autonomie dans les AVQ : Autonome Semi-autonome Non-autonome

- Autonomie dans les AVD : Autonome Semi-autonome Non-autonome

- Signe de maltraitance : Oui Non

29

Statut respiratoire (dyspnée – références et définitions)

Échelle de la dyspnée du conseil de recherches médicales modifiée (CRMm) : L'outil CRMm évalue l'importance de la dyspnée selon une gradation de l'essoufflement sur une échelle de scores variant de 0 à 4.

CRMm	
Score	Description
0	La personne ne s'essouffle pas, sauf en cas d'effort vigoureux.
1	La personne est essoufflée lors de la marche rapide sur une surface plane ou de la montée d'une pente légère.
2	La personne marche plus lentement que les gens de même âge sur une surface plane en raison de l'essoufflement ou elle s'arrête pour reprendre son souffle lorsqu'elle marche à son rythme sur une surface plane.
3	La personne s'arrête pour reprendre son souffle après avoir marché environ 100 mètres ou après avoir marché durant quelques minutes sur une surface plane.
4	La personne est trop essoufflée pour quitter son domicile ou encore lorsqu'elle s'habille ou se déshabille.

30

Appréciation clinique, examens et questionnaires spécifiques

MPOC

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Oxygène : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée

Préciser : _____

Utilisation d'un aérochambre : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée

Préciser : _____

Glycémie (si diabétique) : _____ mmol/L (facultative si l'usager valide régulièrement sa glycémie)

Autres éléments spécifiques à préciser/signes cliniques d'hypoxie-hypercapnie :

Céphalée matinale : _____

Agitation : _____

Somnolence : _____

Confusion : _____

31

Oxygénothérapie à domicile

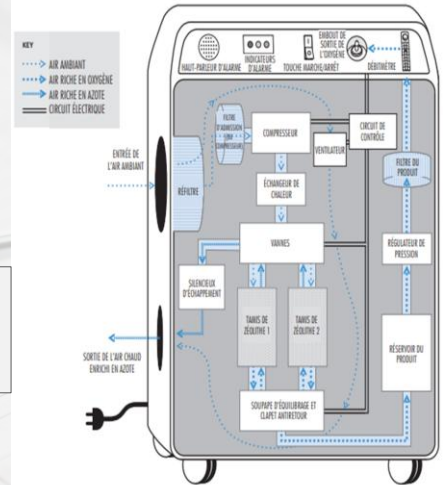
Un concentrateur d'oxygène :

1. Aspire l'air ambiant (78 % azote et 21 % oxygène)
2. Filtre l'air
3. Sépare l'oxygène de l'azote
4. Sature l'air restant en oxygène (90 % oxygène pur)



Mise en garde : Administrer l'oxygène avec prudence chez l'utilisateur atteint de MPOC. Pour cette clientèle, une trop haute concentration d'oxygène diminue le réflexe respiratoire.

Figure 1. Schéma de fonctionnement d'un concentrateur d'oxygène courant



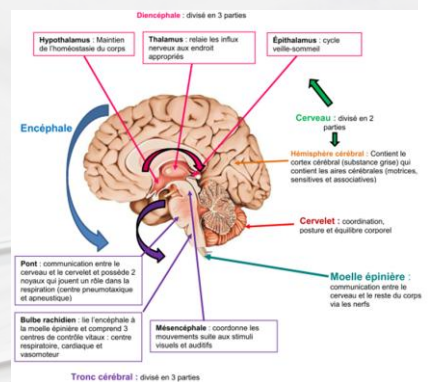
L'éligibilité à l'oxygénothérapie à domicile n'est pas simple donc peu banal !

32

Régulation normale de la respiration

L'organisme surveille constamment la PO_2 (pression partielle d'oxygène) et le CO_2 (pH) via des chimiorécepteurs situés au niveau du bulbe rachidien (localisé au niveau du tronc cérébral), dans les carotides et dans la crosse de l'aorte.

Chez l'individu en santé, lorsque la PCO_2 augmente et que le pH diminue (sang devient acide), cela stimule les chimiorécepteurs et, du même coup, la respiration.



33

Concept d'hypoxémie tolérée (*hypoxic drive*)



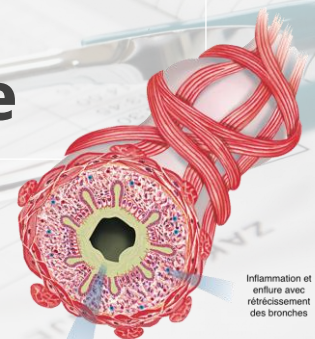
Certaines pathologies augmentent le risque d'hypercapnie chronique (MPOC, asthme sévère, obésité morbide, fibrose kystique, déformation de la paroi thoracique et maladie neuromusculaire chronique).

Chez cette clientèle, le CO₂ a tendance à rester en grande quantité dans l'organisme.

D'ailleurs, ces patients présentent généralement une saturation se situant entre 88-92%.

34

Traitement pharmacologique



35

Principes de traitement



Effets recherchés à longue ou à courte action dépendamment de la molécule.

Traitement pharmacologique inhalé et parfois oral.



Effet bronchodilatateur et/ou anti-inflammatoire recherché.



Bronchodilatateur
Corticostéroïde
Antibiotique



Objectifs généraux:

Limiter les symptômes (renverser la diminution du débit d'air, corriger hypercapnie et hypoxémie), limiter l'essoufflement, diminuer les risques d'exacerbations aiguës, améliorer la tolérance à l'effort et la qualité de vie.

36

Bronchodilatation



Les bronchodilatateurs sont des médicaments qui font réagir les récepteurs adrénergiques Bêta-2 (β_2). Cette stimulation des récepteurs β_2 provoque la dilatation des bronchioles et agrandit la lumière de celles-ci, facilitant ainsi le passage de l'air.

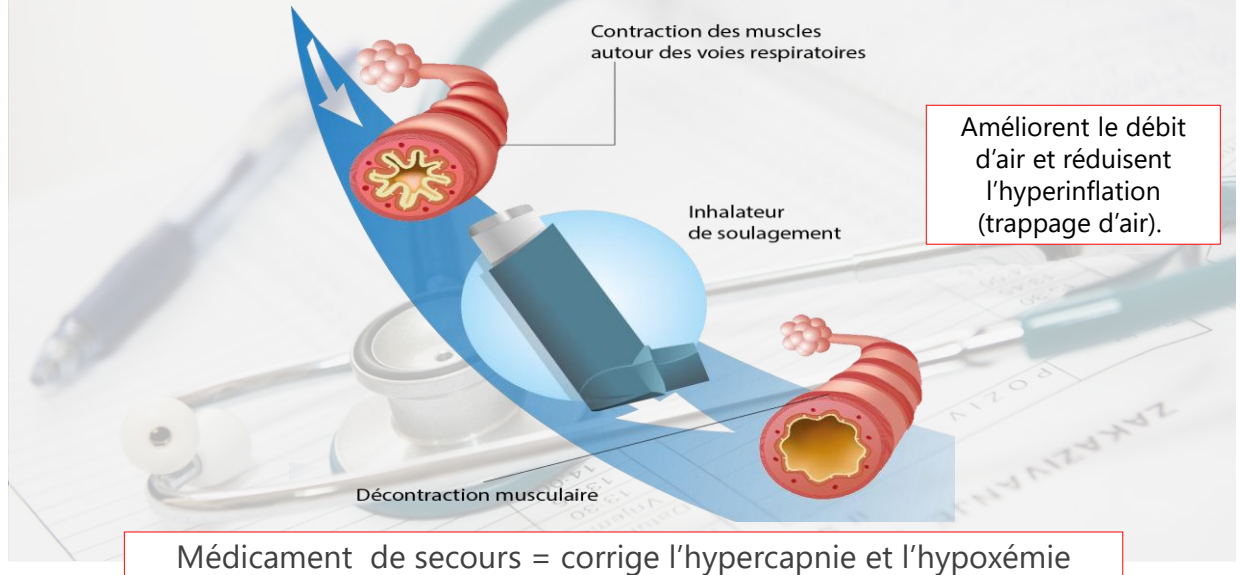
Ils demeurent les préférés en raison de leur sélectivité Bêta-2 (β_2) plus élevée et de leur longue durée d'action. L'activation des récepteurs bêta-2 adrénergiques persiste selon les molécules de courte ou de longue durée d'action.

En urgence, le salbutamol est la molécule de choix dans le traitement de première ligne. Pilier de la pharmacothérapie en bronchoconstriction. Il réduit la rétention du débit d'air et la dyspnée.

Action rapide (75 % maximal en 2 à 3 minutes)

37

Traitement pharmacologique inhalé (résumé)



38

Traitement pharmacologique inhalé



Bêta-agonistes (bronchodilatateurs) à COURTE DURÉE D'ACTION (BACA):

Ils aident à ouvrir les voies respiratoires en relâchant les muscles qui entourent les bronches, mais n'ont aucun effet sur l'inflammation présente au niveau des voies respiratoires.

Médicament de secours



Durée d'action:
4 à 6 heures.



Ils sont la pierre angulaire du traitement médicamenteux des exacerbations aiguës.

39

Traitement pharmacologique inhalé



Bêta-agonistes (bronchodilatateurs) à LONGUE DURÉE D'ACTION (BALA):

Ils aident à maintenir les voies respiratoires ouvertes en relâchant les muscles qui entourent les bronches.

Médicament de contrôle et d'entretien.

Durée d'action:
12 heures.



Traitement pharmacologique inhale



Antagonistes muscariniques (ou anticholinergique)

à courte action (ACCA): Ipratropium (Atrovent)

Tout comme les bronchodilatateurs à courte action, ils permettent de maintenir les voies respiratoires ouvertes en relâchant les muscles qui entourent les bronches et diminuent les sécrétions.



Duo bronchodilatateur, anticholinergique et bêta-2:.

Salbutamol + Ipratropium (BACA + ACCA)

La synergie de l'association des deux médicaments joue un rôle primordial et offre une bronchodilatation optimale.

Durée d'action:
6 heures.



Traitement pharmacologique inhalé



Antagonistes muscariniques (ou anticholinergique) à LONGUE DURÉE D'ACTION (AMLA):

Tout comme les bronchodilatateurs à action prolongée, ils permettent de maintenir les voies respiratoires ouvertes en relâchant les muscles qui entourent les bronches et diminuent les sécrétions.

Médicament de contrôle et d'entretien



Durée d'action:
12 ou 24
heures.

42

Traitement pharmacologique inhalé



Duo bronchodilatateur, anticholinergique et bêta-2: ils offrent un meilleur contrôle de la maladie. La synergie de l'association des deux médicaments joue un rôle primordial et offre une bronchodilatation optimale.

Médicament de contrôle et d'entretien



Durée d'action:
12 ou 24
heures.

43

Traitement pharmacologique inhalé



Corticostéroïdes inhalés (CIS). L'utilisation des corticostéroïdes inhalés joue un rôle clé dans la gestion des symptômes en traitant l'inflammation persistante au niveau des voies respiratoires.

Médicament de contrôle



Diminuent la fréquence des exacerbations aiguës.
Permettent une meilleure tolérance à l'effort tout en limitant les symptômes de dyspnée.

Traitement pharmacologique inhalé

Combinaison de 2 à 3 médicaments



Médicaments de secours, de contrôle et d'entretien

Traitement pharmacologique inhalé (Trithérapie)

Combinaison de 3 médicaments (Bêta-2, anticholinergique et corticostéroïdes)

- MPOC: Breztri ou Trelegy
- Asthme: Énerzair en asthme (Breztri à l'étude en asthme)

ASSOCIATIONS (TRIO)		
CORTICOSTÉROÏDES + ANTICHOLINÉRIQUES + AGONISTES BÉTA-2 À LONGUE DURÉE D'ACTION		
Budésonide + Glycopyrronium (en bromure) + Formotérol fumarate dihydraté	Mométasone furoate de + Glycopyrronium (en bromure) + Indacatérol (en acétate)	Fluticasone furoate de + Umécldinium (en bromure) + Vilantérol (en triféinate)
BREZTRI* Aérosphère 182/8,2/5,8 mcg	ENERZAIR Breezhäler 160/50/150 mcg	TRELEGY Ellipta 100/62,5/25 mcg TRELEGY Ellipta 200/62,5/25 mcg
		

Médicaments de contrôle et d'entretien

46

Traitement pharmacologique inhalé

Exemple de combinaison:



PULMICORT®



CORTICOSTÉROÏDE
(réduit l'inflammation)



**BRONCHODILATEUR
À LONGUE DURÉE
D'ACTION**

(maintient les voies
respiratoires ouvertes en
relâchant les muscles qui
entourent les bronches)

OXEZE



47

Traitement pharmacologique

Corticostéroïde en comprimé oral:

- Souvent appelé prednisonne.
- Habituellement utilisé sur une courte période de temps.
- Utilisé lors d'**exacerbation aigüe** de MPOC (**EAMPOC**).
- Désavantage: plus d'effets secondaires que les corticostéroïdes inhalés.



Antibiotique oral/IV:

- Utilisé lors d'exacerbation aigüe de MPOC (EAMPOC) présumée bactérienne.
- Peut être prescrit sur une base régulière aux patients à risque d'EAMPOC.

Inhibiteur de la phosphodiesterase-4 (PDE4) oral/injectable:

- Effets bronchodilatateur et anti-inflammatoire.
- S'adresse aux patients qui ont des antécédents d'EAMPOC fréquente et de toux chronique avec mucus.
- Améliore les mesures de la fonction pulmonaire (volume expiratoire maximal par seconde [VEMS], capacité vitale forcée [CVF] et débit expiratoire de pointe [DEP]).



48

Dispositifs d'inhalation



Jusqu'à **80%**
des utilisateurs ont une technique d'inhalation inadéquate
(ce qui peut rendre le traitement moins efficace)!

Un aéro-chambre devrait toujours être utilisé avec un aérosol-doseur

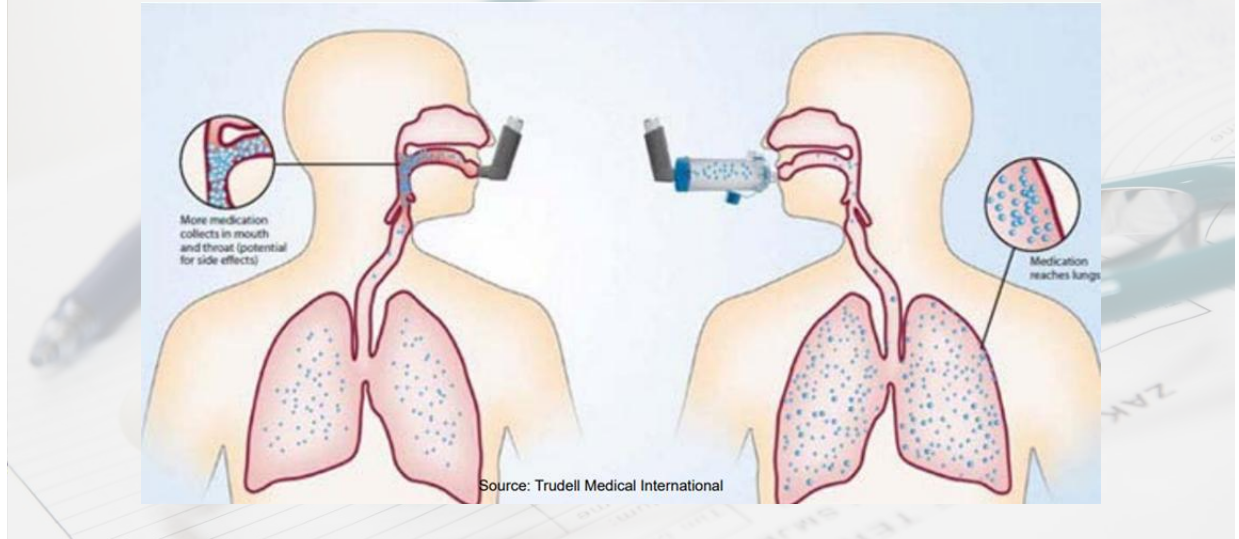


- Assure une meilleure diffusion du médicament dans les poumons (50% plus que l'aérosol-doseur utilisé seul);
- Aide à la coordination liée à l'administration du médicament (laisse plus de temps au patient pour l'inhaler);
- Réduit les effets secondaires liés au dépôt du médicament dans la gorge (p.ex: irritation de la bouche/gorge).



49

Aéro-chambre (ou chambre d'espacement)



50

Autres dispositifs potentiel...

Dans le but de maintenir une bonne condition respiratoire, différents dispositifs (sans médicament) existent en complémentarité avec le traitement médicamenteux.

Pour un désencombrement des sécrétions:

Le dispositif de pression expiratoire positive par oscillations (PEPO) **AEROBIKA*** est un dispositif sans médicament, facile à utiliser, et conçu pour aider à éliminer l'excès de mucus dans les voies respiratoires.

NB: le ratio I:E (inspiration et expiration) doit être de 1:3 ou 1:4



51

Autres dispositifs potentiel...

Dans le but de maintenir une bonne condition respiratoire, différents dispositifs (sans médicament) existent en complémentarité avec le traitement médicamenteux.

Pour favoriser les exercices respiratoires:

L'inspirométrie est habituellement utilisée pour la clientèle post-opératoire, il permet de réduire les zones d'atélectasie pulmonaire suite à une ventilation mécanique.

L'inspirométrie pourrait tout de même être utilisée afin de favoriser les exercices respiratoires de la clientèle MPOC de type bronchite chronique à domicile.

Image générée par l'IA



52

Références sur les dispositifs d'inhalation et mdx inhalés

RQESR (réseau québécois d'éducation en santé respiratoire)

- Vidéos de formation;
- Guide « Techniques et entretien des dispositifs d'inhalation »;



INESSS (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux)



- Guide d'usage optimal pour les MPOC (médicaments inhalés);
- Guide d'usage optimal pour les MPOC (exacerbation aiguë de la MPOC).

53

Outils de référence pour les TAP-COM

**RÉFÉRENCES
PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE**

 **MPOC**
 **INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

 **NUMÉROS DE TÉLÉPHONE
POUR REJOINDRE LES SAD**
 **AUTRES RÉFÉRENCES
OPÉRATIONNELLES**

Développement en collaboration avec
 Québec
CAMBI
 génially

54

Activité d'apprentissage 2



Familiarisation avec les différents types de dispositifs d'inhalation et les outils de référence mis à la disposition des TAP-COM

MÉDICAMENT INHALÉ et DISPOSITIFS D'INHALATION

Inhalopédia

**RÉFÉRENCES
PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE**

 **MPOC**
 **INSUFFISANCE
CARDIAQUE**

 **NUMÉROS DE TÉLÉPHONE
POUR REJOINDRE LES SAD**
 **AUTRES RÉFÉRENCES
OPÉRATIONNELLES**

Développement en collaboration avec
 Québec
CAMBI
 génially

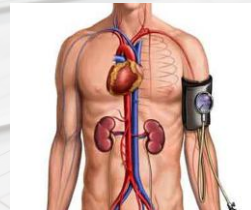
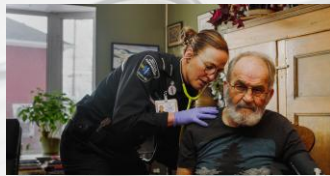
Techniques et entretien des dispositifs d'inhalation

55

Activité d'apprentissage 3 – Wooclap



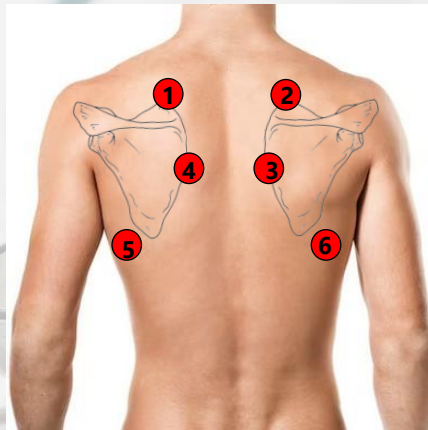
Bonnes pratiques :
Prise de tension artérielle / Auscultation



56

Technique - Auscultation

Plages d'auscultation - SPU



58

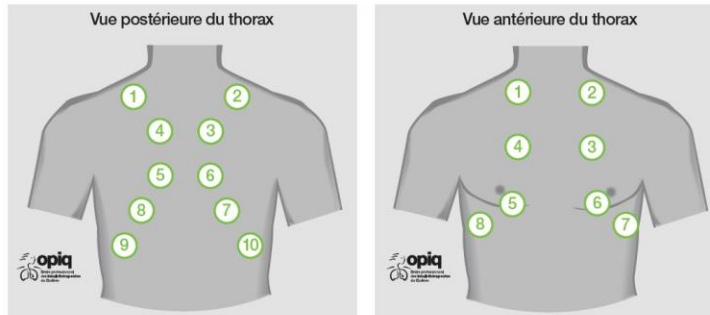
Technique - Auscultation

Auscultation pulmonaire

page
54

Zones d'auscultation

Puisque l'intensité des bruits entendus varie en fonction des régions, il est recommandé d'ausculter **dix (10) sites sur l'arrière du thorax** et **huit (8) sites sur la partie antérieure du thorax**. De façon méthodique, on ausculte alors l'ensemble du thorax en commençant par l'arrière.



Référence: Guide de pratique clinique à l'intention des inhalothérapeutes, 3e édition

59

Insuffisance cardiaque (IC)

60

Introduction



L'insuffisance cardiaque est une maladie qui ne guérit jamais complètement.

Le but du traitement est de ralentir la progression de la maladie, de contrôler les symptômes et d'améliorer leur qualité de vie.

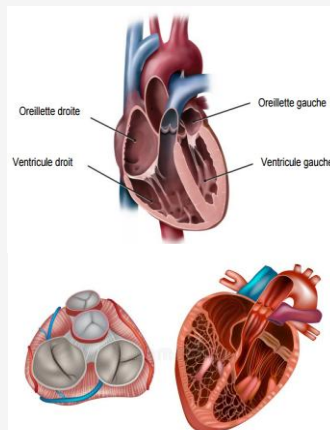
C'est une maladie chronique à caractère évolutif.

Les patients doivent apprendre à vivre avec cette maladie.

61

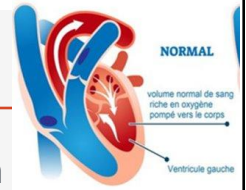
Insuffisance cardiaque (IC)

Quels sont les principales structures anatomiques atteintes?



62

Généralités (IC)



L'insuffisance cardiaque (IC) est une incapacité du cœur à contracter adéquatement ses ventricules pour éjecter le sang afin de suffire aux besoins métaboliques de l'organisme.

Afin que le cœur affaibli soit en mesure de se contracter de façon optimale, **il a besoin d'une pression de remplissage anormalement élevée** causant une atteinte respiratoire persistante et progressive.

L'insuffisance cardiaque affecte également la capacité des reins à éliminer l'eau et le sodium de l'organisme, accentuant ainsi le phénomène d'enflure.



<https://youtu.be/Nak42TiyDjQ>

63

L'insuffisance cardiaque (IC)



Appel primaire

- Insuffisance cardiaque aiguë (soudaine et les symptômes sont d'emblée sévères).

Appel primaire et visite à domicile

- Insuffisance cardiaque chronique (au fil du temps et les symptômes s'aggravent progressivement.)

64

L'insuffisance cardiaque (IC)



CLASSES FONCTIONNELLES DE LA NEW YORK HEART ASSOCIATION (NYHA)

CLASSE 1	<ul style="list-style-type: none"> Aucune limitation d'activité. Les patients ne souffrent d'aucun symptôme au cours des activités ordinaires. Des efforts physiques inhabituels peuvent cependant être responsables d'un essoufflement.
CLASSE 2	<ul style="list-style-type: none"> Limitation d'activité légère à modérée. Pas de limitation au repos mais apparaissant pour des activités normales pour l'âge.
CLASSE 3	<ul style="list-style-type: none"> Limitation d'activité marquée. Pas de limitation au repos mais apparaissant pour des activités inférieures à la normale pour l'âge.
CLASSE 4	<ul style="list-style-type: none"> Limitation au moindre effort et/ou au repos.

65

Activité d'apprentissage 4 – Carte conceptuelle



Les principaux signes et symptômes suggestifs de l'insuffisance cardiaque

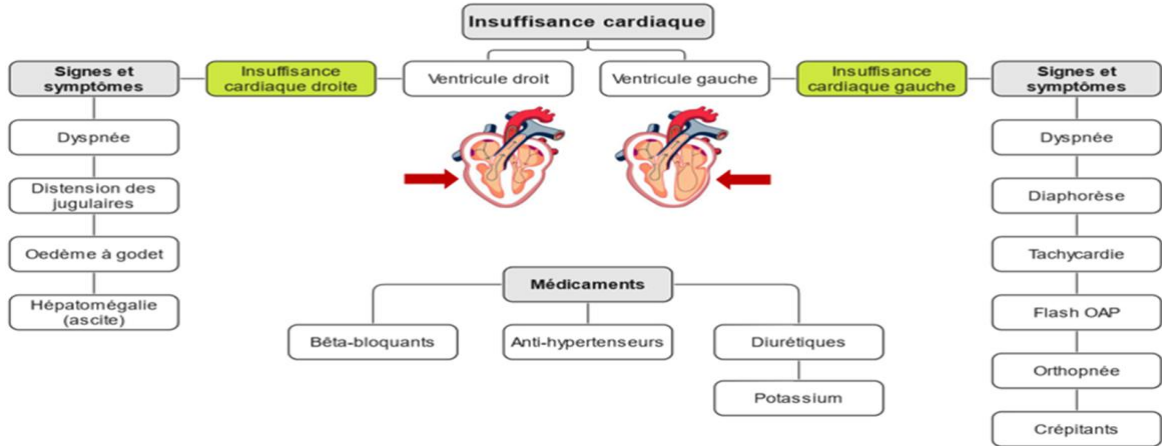


66

Feuille réponses (IC)



ACTIVITÉ D'APPRENTISSAGE 2 : IC



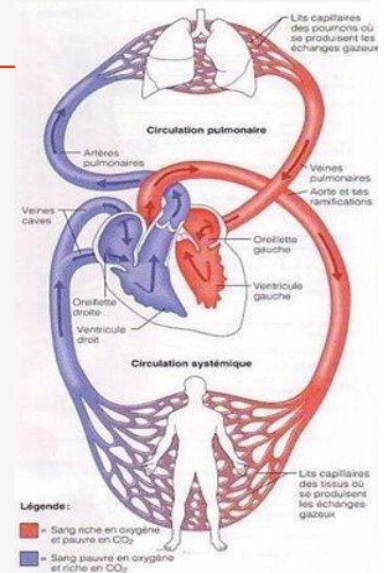
67

Circulation pulmonaire et systémique

Le circuit pulmonaire est le sang qui se dirige vers les poumons échange son dioxyde de carbone contre de l'oxygène par les artères pulmonaires.

Le circuit systémique est le sang qui quitte l'aorte pour rejoindre les artères systémiques, puis les artéioles et les lits capillaires alimentant les tissus corporels.

Lors de l'incapacité du cœur à contracter adéquatement ses ventricules pour éjecter le sang celui-ci refoulera en amont de la circulation normale selon le côté atteint.



68

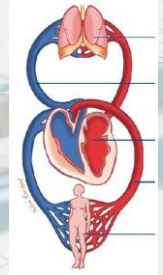
Coeur gauche vs coeur droit

FE normal : 55% et plus

Insuffisance cardiaque gauche

Lors d'insuffisance du ventriculaire gauche (ex: problème valvulaire ou IM du cœur gauche) le débit cardiaque diminue et la pression veineuse pulmonaire augmente.

Lorsque la pression capillaire pulmonaire dépasse la pression (environ 24 mmHg), le liquide fuit des capillaires vers l'espace interstitiel et les alvéoles, réduisant la compliance pulmonaire et augmentant le travail respiratoire (OAP...). L'excès de sang non expulsé se retrouve dans la circulation pulmonaire.



À long terme, l'IC gauche aura des répercussions sur le coeur droit = IC droite

69

Coeur gauche vs coeur droit

Insuffisance cardiaque droite



L'insuffisance du ventricule droit (ex.: embolie pulmonaire, infarctus du cœur droit et MPOC) est aussi appelée cœur pulmonaire. C'est un défaut de remplissage du ventricule droit et/ou à une réduction du débit cardiaque droit. Un volume d'éjection insuffisant a pour conséquence une congestion veineuse (congestion systémique).

Le sang se retrouve refoulé dans les veines caves (distension des veines jugulaires, ascite abdominal, œdème des membres inférieurs...)

À long terme, l'IC droit aura des répercussions sur le coeur gauche = IC gauche

70

Appréciation clinique IC

71

Appréciation clinique, examens et questionnaires



Rapport d'appréciation

➤ **Fréquence respiratoire :** ____ /min Régulière Irrégulière Bruyante Sifflante Tirage

➤ **Fréquence cardiaque :** ____ /min Régulière Irrégulière

➤ **Tension artérielle :** ____ / ____ /mmHg

➤ **Saturation :** ____ % AA

➤ **T° tympanique :** ____ ° Celsius

➤ **Glasgow :** ____ /15 Préciser : _____

➤ **Dyspnée (score CRMm) :** ____ /4
Préciser : _____

➤ **Toux :** Absente Hab
 Productive Non
Préciser : _____

➤ **Expectoration :**

- Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
- Couleur : Claires Blanches Jaunes Vertes Sanguinolentes

➤ **Auscultation :** MV Weezing Sibilances Ronchis Crépitants

Préciser les plages : _____

➤ **Œdème :** Absent À godet
 Membres Augmenté Diminué Dur
Préciser le site : _____

➤ **Médication :** Prise adéquate Prise inadéquate Préciser : _____

➤ **Milieu de vie et autonomie :**

- **Qualité de l'habitat (air, salubrité, encombrement, etc.) :**

- **Activités sociales (proximité de l'entourage, réseau social, etc.) :**

- **Capacité à s'organiser/aller chercher des ressources :** Oui Non
- **Autonomie dans les AVQ :** Autonome Semi-autonome Non-autonome
- **Autonomie dans les AVD :** Autonome Semi-autonome Non-autonome
- **Signe de maltraitance :** Oui Non

➤ **Douleur thoracique :** Abs

72

Œdème – références et définitions

2 types:

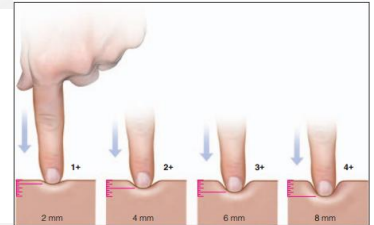
- ➔ Œdème dur : ne laisse pas de trace à la pression.
- ➔ Œdème à godet : formation d'une dépression lors de la palpation.



Source:
<https://fr.wikipedia.org/wiki/%C5%92d%C3%A8me>

Échelle Heppell

Échelle	Signification	Profondeur	Retour à la normale
1+	Trace	0 - 0.5 cm	Rapide
2+	Léger	0,5 - 1,5 cm	10 à 15 secondes
3+	Modéré	1,5 - 2,5 cm	1 à 2 minutes
4+	Sévère	> 2,5 cm	2 à 5 minutes



73

Appréciation clinique, examens et questionnaires spécifiques

IC

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Poids : _____ lb kg

Orthopnée : Inchangée Diminuée Augmentée Préciser : _____

Restriction hydrique : Respectée Non respectée Préciser : _____

Diète hyposodée : Respectée Non respectée Préciser : _____

Bas de compression : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée
Préciser : _____

Autres éléments spécifiques à préciser :

Fatigue : _____

Palpitations : _____

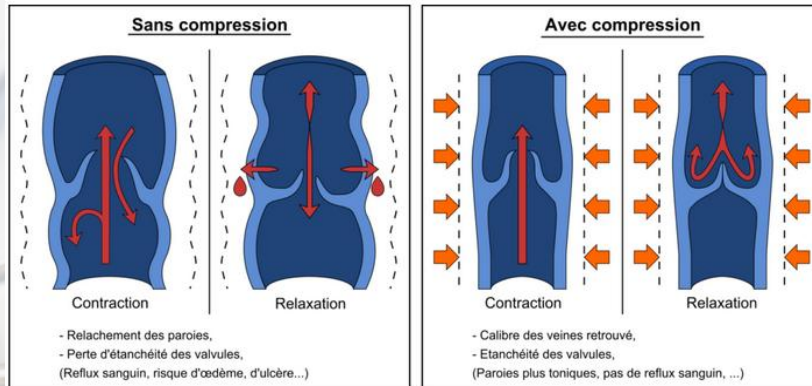
Syncope/lipothymie : _____

Étourdissements/orthostatisme : _____

74

Bas de compression

Habituellement utilisés à long terme, en prévention ou en traitement.

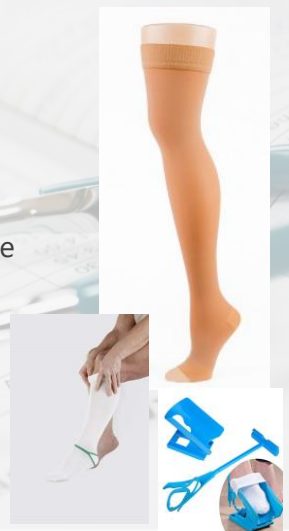


75

Bas de compression



- Généralement portés le jour et enlevés la nuit;
- Peuvent être prescrits en prévention/traitement pour plusieurs situations cliniques;
- Généralement utilisés à long terme, mais peuvent être nécessaire à court terme (ex: chirurgie des varices);
- 4 classes de compression sont disponibles (degré de compression) et prescrites en fonction du problème à traiter;



76

Traitement pharmacologique

77

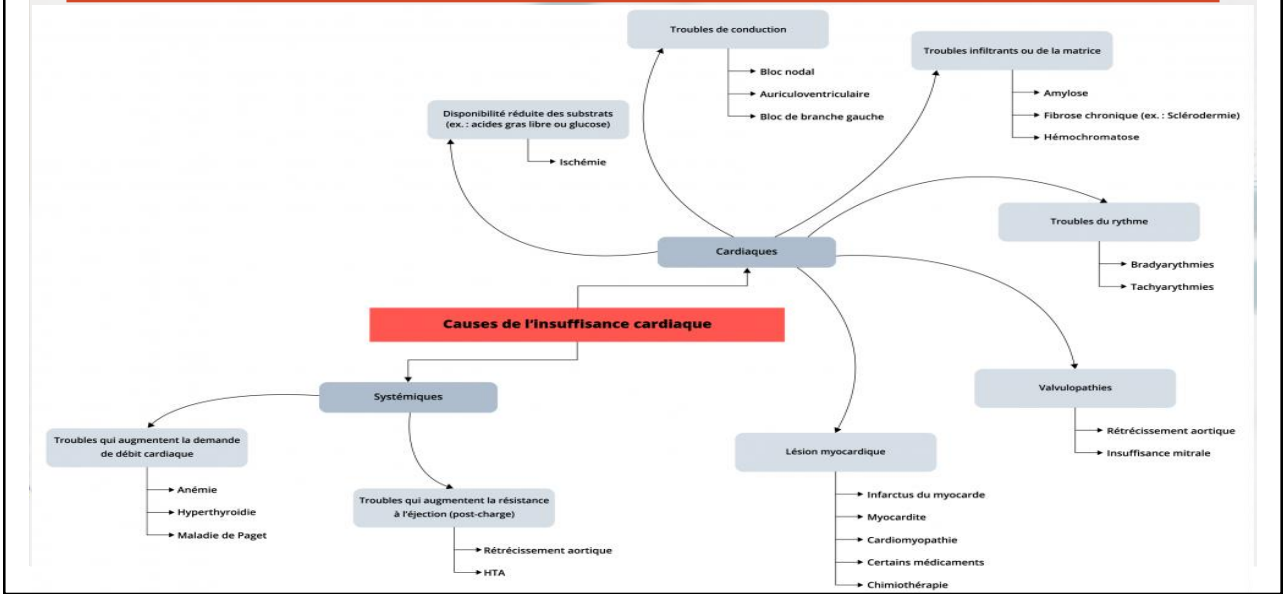
Principes de traitement - IC

- Traitement de la cause de l'IC;
- Traitement médicamenteux de l'IC ;
- Parfois, cardiovertteur-défibrillateur implantable, thérapie de resynchronisation cardiaque, support circulatoire mécanique;
- Parfois transplantation cardiaque;
- Soins multidisciplinaires (incluant la paramédecine communautaire).

Grid of 12 icons representing various medical treatments and devices for heart failure, including pacemakers, defibrillators, and mechanical circulatory support.

78

Causes de l'insuffisance cardiaque



79

Causes de l'insuffisance cardiaque

Ischémie myocardique

- Aiguë
- Chronique

Dysfonction valvulaire

- Sténose aortique
- Insuffisance aortique
- Sténose mitrale
- Régurgitation mitrale
- Dysfonction d'une valve prothétique

Cardiomyopathie

- Toxique (ex. : alcool, cocaïne)
- Métabolique (ex. : thyrotoxicose, insuffisance thyroïdienne)

Myocardite

- Infection
- Radiation

Autres

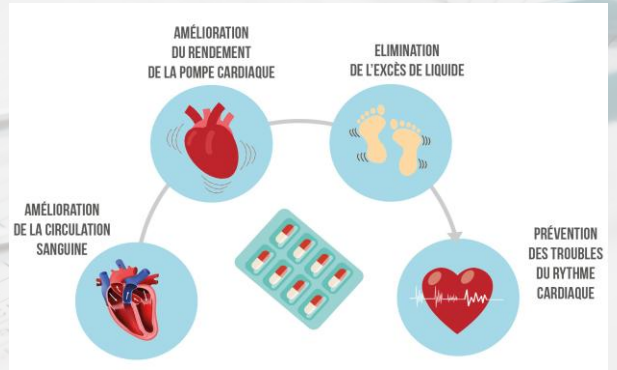
- Tamponnade
- Hypertension systémique
- Anémie
- Dysrythmies

Adapté de Tardif et coll. Essences médicales, 5e édition, 2014, p. 100.

80

Traitement pharmacologique (IC)

- Diurétiques
- Bêta-bloquants
- Les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïde (ARM)
- Les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)
- Hypolipémiant (anticholestérol)
- Antiarythmique
- Glycoside cardiaque (digoxine)
- Suppléments de potassium
- etc



82

Médicaments sans ordonnance et produits naturels à éviter

• Anti-inflammatoires

Peuvent provoquer de la rétention d'eau et de sel.
Peuvent causer de l'insuffisance rénale.

Ex : Ibuprofène (Advil^{MD}, Motrin^{MD})
Naproxen (Aleve^{MD})

• Décongestionnants (*produits pour rhume, grippe, allergies*)

Peuvent accélérer la fréquence cardiaque et augmenter le travail du cœur.

Ex : pseudoéphédrine
phényléphrine

• Produits naturels contenant de la réglisse

Peuvent causer de la rétention d'eau.
Peuvent augmenter la pression.
Peuvent réduire le taux de potassium.
Interaction avec le digoxine.

Médicaments à éviter pour ne pas accentuer l'insuffisance cardiaque

- ▶ Thiazolidinediones : peuvent être acceptables chez certains insuffisants cardiaques stables, classes I et II;
- ▶ AINS incluant les COX-2 : lors des crises de goutte, la colchicine (à faible dose) et les stéroïdes per os ou intra-articulaires devraient être considérés;
- ▶ La plupart des bloqueurs des canaux calciques (verapamil, diltiazem) : l'amiodipine est sécuritaire; la nifédipine à action prolongée peut être acceptable;
- ▶ La plupart des antiarythmiques : doivent être évités. Toutefois, l'amiodarone est sécuritaire;
- ▶ La metformine n'est pas contre-indiquée. Toutefois, elle devrait être cessée momentanément si la fonction rénale se détériore subitement.

83

83

Médicaments sans ordonnance et produits naturels à éviter

- **Aloès prise par la bouche**

Peut réduire le taux de potassium.
Interaction majeure avec la digoxine

- **Pamplemousse (jus et fruit)**

Peut augmenter les effets secondaires de certains médicaments.
Ex avec le Norvasc (Amlodipine)

- **Millepertuis (plante aux vertus médicinales)**

Peut réduire l'efficacité de certains médicaments.
Ex avec timbre de nicotine.



84

84

Interprétation du tableau clinique

85

Interprétation du tableau clinique

Au moment de la visite, les paramédics ont accès à différentes informations sur le patient à visiter, notamment le tableau clinique attendu/souhaité pour ce patient.

En fonction de ces informations de référence, et suite aux questionnaires et examens, il est alors possible de classer l'état clinique du patient selon 3 catégories.

Condition stable



Condition détériorée



Condition instable



86

Interprétation du tableau clinique

CONDITION STABLE

INSUFFISANCE CARDIAQUE

- Symptômes inchangés;
- Poids stable (non augmenté);
- Essoufflement inchangé;
- Œdème pareil, diminué ou absent;
- ...

MPOC

- Symptômes inchangés;
- Essoufflement inchangé;
- Toux inchangée;
- Aspect, volume et consistance des sécrétions inchangés;
- ...

87

Interprétation du tableau clinique

CONDITION DÉTÉRIORÉE

INSUFFISANCE CARDIAQUE	MPOC
<ul style="list-style-type: none"> - Hausse du poids: 3 lbs en 24-48 hrs, ou de 5 lbs en une semaine; - Fièvre ou signes d'infection; - Apparition ou augmentation de la dyspnée (la nuit ou lors des activités habituelles); - Toux sèche et persistante; - Difficulté respiratoire qui arrive subitement la nuit; - Augmentation du nb d'oreillers ou nécessité de dormir assis; - Besoin d'uriner plus souvent la nuit; - Apparition ou augmentation de l'enflure au ventre ou difficulté à attacher les pantalons; - ... 	<ul style="list-style-type: none"> - Dyspnée augmentée; - Fièvre ou signes d'infection; - Nouvelle toux ou toux plus importante; - Changement au niveau des sécrétions (couleur, volume, consistance); - ...

88

Interprétation du tableau clinique

CONDITION INSTABLE

<u>Statut neurologique</u>	<u>Statut respiratoire</u>	<u>Statut hémodynamique</u>
<ul style="list-style-type: none"> - P-U; - Glasgow \leq 13 (situation traumatique) 	<ul style="list-style-type: none"> - Voies respiratoires compromises (non perméables); - Détresse respiratoire; - Insuffisance respiratoire. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hypotension; - Bradycardie, tachycardie avec un ou plusieurs signes de choc; - Hémorragie significative.

Référence: PICPSP

89

Condition instable du statut respiratoire

Appréciation de la sévérité de la difficulté respiratoire

Niveaux de difficulté respiratoire (s/s)		
Tableau clinique Difficulté respiratoire	Tableau clinique Détrousse respiratoire	Tableau clinique Insuffisance respiratoire
Composé d'éléments tels que : <ul style="list-style-type: none"> ● Sensation de dyspnée ● Phrases complètes ● Tirage léger (sous-costal et/ou intercostal) ● Tachypnée 	Composé d'éléments tels que : <ul style="list-style-type: none"> ● Sensation importante de dyspnée ● Phrases courtes ou fragmentées (utilise quelques mots) ● Tirage important (sous-costal, intercostal et sus-claviculaire) ● Tachypnée significative ● Position tripode ● Agitation, anxiété 	Composé d'éléments tels que : <ul style="list-style-type: none"> ● Détrousse respiratoire réfractaire aux traitements (O₂, salbutamol) ● Incapacité de faire des phrases (utilise 1 ou 2 mots) ou incapacité de parler ● Signes d'épuisement respiratoire (ex. : diminution du tirage) ● Perte de tonus ● Altération de l'état de conscience ● Hypoventilation : fréquence respiratoire X volume courant (amplitude) sous la normale

Référence: PICPSP

90

Condition instable du statut hémodynamique

Fréquence cardiaque normale	Tension artérielle systolique (TAS) minimale
60-100/min	90 mmHg ou ≥ 65 ans : 100 mmHg

Tableau clinique d'un choc compensé ou non compensé. Celui-ci est composé d'éléments tels que : Hypotension ou absence de pouls périphériques; tachypnée importante; tachycardie (**chez l'adulte, une fréquence cardiaque > TAS est un bon indicateur**); confusion; étourdissements; lipothymie; syncope; altération de l'état de conscience; peau diaphorétique, pâle, **cyanosée ou marbrée**; **pouls périphériques filants**; remplissage capillaire allongé (> 2 s).

Si le patient présente une tachycardie soutenue > 150 bpm avec QRS larges (ex. : tachycardie ventriculaire) avec pouls :

- Installer les électrodes de défibrillation;
- Transport urgent.

Référence: PICPSP

91

Évitons-leurs la porte tournante !



Plus de ça



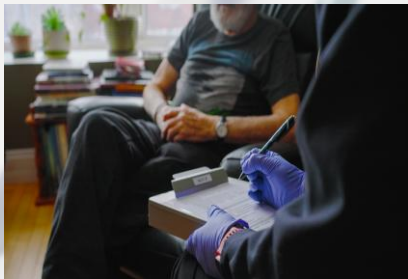
Moins de ça



92

92

Maintenant vous êtes prêts pour la suite !



93

93

Étape 3 :

Trajectoire et champ de compétence

Référencement vers la PC

Intervenants impliqués – rôles des intervenants

Concepts de base et déroulement de la visite standardisée

Communication avec les SAD

Considérations légales

Gestion des situations particulières

1

Référencement vers la PC



- ✓ Un patient (MPOC ou IC) à son congé d'hospitalisation ou consulte un médecin pour son problème de santé;
- ✓ Le médecin ou l'infirmière reconnaît le risque de décompensation et/ou l'historique de grand consommateur de soins;
- ✓ Une demande est envoyée au SAD afin de vérifier l'admissibilité du patient à la PC.

2

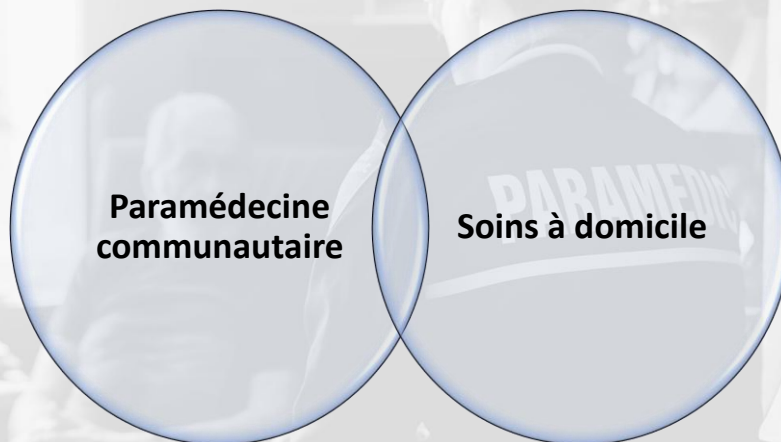
Référencement par les TAP



- En tout temps, si vous transportez un patient (MPOC ou IC) qui selon vous serait candidat au programme de paramédecine, mentionnez-le à l'assistante du supérieur immédiat (ASI) afin qu'elle fasse le suivi nécessaire.

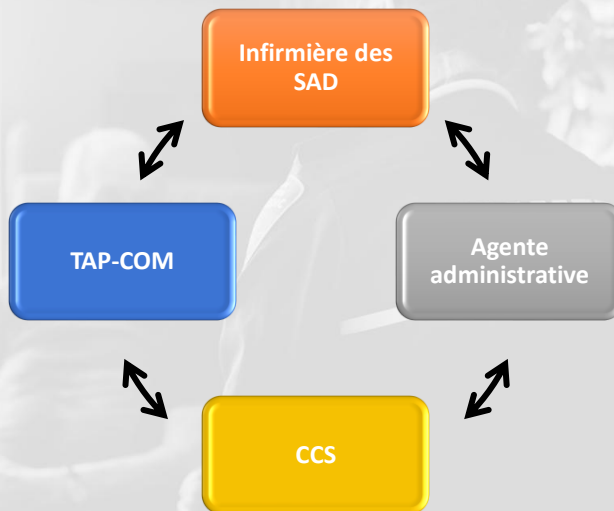
3

PC vs SAD



4

Intervenants impliqués dans la trajectoire et la visite



5

Trajectoire

Infirmière des SAD

- Valide si l'utilisateur répondant aux critères de service de paramédecine communautaire (clientèle cible);
- Inscrit la demande à l'agenda de la PC en y inscrivant les besoins et références (ex: moment et nombre de visite à effectuer, références patient, etc...);
- Transmet la demande à l'agente administrative (minimum 24h avant la première visite).

Agente administrative

- Communique avec le patient la veille (pour l'aviser d'une visite de PC à l'intérieur d'une fenêtre de temps (soit de 8h30 à 12h30 ou de 12h30 à 15h30);
- Communique avec le CCS pour la création de la carte d'appel;
- En cas de visite impossible à effectuer ou à compléter dans la fenêtre de temps préétablie, le CCS avise l'agente administrative. Celle-ci contacte alors le patient afin de l'aviser de la situation et pour déterminer avec lui une nouvelle plage horaire pour la reprise de la visite.

6

Trajectoire



- Crée une carte d'appel de PC (priorité 9);
- Affecte la ressource ambulancière la plus appropriée, au moment approprié (pds le moins prioritaire) à l'intérieur de la fenêtre préétablie de 4hrs;
- Si affectation impossible dans la fenêtre de 4hrs, le CCS avise l'agente administrative.



- Suite à l'affectation, visualise les infos de santé du patient (formulaire « Références »);
- Effectue la visite de paramédecine communautaire.

7

Procédure de la CAUREQ

- Plage horaire des affectations: lundi au vendredi – 8h30 à 16h00;
- Certaines municipalités peuvent ne pas être éligibles (*voir la cédule d'affectation*);
- Priorité 9 (PCAD: 92);
- Affectation immédiate – idéalement au début des fenêtres de temps (8h30 ou 12h30);
- Informations au 10-32: adresse du patient;
- Vous demeurez toujours disponible pour les appels de haute priorité (0-1-2-3);
- 10-17 lieu + 10-17 paramédecine (PCAD: 10-17 paracom) ➡
- Aucune découverte de zone prioritaire permise;
- 10-03 paramédecine (code numérique à venir).



Pénalité si réaffectation:

Priorités 0-1-2 : 3 min
 Priorité 3 : 15 min

8

La visite standardisée – Les équipements



9

La visite standardisée – Sur place ...



- Toujours assurer votre sécurité;
- Comme pour tout appel primaire, ouvrir votre MDSA au contact patient et le laisser ouvert jusqu'à la fin de la visite.
- Prenez le temps de revêtir des couvre-bottes (*situation non-urgente);
- S'installer dans un endroit propice à la visite et éliminer toutes distractions;
- **Aviser le patient que la visite pourrait être interrompue à tout moment (ex: réaffectation sur un appel prioritaire);**
- **Remettez au patient le dépliant explicatif contenant des indications post-visite importantes, notamment, la suite des événements au cas où vous devriez quitter précipitamment durant la visite.**

10

Consignes suite à la visite des paramédics communautaires

Date de la visite des paramédics : _____

Infirmier(ière) contacté durant la visite : _____

Notes/recommandations



Si les paramédics doivent quitter rapidement avant la fin de la visite :

- La visite pourrait être reprise la journée même;
- OU
- Une agente administrative pourrait vous contacter pour reporter la visite à une date ultérieure.

En tout temps, si votre état de santé se détériore de façon rapide, intense ou inhabituelle...

Appelez le 911

Vous avez des questions ou des inquiétudes concernant votre état de santé :

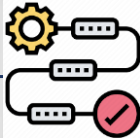
- Appelez votre intervenant-pivot des soins à domicile
- OU
- Appelez le 8-1-1

Sondage de satisfaction disponible au verso de ce feuillet.



11

La visite standardisée – Le déroulement



- Observez l'environnement et appréciez le milieu de vie (en continu);
- Débutez la collecte de données par la prise de signes vitaux. Poursuivre avec les examens cliniques le questionnaire;

Condition stable	Condition détériorée	Condition instable
<ul style="list-style-type: none"> • Complétez le formulaire de visite simultanément à la collecte de données; • Communiquez avec l'infirmière des SAD; • Une fois libéré par l'infirmière, vous pouvez terminer la visite; • Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avisez le CCS qu'un transport sera requis; • Traitez et transportez le patient; • Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales. • Contactez l'infirmière des SAD pour l'aviser qu'un transport a été effectué. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avisez le CCS qu'un transport sera requis; • Traitez et transportez le patient; • Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales. • Contactez l'infirmière des SAD pour l'aviser qu'un transport a été effectué.

12

La visite standardisée – La communication

Prendre le temps de discuter avec le patient et de répondre à ses questions s'il y a lieu .



13

Contact avec l'intervenant SAD



- Numéro unique pour rejoindre les SAD;
- Débutez par mentionner la condition clinique du patient (stable, détériorée);
- Donnez un rapport clair et concis – données objectives et factuelles;
- Travaillez de pair avec l'intervenante afin de favoriser le bien-être du patient;
- Ne pas hésiter à poser des questions à l'intervenante;
- **Notez son nom complet et numéro de pratique – documentation obligatoire (la rappeler au besoin);**
- **Assurez-vous qu'elle vous libère avant de raccrocher.**

14

Contact avec l'intervenant SAD



Respect du champ de compétence et actions complémentaires

15

Collaboration entre les intervenants

PARAMÉDIC



INFIRMIÈRE
SAD

16

Gestion des situations particulières

➤ Réaffectation ou redéploiement durant la visite

Condition stable

- Avisez le patient de la possible reprise de la visite la journée même. Sinon, l'agente administrative le contactera par téléphone.
- Lorsque possible, compléter le formulaire de visite pour y inclure les données colligées avant la réaffectation.

Lorsque possible et en respect de la fenêtre de temps préétablie, le CCS va réaffecter par priorité pour la reprise de la visite:

- La même équipe;
- Le superviseur;
- Une autre équipe (dernière option).



17

Gestion des situations particulières

➤ Réaffectation ou redéploiement durant la visite

Condition détériorée

- Communiquer aussitôt que possible avec l'intervenant SAD pour lui rapporter la situation + compléter le formulaire de visite lorsque possible pour y inclure les données colligées avant la réaffectation;

OU

- Aviser le CCS qu'il y a possibilité de transport et terminer la visite. L'appel de haute priorité sera alors donné à une autre équipe.



18

Gestion des situations particulières

➤ **Le patient est absent lors de la visite**

- Aviser le CCS (qui avisera l'agente administrative);
- Contacter l'intervenant des SAD;
- Compléter l'AS-810.

Étape 4 :

Outils de collecte de données et de transfert d'information

Formulaire – section références

Formulaire – section visite

Outil informatique (tablette et TEAMS)

1

Formulaire – section références

- Complété par l'infirmière des SAD au moment d'admettre le patient dans le programme de PC;
- Contient différentes informations, notamment des références médicales et le dernier état clinique documenté;
- À consulter par les TAP-COM avant, mais aussi pendant la visite afin de comparer les données obtenues lors de la visite (ex: SpO2 documentée lors de la visite comparée à celle attendue).

Québec
 Code à Barres
 Public 3 81 8 (téléphone)
 Santé Québec

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE PHARMACOLOGIE COMMUNAUTAIRE

Programme de prévention communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

INFORMATIONS GÉNÉRALES

Nom de naissance et de courtoisie: _____

Préciser les villes à visiter: Montebello Saint-Jovite Saint-Hippolyte Mont-Louis

Activités: Autre: _____

Autres renseignements: _____

Prêt pharmacologique: Non Oui (Préciser dans _____)

Prise de la médication: Non Oui (Préciser dans _____)

Antécédents médicaux: Non Oui (Préciser dans _____)

Visite à l'origine de la référence: Non Oui (Date de la visite: _____)

Insuffisance cardiaque: Non Oui (Date de l'organe de la visite: _____)

Diabète de type 1 ou 2: Non Oui (Préciser dans _____)

Hypertension artérielle: Non Oui (Préciser dans _____)

Appareil respiratoire: Non Oui (Préciser dans _____)

Niveau de soins: Non Oui (Préciser dans _____)

Préciser les autres renseignements: Non Oui (Préciser dans _____)

Informations désigné de voir: _____ N° téléphone: _____

Informations désigné de voir: _____ N° téléphone: _____

Révisé: 2004-01 RÉFÉRENCE STANDARDISÉE PHARMACOLOGIE COMMUNAUTAIRE 12

2

RÉFÉRENCE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par l'infirmière de liaison

SECTION RÉFÉRENCES

Nombre de visite prévues/potentielles : _____

Fréquence des visites à planifier : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle
 Unique Autres (préciser) : _____

Antécédents : _____

Allergies/intolérances : _____

Profil pharmacologique : Non Oui Pharmacie (nom): _____
(en annexe) N° téléphone : _____

Prise de la médication : Seul Avec aide Vial Dispill

Exacerbation récente : Non Oui Date (A-M-J) : _____
Traitement : _____

Visite à l'urgence récente : Non Oui Date (A-M-J) : _____
Traitement : _____

Hospitalisation récente : Non Oui Date du congé (A-M-J) : _____

Milieu de vie de l'usager : Maison Logement Couple Seul

Habitude de vie : Tabac Alcool Drogue

Appareil/équipements : Lunettes Appareil auditif
 Autres (préciser) : _____

Niveau de soins : A B C D

Réanimation cardio-respiratoire : Non Oui

Autres commentaires : _____

Intervenant désigné de **jour** : _____ N° téléphone : _____

Intervenant désigné de **soir** : _____ N° téléphone : _____

Nom, prénom

N° Dossier

ÉTAT CLINIQUE GÉNÉRAL

En date du (A-M-J) : _____

- Fréquence-respiratoire : _____ min Régulière Irrégulière
 Bruyante Sifflante Tirage
- Fréquence-cardiaque : _____ min Régulière Irrégulière
- Tension artérielle : _____ / _____ mmHg
- Saturation : _____ / % AA Avec O₂ : _____ L/min
- Glasgow : _____ / 15 Préciser : _____
- Dyspnée : (score CRMm) : _____ / 4 Préciser : _____
- Toux : Absente Sèche Grasse Productive Non productive
 Fréquente Occasionnelle Préciser : _____
- Expectoration
- Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
 - Couleur : Claire Blanche Jaune Verte Sanguinolente
- Auscultation : MV Wheezing Sibilances Ronchis Crépitants
 Préciser les plages : _____
- Œdème : Absent À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
 Dur Préciser le site : _____
- Cyanose : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- Douleur thoracique : Non Oui Préciser : _____
- Autres : _____

Spécifique INSUFFISANCE CARDIAQUE Non applicable

Classifier IC : I (aucune limitation) II (limitations légères)
 III (limitations modérées) IV (limitations sévères)

Poids : _____ lb kgOrthopnée (*nombre d'oreillers pour dormir*) : _____ / oreillersRestriction hydrique à la maison : Non Oui (Limite de : _____ ml/jour)Diète hyposodée à la maison : Non OuiBas de compression : Non Oui**Spécifique MPOC** Non applicableClassification MPOC A – Légère B – Modérée C – Sévère D – Très sévère (*terminale*)Oxygénothérapie à domicile : Non Oui Rx : _____ L/min Utilisation : _____ hrs/24 hrs

Saturation attendue : _____ %

Aérosolthérapie à la maison : Non Oui

Médicaments : _____

NOM PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : _____ N° PRATIQUE : _____

SIGNATURE PROFESSIONNEL RÉFÉRENT : _____ DATE (A-M-J) : _____

Formulaire – section visites

- Complété par le TAP-COM pendant la visite (visite complétée ou non);
- Peut servir de guide quant aux éléments à apprécier/questionner durant la visite;
- Idéalement à compléter au fur et à mesure de la collecte de données (TAP.2);
- Comprend une section d’appréciation générale, une section d’appréciation spécifique au type de clientèle (MPOC ou IC) et une section « Démarche » pour documenter l’orientation finale de la visite (ex: fin de la visite) et l’intervenant contacté.

3

Formulaire – AS-803

Contact patient = AS-803

4

VISITE STANDARDISÉE-PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

Programme de paramédecine communautaire

À remplir par les paramédics

Date de la visite (A-M-J) : _____ Visite complétée
 Heure du début : _____ Visite non complétée Raison : _____
 Heure de fin : _____

Rapport d'appréciation

- **Fréquence respiratoire** : _____/min Régulière Irrégulière Bruyante Sifflante Tirage
- **Fréquence cardiaque** : _____/min Régulière Irrégulière
- **Tension artérielle** : _____/mmHg
- **Saturation** : _____% AA Avec O₂ : _____L/min
- **T° tympanique** : _____° Celcius
- **Glasgow** : _____/15 Préciser : _____
- **Dyspnée (score CRMm)** _____/4
Préciser : _____
- **Toux** : Absente Habituelle Augmentée Diminuée
 Productive Non productive Sèche Grasse
Préciser : _____
- **Expectoration** :
 - Quantité : Aucune Présente Légère Modérée Abondante
 - Couleur : Claire Blanche Jaune Verte Sanguinolente
- **Auscultation** : MV Wheezing Sibilances Ronchis Crépitants
Préciser les plages : _____
- **Œdème** : Absent Identique Augmenté Diminué Dur
 À godet Trace (+) Léger (++) Modéré (+++) Sévère (++++)
Préciser le site : _____
- **Cyanose** : Absente Digitale Labiale Muqueuse buccale
- **Douleur thoracique** : Absente Présente Habituelle Augmentée
 O : _____
 P : _____
 Q : _____
 R : _____
 S : _____
 T : _____

Nom, prénom

N° Dossier

➤ **Médication :** Prise adéquate Prise inadéquate Préciser : _____

➤ **Milieu de vie et autonomie :**

A (autonomie, mobilité)

I (intégrité de la peau)

N (nutrition, hydratation)

É (élimination)

E (état cognitif, communication, humeur et comportement)

S (sommeil)

A (autosoins, accès aux services et au matériel de soin)

D (domicile sécuritaire et adapté aux besoins)

P (proches aidants)

L (loisirs, rôle, vie sociale et spirituelle)

U (urgence d'agir)

S (salubrité)

Commentaires : _____

➤ **Signe de maltraitance :** NON OUI Préciser : _____

Nom, prénom

N° Dossier

Éléments spécifiques d'appréciation / selon le type de clientèle

INSUFFISANCE CARDIAQUE

Poids : _____ lb kg

Orthopnée : Inchangée Diminuée Augmentée Préciser : _____

Restriction hydrique : Respectée Non respectée Préciser : _____

Diète hyposodée : Respectée Non respectée Préciser : _____

Bas de compression : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée
Préciser : _____

Autres éléments spécifiques à préciser :

Fatigue : _____

Palpitations : _____

Syncope/lipothymie : _____

Étourdissements/orthostatisme : _____

MALADIE PULMONAIRE OBSTRUCTIVE CHRONIQUE (MPOC)

Oxygène : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée
Préciser : _____

Utilisation d'un aérochambre : Non applicable Utilisation respectée Utilisation non respectée
Préciser : _____

Glycémie (si diabétique) : _____ mmol/L (*facultative si l'utilisateur valide régulièrement sa glycémie*)

Autres éléments spécifiques à préciser/signes cliniques d'hypoxie-hypercapnie :

Céphalée matinale : _____

Agitation : _____

Somnolence : _____

Confusion : _____

Nom, prénom

N° Dossier

DÉMARCHE

Condition instable

Transport au centre hospitalier. Transmission du rapport et avis téléphonique à l'intervenant désigné pour signifier le transport

Condition détériorée

Contact avec l'intervenant désigné et transmission du rapport

Condition stable



Contact avec l'intervenant désigné :

Date (A-M-J) : _____ Heure : _____

Nom de l'infirmier : _____

Numéro de pratique : _____

Orientation suggérée par l'intervenant :

Fin de la visite de paramédecine communautaire/libération des paramédics

Rendez-vous avec le médecin traitant en clinique médicale, GMF ou SAD

Demande de transport ambulancier

Autres : _____

Recommandations de l'intervenant désigné :

NOM PARAMÉDIC 1 : _____

MATRICULE : _____

NOM PARAMÉDIC 2 : _____

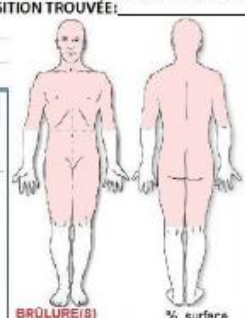
MATRICULE : _____

Date : _____

EXEMPLE DE RÉDACTION DU AS-803 DANS LE CADRE DE LA PARAMÉDECINE COMMUNAUTAIRE

La section « Plainte principale » doit inclure les éléments suivants :

- Visite de paramédecine communautaire;
- Type de clientèle (MPOC ou IC);
- Condition clinique (stable ou détériorée);
- Recommandation de l'infirmière des SAD si applicable;
- Orientation suggérée par l'infirmière des SAD (libération, transport, etc...);
- Nom de l'infirmière des SAD + numéro de pratique.

Santé et Services sociaux Québec		RAPPORT D'INTERVENTION PRÉHOSPITALIÈRE AS-803(P)		00000000
Nom de la compagnie ambulancière CAMBI		DT9180		IDENTIFICATION DE L'USAGER BRONCHU BERNARDIN
Numéro de service CH 000000		Nom B R O B 5 5 0 1 0 1 1 4		Prénom AA1955-01-01 JJ
Date 2024-03-26		Séq. événement / Usager / Véhicule 103 1 1362		Code clinique PARACOM 9
		Priorité 9		Prise en charge 20
PLAINTÉ PRINCIPALE <input checked="" type="checkbox"/> M. Visite de paramédecine communautaire. Patient MPOC. État détérioré. Heure de début / accident : HH : MM <input type="checkbox"/> F. Intervenante des SAD recommande qu'il s'administre son ventolin aux 4hrs, et va appeler sa pharmacie pour qu'il commence un antibiotique. Nous sommes libérés par l'intervenante SAD : Âge 68 Josianne Fournier (# de pratique: XXXXXX).				
HISTOIRE PRÉSENTE	BIOMÉCANISMES <input type="checkbox"/> Pénétrant <input type="checkbox"/> Central <input type="checkbox"/> Autre <small>SPECIFIER</small> <input type="checkbox"/> Contondant <input type="checkbox"/> Cinétique à risque <small>SPECIFIER</small> <input type="checkbox"/> Autre occupant décédé <input type="checkbox"/> Éjection _____ m <input type="checkbox"/> Pistolet/cycliste écrasé/inversé <input type="checkbox"/> Intrusion dans l'habitacle (précision _____)		GROSSESSE <input type="checkbox"/> Enceinte G <input type="checkbox"/> Indétournée P Dernières menstruations : AAAA MM JJ Gestation _____ sem. Contractions _____ min <input type="checkbox"/> Porte liquide amniotique <input type="checkbox"/> Grossesse à risque	
	<input type="checkbox"/> Désincarcération > 20 min <input type="checkbox"/> Déploiement des ballons <input type="checkbox"/> Frontal <input type="checkbox"/> Latéral <input type="checkbox"/> Part de ceinture ou casque		ARRÊT CARDIORESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> Vu ou entendu ► HH : MM Rythme initial <input type="checkbox"/> FV / TV <input type="checkbox"/> AESP <input type="checkbox"/> Asystolie PI ► <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA <small>CHOC</small> PR ► <input type="checkbox"/> RCR <input type="checkbox"/> DEA <small>CHOC</small> PPR PSA ► <input type="checkbox"/> Défibrillateur <small>CHOC</small> Début des manœuvres ► HH : MM Premier choc donné ► HH : MM <input type="checkbox"/> Retour de pouls ► HH : MM <input type="checkbox"/> Pouls toujours présent au CH <input type="checkbox"/> Réanimation impraticable <input type="checkbox"/> DNR MORT ÉVÉNTE <input type="checkbox"/> AUM <small>CHOC</small> : HH : MM Const. de décès à distance HH : MM Dr. _____	
	ANTECÉDENTS MÉDICAUX <input type="checkbox"/> Aucun <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Asthme, MPOC <input type="checkbox"/> Chx récents <input type="checkbox"/> Hypercholestérolémie <input type="checkbox"/> Nécrose <input type="checkbox"/> AVC <input type="checkbox"/> Diabète <input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Psychiatrie <input type="checkbox"/> Cardiaque <input type="checkbox"/> EP/TPP <input type="checkbox"/> Épilepsie <input type="checkbox"/> Autre		MÉDICAMENTS <input type="checkbox"/> Oui ► ACO / Anti-claq. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Apportés au CH : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Inconnu <input type="checkbox"/> Liste apportée <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	ALLERGIES <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> AAS <input type="checkbox"/> Latex <input type="checkbox"/> Pénicilline <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> AINS <input type="checkbox"/> Morphine, codéine <input type="checkbox"/> Salbutamol <input type="checkbox"/> Iode <input type="checkbox"/> Nitrates <input type="checkbox"/> Sulfé		MALADIES INFECTIEUSES <input type="checkbox"/> Aucune <input type="checkbox"/> ERV <input type="checkbox"/> Sx resp. fébrile <input type="checkbox"/> Inconnue <input type="checkbox"/> Hépatite <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> SARM <input type="checkbox"/> Autre	
Heure auprès pt. Natures du cas 14 : 24 PC		SOUTIEN MÉDICAL <input type="checkbox"/> Médecin sur place <input checked="" type="checkbox"/> Radio / Téléphone / UCCSPU <input type="checkbox"/> Aucune réponse		ÉVALUATION DOULEUR / DYSPNÉE O _____ P _____ Q _____ R _____ S _____ T _____
ÉVALUATION PAR SYSTÈME	CARDIOVASCULAIRE <input type="checkbox"/> DTOCP Respir. ÉVALUATION DE LA DOULEUR <input type="checkbox"/> Oedème membres inférieurs <input type="checkbox"/> Palpitations		<input type="checkbox"/> Incapacité à faire des phrases complètes <input type="checkbox"/> Position tripod <input type="checkbox"/> Présence de fatigue respiratoire	
	RESPIRATOIRE <input type="checkbox"/> DOCP <input type="checkbox"/> Obstruction des VR <input type="checkbox"/> Sibilances, wheezing		APPARENCE DE LA PEAU <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Seche <input type="checkbox"/> Pâle <input type="checkbox"/> Chaude <input type="checkbox"/> Moite <input type="checkbox"/> Cyanosée <input type="checkbox"/> Froide <input type="checkbox"/> Diaphoretique	
	NEUROLOGIQUE PUPILLES OD <input type="checkbox"/> Réaction OS <input type="checkbox"/> Réaction <input type="checkbox"/> Cinnabati AVC aigu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> AVC récent <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Positif /3 Délai <input type="checkbox"/> < 3.5 h <input type="checkbox"/> < 5 h		ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ POSITION TROUVÉE:	
	MUSCULO-SQUELETTIQUE <input type="checkbox"/> Douleur non traumatique <input type="checkbox"/> Traumatisme(s) Remplir ÉVALUATION OBJECTIVE DU TRAUMATISÉ		ÉQUIPT Positif <input type="checkbox"/> Négatif <input type="checkbox"/> Critères Étape 1 <input type="checkbox"/> Étape 2 <input type="checkbox"/> <small>SPECIFIER</small> Étape 3 <input type="checkbox"/> Étape 4 <input type="checkbox"/> Étape 5 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Pouls > 120 <input type="checkbox"/> Autre IHV <input type="checkbox"/> TCC GCS 14 <input type="checkbox"/> TCC avec UCS15 et arméu, vanissements ou perte de conscience	
PARTICULARITÉS, ÉVOLUTION <input type="checkbox"/> Angio-œdème <input type="checkbox"/> Hématémèse <input type="checkbox"/> Hématurie <input type="checkbox"/> Hémorragie vaginale serviettes à l'heure <input type="checkbox"/> Méléna / Rectorragie <input type="checkbox"/> Alcool, drogue <input type="checkbox"/> Troubles de comportement <input type="checkbox"/> Douleur abdominale <input type="checkbox"/> Neuses, vomissements Suite sur document n°		 BRÛLURE(S) _____ % surface		

AS-810 : 5 5 7 0 8 1 3 6

00000000

Nom **BRONCHU** Prénom **BERNARDIN** Numéro d'assurance maladie **B R O B 5 5 0 1 0 1 1 4** Date de naissance **1955-01-01 JJ**

HEURE	RESP.	POULS	TA	SpO ₂	AVPU	GCS	GLUCOSE		HEURE	R _x OU Tx	DOSE	VOIE	RYTHME
							mmol/L	/10					
1	• /min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	• /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		% <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	• + + +	mmol/L	/10	•				AVANT APRES AVANT APRES
2	• /min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	• /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		% <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	• + + +	mmol/L	/10	•				AVANT APRES AVANT APRES
3	• /min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	• /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		% <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	• + + +	mmol/L	/10	•				AVANT APRES AVANT APRES
4	• /min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	• /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		% <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	• + + +	mmol/L	/10	•				AVANT APRES AVANT APRES
5	• /min <input type="checkbox"/> Superf. <input type="checkbox"/> Labor. <input type="checkbox"/> Tirage	• /min <input type="checkbox"/> Radial <input type="checkbox"/> Carotid. <input type="checkbox"/> Irrég.		% <input type="checkbox"/> AA <input type="checkbox"/> O ₂	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> U <input type="checkbox"/> Orienté	• + + +	mmol/L	/10	•				AVANT APRES AVANT APRES

SIGNES VITAUX ET TRAITEMENTS

Aucune Intervention hors des voies carotidiennes

C₂ Lunette Masque Cannelé Oropharyngée Nasopharyngée

Succlon

SUPPORT RESP. CPAP Oxygène Balon masque

SUPPORT VENTIL Masque de poche Oxylator® Edion masque

Combuteq® Standard SA TAP 1 TAP 2

VPO Posif Nageb1 Ventil® Bleu Blanc

Appel au centre de crise

Capnométrie max. atteinte _____ mm Hg

Perfusion NS 0.9 % n°1 Site _____ Débit _____

Perfusion NS 0.9 % n°2 Site _____ Débit _____

Volume total PERF. N° 1 + N° 2 _____ ml

Thoracocentèse à l'aiguille Cricothyroïdotomie

Protocoles utilisés: _____

Refusé (après section REFUS DE SERVICES)

Annulé

Destination _____

Réparation: _____

Départ pour CH: _____

Arrivée au CH: _____

Début du triage: _____

ETG: _____

DEPLACEMENT DE L'USAGER

À la marche ou dans les bras

Civière-chaîse

Civière: Assis / semi-assis Décubitus dorsal Décubitus latéral Pedi-Mate®

TRANSPORT

Non urgent Immédiat Urgent

CH avisé

L'usager communique sa compréhension de la situation

L'usager communique son appréciation des risques

L'usager communique sa capacité de se prendre en charge

Un adulte responsable se trouve sur place

« En toute connaissance de cause et après avoir été informé par les membres du service ambulancier au sujet des soins à recevoir, je refuse, personnellement ou en ma qualité de répondant*, d'être transporté à l'hôpital ou de recevoir les services énumérés ci-après. En conséquence de ma déclaration, j'assume l'entière responsabilité de mon choix et dégage les intervenants du service ambulancier de toute responsabilité à cet égard pour l'ensemble des dommages découlant directement ou indirectement de ce refus. »

With full knowledge of the facts and having been informed by the members of the ambulance service about the necessary medical care, I personally refuse - or in my capacity of guardian - to be transported to the hospital or that the services as listed below be dispensed. In consequence of my declaration, I assume full responsibility for my decision and release the members of the ambulance service from all responsibility in this matter for any damages incurred directly or indirectly from this refusal.*

SERVICE(S) REFUSÉ(S) _____

RAISON(S), CIRCONSTANCE(S) _____

Remarque section PARTICULARITÉS au besoin:

Traitement CH proposé

Civière, civière-chaîse Refus de tout conseil d'usage

Transport Refus de signer ce formulaire

Refus d'être évalué

Refus à risque n° _____

Prise en charge par les policiers

Signature _____

Signature du témoin _____

Signature of witness _____

*Nom du répondant _____

*Name of guardian _____

ASSISTANCE POLICIÈRE Corps policier _____

N° événement _____ N° véhicule _____ N° matricule _____

Application _____ Signature du policier _____

TA PARAMÉDIC n° 1

Numéro **B-0100** Signature _____

Soins primaires Soins avancés

STAGIAIRE OU MÉDECIN

TA PARAMÉDIC n° 2

Numéro **V-0100** Signature _____

Soins primaires Soins avancés

REFUS DE SERVICES / REFUSAL OF SERVICES

Solution temporaire



- Prêt de tablettes pour la phase initiale du programme;
- Accès à internet (mifi vs cellulaire);
- Accès aux documents via Sharepoint (compte-invité vs double-authentification);
- Formulaire en version papier disponible.

5

Accès au Sharepoint (TEAMS)

Tutoriels



6

Accès au Sharapoint - Confidentialité

L'accès aux dossiers patients est autorisé uniquement dans le cadre d'une visite de paramédecine communautaire.






Il est strictement interdit de regarder le dossier d'un patient sans raison valable.

7

Activité d'apprentissage 5 – Familiarisation avec la tablette

ATTENTION

Durant cette activité, vous accéderez au TEAMS de la paramédecine. Veuillez n'accéder qu'au dossier « TEST formation » et à ses sous-dossiers qui contiennent des formulaires et informations de patients fictifs.

	RLS Basques
	RLS RDL
	RLS Rimouski-Neigette
	RLS Temis
	TEST formation

8

Activité d'apprentissage 5 – Familiarisation avec la tablette

Mise en contexte:

Vous êtes affectés pour une visite de paramédecine communautaire en priorité 9, au 48 rue Plourde à Rimouski

Vos tâches:

En vous référant au document support d'utilisation de la tablette, réalisez les étapes suivantes:

9

Activité d'apprentissage 5 – Familiarisation avec la tablette

En vous déplaçant vers l'adresse:

- ✓ Ouvrez la tablette;
- ✓ Connectez la tablette au réseau internet;
- ✓ Accédez au TEAMS de la paramédecine;
- ✓ Consulter le formulaire « *Références* » du patient que vous allez visiter.

Durant votre visite de paramédecine communautaire:

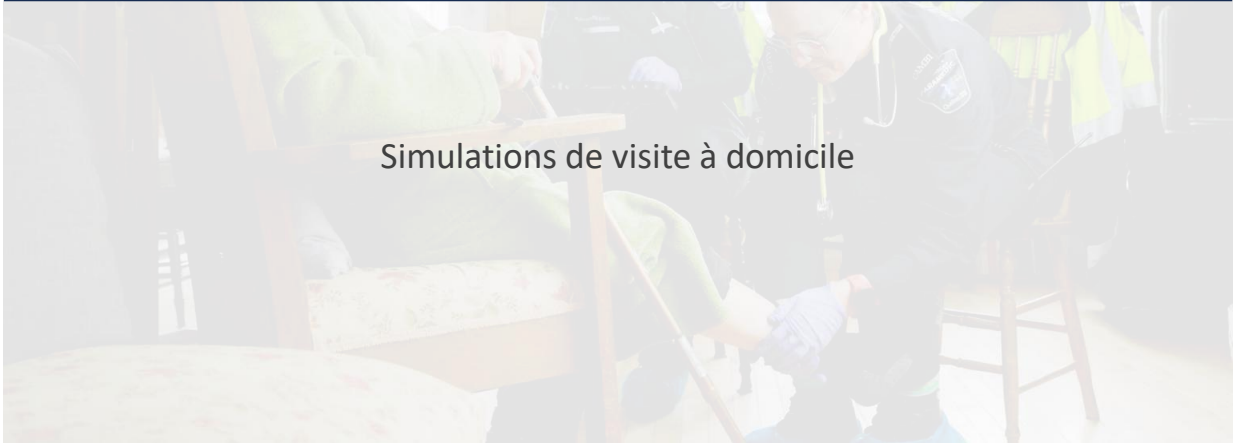
- ✓ Complétez un formulaire de visite (ne complétez que la première section – date, heure et si la visite a été complétée + signez votre formulaire);
- ✓ Déposez votre formulaire complété sur le TEAMS, dans le dossier du patient;
- ✓ Supprimez votre formulaire complété du dossier « *Formulaires vierges* ».

10

Étape 5 :

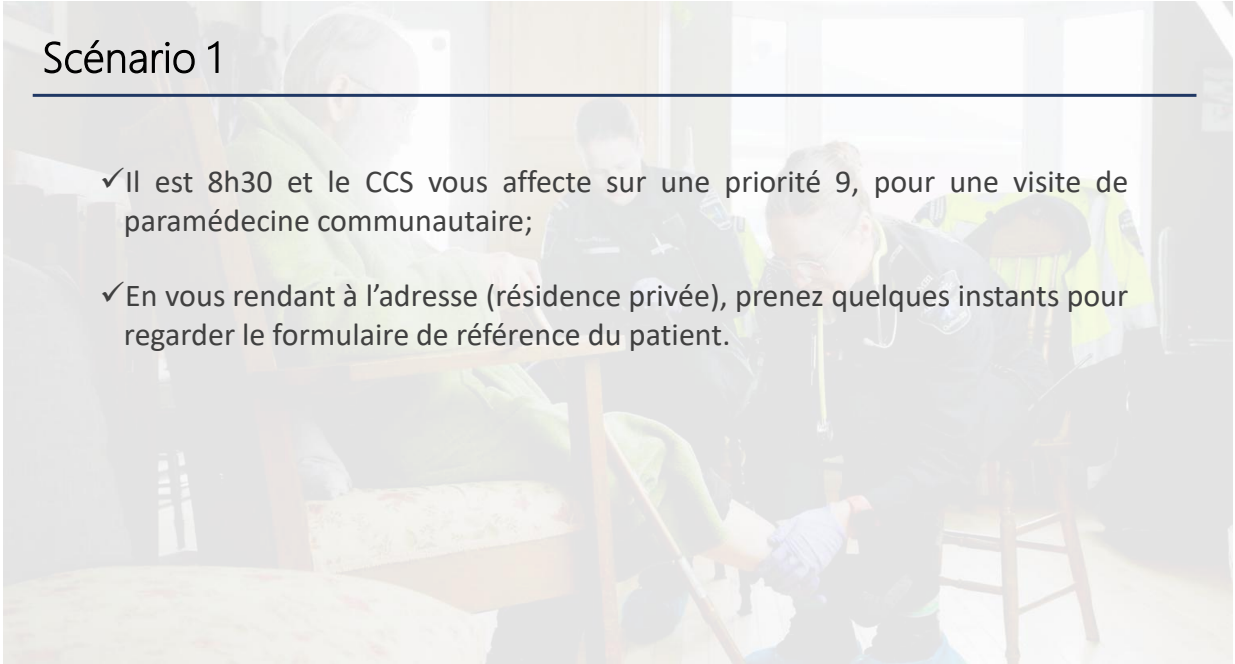
Intégration des connaissances

Simulations de visite à domicile



1

Scénario 1

- ✓ Il est 8h30 et le CCS vous affecte sur une priorité 9, pour une visite de paramédecine communautaire;
 - ✓ En vous rendant à l'adresse (résidence privée), prenez quelques instants pour regarder le formulaire de référence du patient.
- 













2

Scénario 1 – Au 10-17 sur les lieux



Image générée par IA

3

	A: Autonomie, mobilité		A: Autosoins Accès aux services et au matériel de soin
	I: Intégrité de la peau		D: Domicile sécuritaire et adapté aux besoins
	N: Nutrition, hydratation		P: Proches aidants
	É: Élimination		L: Loisirs, rôles, vie sociale et spirituelle
	É: État cognitif, communication, humeur et comportement		U: Urgence d'agir
	S: Sommeil		S: Salubrité

4

Scénario 1

Condition stable

Condition détériorée

- Complétez le formulaire de visite simultanément à la collecte de données;
- Communiquez avec l'infirmière des SAD;
- Une fois libéré par l'infirmière, vous pouvez terminer la visite;
- Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales.

5

Scénario 2

- ✓ Il est 15h30 et le CCS vous affecte sur une priorité 9, pour une visite de paramédecine communautaire;
- ✓ En vous rendant à l'adresse (résidence privée), prenez quelques instants pour regarder le formulaire de référence du patient.

6

Scénario 2 – Au 10-17 sur les lieux



Image générée par IA













7

Scénario 2 – Au 10-17 paracom



Image générée par IA

8

 A: Autonomie, mobilité	 A: Autosoins Accès aux services et au matériel de soin
 I: Intégrité de la peau	 D: Domicile sécuritaire et adapté aux besoins
 N: Nutrition, hydratation	 P: Proches aidants
 É: Élimination	 L: Loisirs, rôles, vie sociale et spirituelle
 É: État cognitif, communication, humeur et comportement	 U: Urgence d'agir
 S: Sommeil	 S: Salubrité

9

Scénario 2

Condition stable	Condition détériorée
<ul style="list-style-type: none"> • Complétez le formulaire de visite simultanément à la collecte de données; • Communiquez avec l'infirmière des SAD; • Une fois libéré par l'infirmière, vous pouvez terminer la visite; • Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales. 	

10

Scénario 3

- ✓ Il est 8h30 et le CCS vous affecte sur une priorité 9, pour une visite de paramédecine communautaire;
- ✓ En vous rendant à l'adresse (résidence privée), prenez quelques instants pour regarder le formulaire de référence du patient.

11

Scénario 3 – Au 10-17 sur les lieux



Image générée par IA

12

Scénario 3 – Au 10-17 paracom



Image générée par IA

13

Scénario 3

Condition instable

- Avisez le CCS qu'un transport sera requis;
- Traitez et transportez le patient;
- Complétez/transmettez vos formulaires (AS et formulaire paracom). Transférez les données vocales.
- Contactez l'infirmière des SAD pour l'aviser qu'un transport a été effectué.

14

Scénario 4

- ✓ Il est 13h30 et le CCS vous affecte sur une priorité 9, pour une visite de paramédecine communautaire;
- ✓ En vous rendant à l'adresse (résidence pour personnes âgées), prenez quelques instants pour regarder le formulaire de référence du patient.

15

Scénario 4 – Au 10-17 paracom



Image générée par IA

16

A: Autonomie, mobilité

I: Intégrité de la peau

N: Nutrition, hydratation

É: Élimination

É: État cognitif, communication, humeur et comportement

S: Sommeil

**A: Autosoins
Accès aux services et au matériel de soin**

D: Domicile sécuritaire et adapté aux besoins

P: Proches aidants

L: Loisirs, rôles, vie sociale et spirituelle

U: Urgence d'agir

S: Salubrité

17

Scénario 4

Gestions des situations particulières

➤ Réaffectation ou redéploiement durant la visite

Condition stable

- Avisez le patient de la possible reprise de la visite la journée même. Sinon, l'agente administrative le contactera par téléphone.
- Lorsque possible, compléter le formulaire de visite pour y inclure les données colligées avant la réaffectation.

Lorsque possible et en respect de la fenêtre de temps préétablie, le CCS va réaffecter par priorité pour la reprise de la visite:

- La même équipe;
- Le superviseur;
- Une autre équipe (dernière option).

Et si sa condition clinique avait été détériorée?

18

Conclusion

- ✓ Début des visites
- ✓ Assurance-qualité
- ✓ Projet évolutif