

SOINS PALLIATIFS EN SOINS TERTIAIRES DE CARDIOLOGIE, EST-CE POSSIBLE?

À la rencontre de nos diversités: vers des soins palliatifs pour tous
2e congrès international francophone de soins palliatifs
23e congrès du Réseau de soins palliatifs du Québec
Montréal, 5 au 7 mai 2013

Anie Brisebois, inf., M. Sc. Conseillère cadre
Sonia Heppell, inf., M. Sc. Praticienne spécialisée en cardiologie
Marie-France Ouimette, inf. M. Sc. Conseillère cadre

Conflit d'intérêt

Anie Brisebois déclare
n'avoir aucun conflit d'intérêt



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFFILIÉE
Université
de Montréal

Plan de la présentation

- Objectifs de la présentation
- Les soins palliatifs à l'Institut de Cardiologie de Montréal (ICM)
- La trajectoire, les symptômes de fin de vie et les traitements spécifiques à la maladie cardiaque
- Les outils développés pour améliorer la qualité de soins
 - Résultats d'une revue de dossiers
- Inadéquation des ressources de soins palliatifs pour la clientèle cardiaque
- Passage "brutal" du curatif au palliatif
- Conclusion



Objectifs de la présentation

- Expliquer la trajectoire spécifique de la clientèle cardiaque
- Identifier les besoins spécifiques en phase terminale
- Découvrir des outils adaptés, favorisant le soulagement de la détresse respiratoire et le confort lors de l'extubation terminale et l'arrêt de traitement en soins intensifs
- Comprendre l'inadéquation des ressources actuellement disponibles pour répondre aux besoins de cette clientèle
- Comprendre les défis associés au passage d'un niveau de soins intensifs à un niveau de soins palliatifs



Les soins palliatifs à l'ICM

- Création d'un comité de soins palliatifs à l'automne 2006
- Équipe interdisciplinaire mobile (mode consultation)
- Initiés en raison de...
 - Évolution des soins et des technologies
 - Complexité des cas cliniques et reconnaissance des limites thérapeutiques
 - Vieillesse de la population
 - Responsabilité professionnelle, bonne pratique durant tout le continuum de soins et ce, jusqu'au décès
 - *Politique en soins palliatifs de fin de vie (2004)*
 - Un des objectifs: équité dans l'accès aux services (sans égard à la pathologie)



Les soins palliatifs à l'ICM

- Portrait de la clientèle suivie par l'équipe de soins palliatifs (demandes de consultation)
 - Maladie cardiovasculaire (MCV) avancée (stade terminal)
 - Arrêt des traitements en soins intensifs
 - Statut post-opératoire avec complications majeures ou multiples
 - Statut post arrêt cardiorespiratoire (ACR) réanimé : état végétatif
 - Autres... Escalade des interventions ad saturation...
 - Porteurs d'un dispositif d'assistance ventriculaire (DAV) en tant que traitement définitif ("destination therapy")
 - Pathologie congénitale au stade terminal
 - Greffés cardiaques au stade terminal

Majorité des demandes



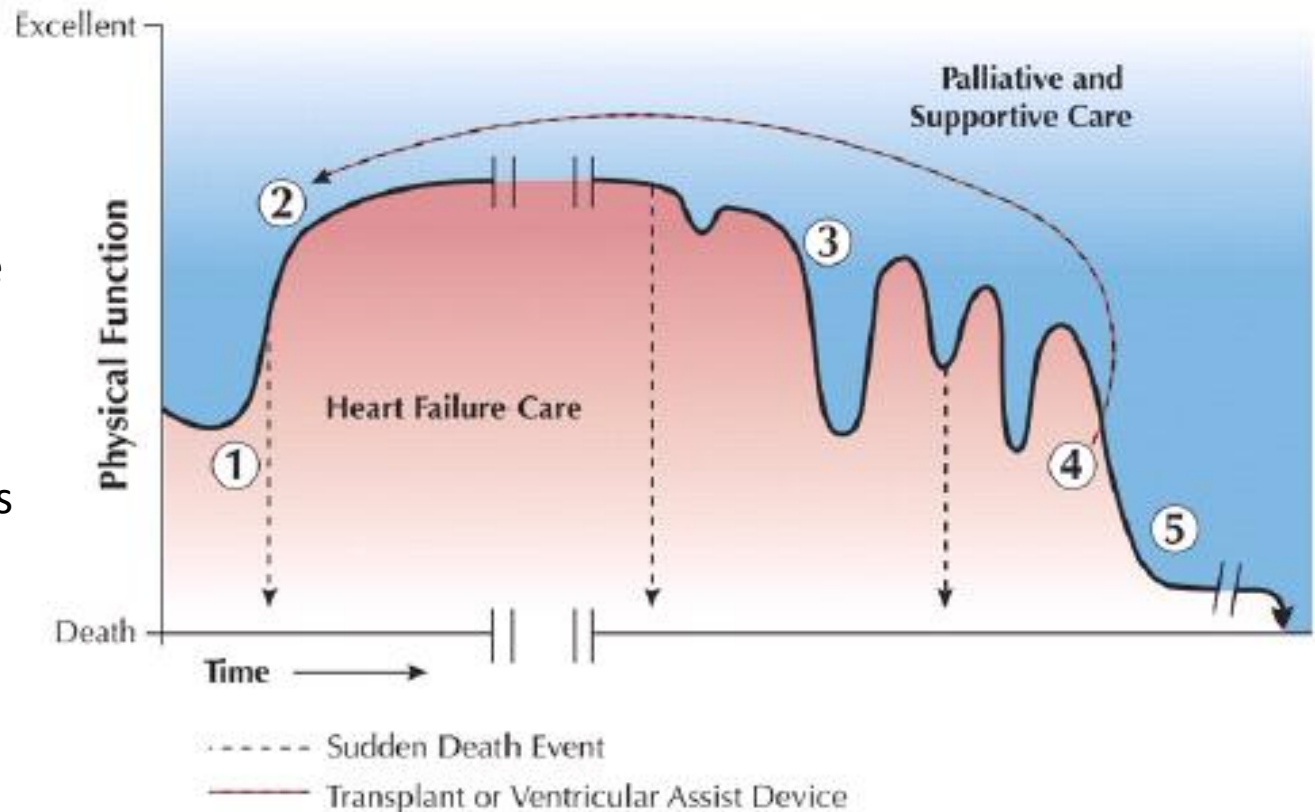
Les soins palliatifs à l'ICM

		2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	2012-2013
# demandes de consultations		74	71	59	72	89	73
# demandes de consultations par unité de soins	UC	6	7	8	6	8	8
	4Est	24	21	16	24	23	16
	4Centre	38	40	29	40	39	37
	USI chirurgicaux	4	1	2	0	13	10
	3Centre	1	0	0	1	1	0
	Urgence	1	2	4	1	4	2
	Autre	0	0	0	0	1	0
Âge moyen des patients		77,8	79,3	75,3	77,5	75,2	76,1
# moyen de jours entre consultation et décès		12,4	10,9	8,9	4,8	6	3,5
# moyen de jours entre consultation et départ		12,7	15,4	16,3	12,3	24,2	9,3
# de jours visites		574	586	405	401	717	320
# décès à l'ICM		50	43	37	54	61	45
# RAD		16	14	8	11	17	12
# départ en CHSLD		3	8	7	1	1	4
# départ vers centre de soins palliatifs		3	3	0	0	2	3
# départ vers autres CH		2	2	1	5	8	2
# congé: changement du niveau de soins ou de l'orientation, pt-famille refuse SP ou pas prêt, suivi non nécessaire, etc.		0	1	6	1	0	7



Trajectoire spécifique

La MCV est une maladie chronique, évolutive et incurable caractérisée par des périodes de stabilité, entrecoupée d'exacerbations aiguës



Goodlin, Sarah J. (2009). *Journal of the American College of Cardiology*, 54(5):386-396



Besoins spécifiques?

- 11 symptômes en fin de vie:
 - douleur
 - dépression
 - anxiété
 - confusion
 - fatigue
 - dyspnée
 - insomnie
 - nausée
 - constipation, diarrhée
 - anorexie
- 5 pathologies:
 - Cancer
 - SIDA
 - IC
 - MPOC
 - IR

Journal of Pain and Symptom Management (2006), vol 31 (1), p. 58-69



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFILIÉ À
Université
de Montréal

Besoins spécifiques?

- Prévalence des 11 symptômes étudiés étalée de façon uniforme parmi les 5 pathologies
- **Douleur, fatigue, dyspnée** retrouvées chez plus de 50% des patients pour chacune des 5 pathologies
- **Insomnie et anorexie** sont aussi très fréquents

Conclusion: similarité des symptômes en fin de vie

Journal of Pain and Symptom Management (2006), vol 31 (1), p. 58-69



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFILIÉ À
Université
de Montréal

L'insuffisance cardiaque (IC) avancée

- Au stade terminal, les symptômes sont marqués même au repos et sont réfractaires au traitement médical optimal
- Les plus communs:
 - **Dyspnée**: limitation importante de la capacité à l'effort, au repos, à la parole
 - **Douleur**: angine ou autre ("totalgie")
 - **Dépression**: 21 à 36% des patients IC en sont affectés
 - **Fatigue**: souvent multifactorielle, anémie, infection, dépression, diminution du débit cardiaque, etc.
 - **Oedème**: OMI+++ , ascite, anasarque ⇒ inconfort+++

Journal of the American Heart Association (2010), 120, p. 2597-2606



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFILIÉ À
Université
de Montréal

Autres particularités ou traitements spécifiques

- Pacemaker (PM) défibrillateur
- Dispositifs d'assistance ventriculaire (DAV) en tant que thérapie définitive (“destination therapy”)
- Les inotropes en perfusion continue

Le PM défibrillateur

- Prévient le décès par mort subite (arythmies)
- Plus la maladie cardiaque évolue, plus le risque d'arythmies est grand et plus le risque de recevoir des chocs est grand
 - ↑ complexité soins
 - ↑ souffrance (douleur et anxiété)
 - Physique ⇒ tempêtes arythmiques et chocs répétés
 - Psychologique ⇒ décision complexe, difficile
 - Incompréhension du patient p/r au fonctionnement du PM défibrillateur ⇒ perception que désactivation = décès

Journal of the American Heart Association (2010), 120, p. 2597-2606



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFILIÉ À
Université
de Montréal

Le PM défibrillateur

- Désactiver ⇒ Quelles sont les indications?
 - **VOLONTÉS DU PATIENT...**
 - « Comment » on veut mourir...?
 - Par exemple: le patient exprime le souhait de mourir subitement ...!
 - Perception par le patient d'une piètre qualité de vie
 - Confort: éviter chocs répétés sur « tempête arythmique »
 - Indications de non-réanimation
 - Mort imminente,...trop tard!

Journal of Interventional Cardiac Électrophysiology (2005), 13, p. 91-93
Annals of Internal Medicine (2005), 142, p. 631-634

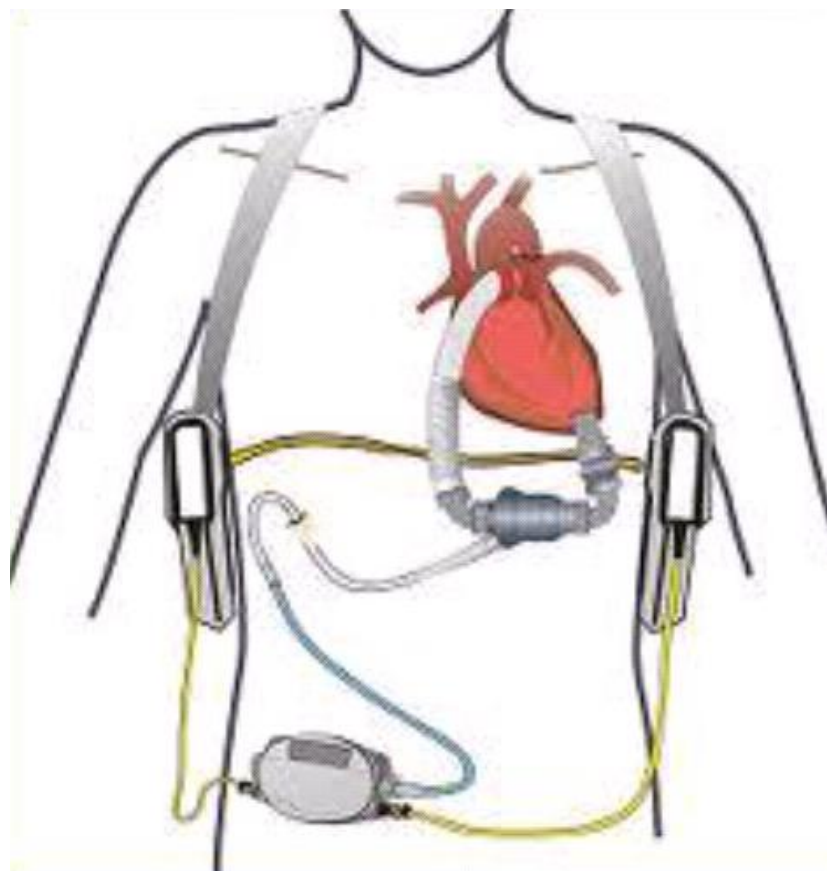


INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPLIÉ A
Université
de Montréal

Le DAV comme thérapie définitive

- Le DAV implantable améliore le débit cardiaque en suppléant au travail du coeur défaillant
- Traitement définitif en insuffisance cardiaque avancée pour patient non admissible à la transplantation cardiaque



HeartMate II®

Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (2013), MSSS du Québec



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

AFILIÉ À
Université
de Montréal

Le DAV comme thérapie définitive

- Les constats et préoccupations de l'équipe de soins palliatifs à l'ICM
 - Peu d'expérience dans l'accompagnement de cette clientèle
 - Peu ou pas de données probantes
 - Inconfort des équipes de soins en regard des soins de fin de vie, du niveau de soins à adopter si détérioration
 - Les volontés de fin de vie ne sont généralement pas discutées (quand arrêter?)
 - Lorsque l'arrêt du DAV est souhaité: pas de procédure claire ou de recommandations; qui arrête le dispositif? Quand? Et comment?

Le DAV comme thérapie définitive

- Les constats et préoccupations de l'équipe de soins palliatifs à l'ICM
 - Beaucoup de questions, bien peu de réponses...
 - Si complications post DAV (ex. AVC , déconditionnement, etc.) empêchant le retour à domicile, quelles sont les possibilités quant à l'orientation du patient? CH? CHSLD? Centre de soins palliatifs?...
 - Et qu'en est-il des services en communauté pour le soutien à domicile? L'impact sur les proches? La "gestion" de l'appareil (batteries, branchement, etc.) si patient avec déficit cognitif post DAV? Et le suivi clinique pour les patients en région?



Le DAV comme thérapie définitive

- Les constats et préoccupations de l'équipe de soins palliatifs à l'ICM
 - Questionnements éthiques, conflits de valeurs
 - Notion de consentement éclairé
 - Allocation des ressources



Les inotropes en perfusion continue

- Utilisés pour traiter les symptômes réfractaires de l'IC et le bas débit (milrinone, dobutamine)
- N'améliorent pas la survie, mais peuvent améliorer les symptômes et le confort pour une période de temps + ou – longue et ainsi diminuer les hospitalisations répétées
- Donnés à l'hôpital sur une période de quelques jours et nécessitent un sevrage physique et “psychologique”: parfois traitement répété car on ne sait plus quoi faire pour soulager la souffrance....
- Peu ou pas disponible actuellement en externe

Journal of the American Heart Association (2010), 120, p. 2597-2606



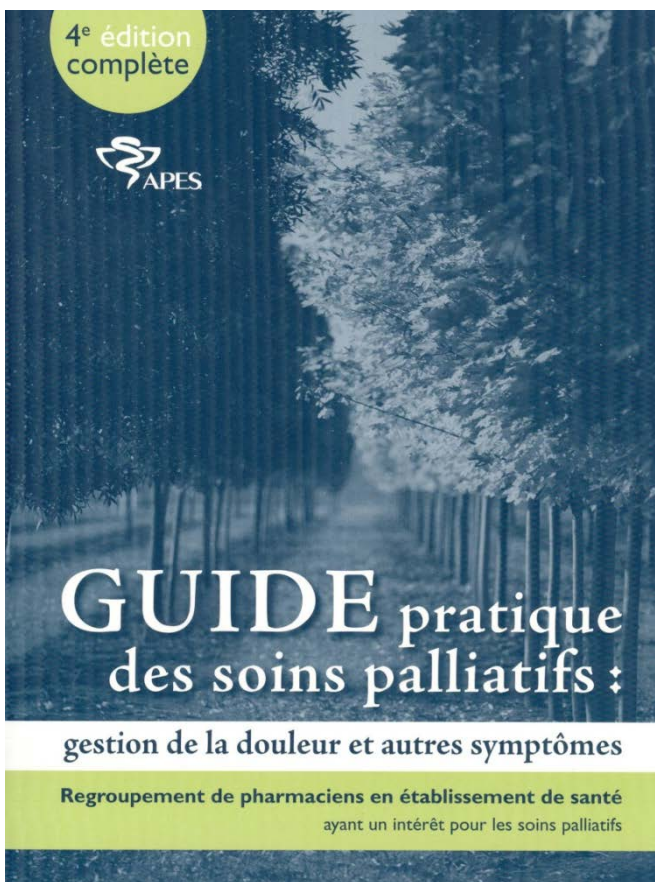
INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPLIÉ À
Université
de Montréal

Les outils développés à l'ICM pour améliorer les soins en fin de vie

- Les objectifs visés:
 - Améliorer les pratiques en fin de vie
 - structure; “certaine” uniformisation de la marche à suivre et des soins dans un contexte spécifique
 - Rassurer, encadrer les familles et les équipes
 - Susciter la réflexion sur le fait que l'extubation en fin de vie est un soin complexe qui mérite autant de rigueur que tout autre soin intensif = “soins intensifs de confort”
 - Offrir des soins de qualité jusqu'à la fin...

Protocole de détresse



Le Guide pratique des soins palliatifs,
4e édition (2 volumes)
Collectif (2008). A.P.E.S.
Association des pharmaciens des
établissements de santé du Québec

Protocole de détresse

- Lignes directrices et objectif du traitement:
 - Discussion avec patient-famille est un préalable
 - Indications:
 - Détresse respiratoire aiguë, agitation et anxiété intense
 - Objectif:
 - Obtenir RAPIDEMENT une sédation efficace et le soulagement de la dyspnée grave

3.27 - PROTOCOLE DE DÉTRESSE DANS UN CONTEXTE DE SOINS DE CONFORT OU DE SOINS PALLIATIFS

À noter que ce protocole de détresse doit être accompagné d'une *Échelle de niveaux de soins et statut de RCR* complétée

I – INDICATIONS

Ce protocole de détresse peut être appliqué en présence d'un ou de plusieurs des symptômes suivants :

- Inconfort respiratoire intolérable et constant au repos;
- Tachypnée, hyperpnée;
- Utilisation des muscles intercostaux et sub-claviculaires (tirage);
- Abdomen paradoxal (mouvement de l'abdomen vers l'intérieur pendant l'inspiration);
- Agitation presque constante; +/- confusion; +/- diaphorèse; +/- râles bronchiques; +/- cyanose;
- Anxiété intense (peur, crise de panique) face à l'impression de mort imminente.

II- MÉDICATION

- L'administration de **TROIS MÉDICAMENTS** est nécessaire pour soulager la détresse.
- Les trois médicaments doivent être administrés **UN À LA SUITE DE L'AUTRE** dans l'ordre suivant :
 - 1^{ère} seringue : Versed ; 2^{ème} seringue : Morphine ; 3^{ème} seringue : Scopolamine

Médicaments	Particularité	Dosage
1^{ère} seringue ■ Versed (5 mg/ml) (MidazolamMD)	▪ si poids < 70 Kg	▪ 5 mg (1 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN
	▪ si poids > 70 Kg	▪ 10 mg (2 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN
2^{ème} seringue ■ Morphine (10mg/ml)	▪ si patient reçoit 0 à 18 mg de morphine q 24h ou équivalent*	▪ 5 mg (0.5 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN
	▪ si patient reçoit > 18 mg de morphine q 24hou équivalent*	▪ 7.5 mg (0.75 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN
3^{ème} seringue ■ Scopolamine (0.4 mg/ml) (Glycopyrrolate ^{MD})	▪ si patient reçoit Scopolamine PRN	▪ 0.4 mg (1 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN
	▪ si patient reçoit Scopolamine régulier ou est porteur d'un timbre de Scopolamine	▪ 0.8 mg (2 ml) SC q 20 min ou IV q 10 min x 3 PRN

* Consulter le pharmacien au besoin pour équivalence (si patient reçoit Dilaudid ou Fentanyl)



- **SI LE PATIENT EST NON SOULAGÉ APRÈS TROIS DOSES CONSÉCUTIVES DE LA COMBINAISON DES TROIS MÉDICAMENTS (x 3 PRN), AVISER LE MÉDECIN POUR AUGMENTATION DES DOSES.**
- Ce protocole de détresse peut être répété au besoin trois fois dans un 24 heures. Ce qui signifie que le patient pourrait recevoir au besoin 9 fois la combinaison des trois médicaments par 24 heures (voir exemple).

Par exemple :

- 8h30 Détresse respiratoire soulagée par 1 fois la combinaison des 3 médicaments.
- 10h00 Détresse respiratoire soulagée par 3 fois la combinaison des 3 médicaments donnés à 20 min. d'intervalle.
- 19h15 Détresse respiratoire soulagée par 2 fois la combinaison des 3 médicaments donnés à 20 min. d'intervalle.
- Donc ce patient a reçu 6 fois la combinaison des 3 médicaments dans les 24 heures.

III - SOINS ET SURVEILLANCE

- Assurer une présence continue auprès du patient et de sa famille, afin d'offrir soutien et accompagnement.
- Évaluer le confort et le soulagement du patient q 5 à 10 minutes.
- À ce stade, ne pas prendre les signes vitaux, ni la saturométrie et ne pas faire de succion nasopharyngée.



Ordonnance pré-imprimée (OPI) pour l'extubation des patients en fin de vie

- Lignes directrices et objectifs du traitement
 - Anticiper et soulager adéquatement tous les symptômes de détresse associés au retrait de la ventilation mécanique
 - Sécrétions broncho-pulmonaires abondantes (râles)
 - Stridor
 - Détresse respiratoire, dyspnée
 - Souvent délai trop court entre décision et retrait
 - Anticiper = préparer = prendre le temps nécessaire

Intensive Care Med (2008), 34: 1593-1599



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPLIÉ À
Université
de Montréal

OPI pour l'extubation des patients en fin de vie

- Lignes directrices et objectifs du traitement
 - Assécher et déshydrater
 - Scopolamine, Lasix, ↓ ingesta
 - Optimiser sédation et analgésie
 - Morphine, Versed ou Propofol
 - Prévenir stridor
 - Solumedrol
 - Favoriser autant que possible un processus de mort “naturelle” avec le moins de détresse possible

Intensive Care Med (2008), 34: 1593-1599



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPLIÉ À
Université
de Montréal



**2.32 - ORDONNANCE PRÉ-IMPRIMÉE
EXTUBATION DES PATIENTS
EN FIN DE VIE**

DATE

J	M	A
---	---	---

Avant d'appliquer cette ordonnance :

- Vérifier la pertinence de considérer le don d'organes ou de tissus
- Il est recommandé de faire une consultation en soins palliatifs

I - PHASE PRÉPARATOIRE POUR L'EXTUBATION

Objectif : Prévoir le moment de l'extubation dans le but de prévenir la détresse respiratoire par l'application des interventions proposées.

- Délai souhaitable pour la phase préparatoire : 6 h
- Heure prévue pour l'extubation : _____
- La sédation et l'analgésie doivent être maintenues jusqu'au décès du patient



1. INTERVENTIONS ET SOINS INFIRMIERS

Objectif : Viser le soulagement des symptômes, le confort du patient et offrir du soutien à la famille

- Aviser inhalothérapeute
- Aviser l'intervenant en soins spirituels
- Réduire le soluté de base à TVO (20 mL/h)
- Cesser l'alimentation entérale ou parentérale
- Cesser la ligne artérielle
- Cesser les signes vitaux
- Cesser la saturométrie et la capnométrie
- Cesser le moniteur cardiaque
- Avant l'extubation, préparer la médication nécessaire à l'administration du protocole de détresse, soit 3 fois la combinaison des 3 médicaments (voir protocole no. 3.27)
- Offrir aux membres de la famille qui le désirent l'opportunité d'être présents au chevet du patient au moment de l'extubation - Offrir soutien et accompagnement PRN

Note : Dans un contexte de fin de vie, l'hypoxie, l'hypotension artérielle ou la désaturation en O₂ ne sont pas des critères pour modifier le plan d'interventions



I - PHASE PRÉPARATOIRE POUR L'EXTUBATION (SUITE)

1. SÉDATION, ANALGÉSIE ET SOULAGEMENT DES SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

A- SÉDATION

- Maintenir le protocole de sédation déjà en cours

OU

- Débuter Midazolam (Versed^{MD}) 10 mg (0.1 mg/mL) dans 100 mL NaCl 0.9% à 6 mL/h (équivalent à 0.04 mg/Kg/h pour 70 Kg)
 - Augmenter de 3 mL q 10 min PRN ad sédation désirée (confort du patient)

OU

- Débuter Propofol 10 mg/mL à 10 mL/h (équivalent à 1.4 mg/Kg/h pour 70 Kg)
 - Augmenter de 5 mL q 10 min PRN ad sédation désirée (confort du patient)

B- ANALGÉSIE ET SOULAGEMENT SYMPTÔMES RESPIRATOIRES

- Maintenir le protocole d'analgésie déjà en cours

OU

- Débuter Morphine 20 mg (0.2 mg/mL) dans 100 mL de NaCl 0.9% à 10 mL/h (équivalent à 0.03 mg/Kg/h pour 70 Kg)
 - Augmenter de 5 mL q 5 min PRN ad confort du patient

Note : L'utilisation du fentanyl n'est pas recommandée puisque cela pourrait induire de la rigidité musculaire et précipiter ou aggraver la détresse respiratoire.



2. AUTRE MÉDICATION

- Maintenir les Amines à débit fixe ad extubation

Idéalement 6 heures avant extubation ou au moins 2 heures avant

- Furosémide (Lasix^{MD}) 80 mg IV
- Méthylprednisone 100 mg IV
- Scopolamine 0.4 mg SC ou IV

Puis 1 heure après la dose de lasix

- Si diurèse inférieure à 50 mL, donner furosémide 250 mg IV sur 1 h

30 minutes avant extubation

- Répéter Méthylprednisone 100 mg IV
- Répéter Scopolamine 0.4 mg SC ou IV



II - EXTUBATION

- Cesser la sonde gastrique (levine)
- Cesser la ventilation mécanique et retirer le tube endotrachéal
- Cesser l'oxygénothérapie et l'humidification
- Cesser tous les médicaments IV, sauf sédation et analgésie au moment de l'extubation
- Pas de succion nasopharyngée
- Administrer le protocole de détresse PRN (voir protocole no.3.27)



Analyse sur l'utilisation de l'OPI pour l'extubation terminale

- Revue de 15 dossiers
 - Âge moyen: 73 ans
 - Parmi les patients qui ont reçu une 2^e dose de Lasix, deux n'ont pas reçu la dose recommandée de 250 mg IV
 - Un de ces patient a reçu 5 fois le protocole de détresse post extubation
 - Temps écoulé entre le début de l'administration des médicaments de la phase préparatoire et l'extubation
 - Sédation et analgésie (perfusions) ⇒ entre 1,3 et 26,75 h (moyenne de 9 h)
 - Lasix, solumedrol, scopo (bolus) ⇒ entre 1 h et 6h30 (moyenne de 3h45)
 - **Lorsque délai < 2 hrs ⇒ nécessite plus de protocoles de détresse post extubation**
 - Temps écoulé entre l'extubation et le décès du patient
 - ⇒ entre 10 min et 10,3 h (moyenne de 2,6 h)



Inadéquation des ressources

- Critères d'accessibilité pour services ou ressources de soins palliatifs en externe
 - Pronostic < 3 mois
 - Difficile de se prononcer, re: labilité de la trajectoire; outils pronostiques peu adaptés à la cardio et peu aidants
 - ∅ traitement curatif (???)
 - Les médicaments pour traiter l'IC sont souvent perçus comme curatifs alors qu'ils permettent essentiellement de contrôler les symptômes et d'optimiser le confort
 - L'arrêt de ces médicaments = exacerbation et escalade des symptômes tels que dyspnée, détresse respiratoire, palpitations, œdème, etc.



Inadéquation des ressources

- Besoins de la clientèle et soins à domicile
 - Le traitement de confort:
 - Les médicaments: lasix IV (systématique), milrinone IV (parfois)
 - Intensité des soins
 - Disponibilité médicale
 - Protocoles de soins
 - Dichotomie dans les termes:
 - Parfois soins palliatifs ≠ soins de confort...???
 - Peu ou pas de ressources externes pour soutien à domicile avec patient porteur d'un DAV



Passage “brutal” d’un niveau de soins intensifs à un niveau de soins palliatifs

- Soins tertiaires et quaternaires = disponibilité de ressources ultra-spécialisés et d’interventions très avancées
- L’escalade des soins et des interventions ad saturation
- Manque de connaissances, compétences, volontés, parfois de courage....pour la discussion sur le niveau de soins
 - Inconfort et manque de leadership médical; peur des poursuites



Passage “brutal” d’un niveau de soins intensifs à un niveau de soins palliatifs

- Manque de communication et de concertation en regard du plan de traitements
- Changement du médecin de garde = changement de plan
 - Source de conflits et de souffrance pour familles et équipe de soins
- Délai très court entre demande de consultation en soins palliatifs et décès du patient: entre 0 et 16 jours dans la dernière année



Les soins palliatifs (SP)

- SP → plus tôt au cours de la maladie
- SP → parallèlement aux traitements actifs

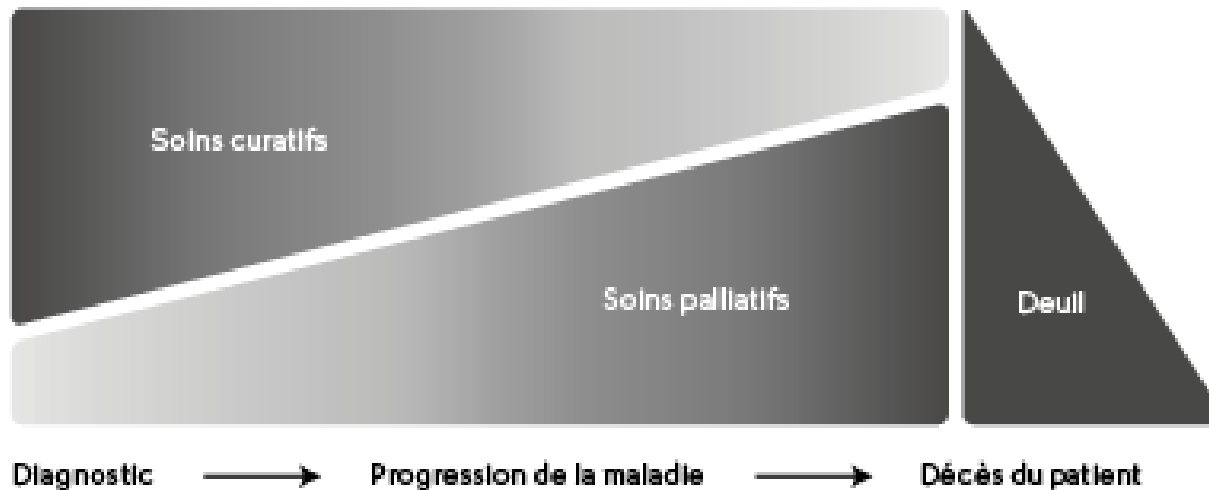


Figure adaptée de : Association Canadienne de soins palliatifs. Modèle de guide des soins palliatifs fondé sur les principes et les normes de pratique nationaux, mars 2002, p. 32.

Les soins palliatifs en cardiologie

- Quand aborder la notion de soins palliatifs?
 - Insuffisants cardiaques stades III et IV (NYHA)
 - Pronostic < 1 an selon l'équipe de soins
 - Hospitalisations répétées pour décompensation
 - Symptômes réfractaires au traitement optimal
 - Volontés du patient....

Canadian Journal of Cardiology (2010), 26 (3), p. 135-141
NHS Modernisation Agency - Coronary Heart Disease Collaborative (2004).
Palliative and Supportive Care in Heart Failure, 36 p.



INSTITUT DE
CARDIOLOGIE
DE MONTRÉAL

APPLIÉ À
Université
de Montréal

Conclusion

- Les soins palliatifs pour la clientèle cardiaque en fin de vie sont absolument nécessaires
- Faire des soins palliatifs dans un domaine ultra spécialisé c'est difficile, parfois même décourageant, car l'approche nécessite tout un changement de culture....
 - Un changement de culture c'est long... cela peut prendre des années, mais nous, les membres de l'équipe de soins palliatifs à l'ICM, on lâche pas car on sait que ce qu'on fait, on le fait pour le bien-être des patients et de leur famille!



Merci de votre attention!

anie.brisebois@icm-mhi.org

sonia.heppell@icm-mhi.org

sheppell.csssl@ssss.gouv.qc.ca

marie-france.ouimette@icm-mhi.org

