



Coordination du réseau de soins GE : Les outils pour e-changer

7<sup>e</sup> colloque annuel du réseau de soins GE

**Atelier 2 : Pas de coordination sans échange ! Se coordonner, ça veut dire quoi ?**

## Prise en charge en équipe interprofessionnelle :

Illustration avec  
Mme P. + son mari + médecin ttt + inf. imad

Jean-François Balavoine

Médecin traitant

&

Isabelle Jacquot-Pan

Responsable d'équipe imad



# Objectifs de la présentation

---

- Le travail en équipe interprofessionnelle:
  - Pour qui ?
  - Pourquoi ?
  - Comment ?
- Notre expérience et nos questionnements basés sur 4 ans de suivi en équipe interprofessionnelle

# Mme P (80 ans) : Aspects somatiques

---

- AVC hémorragique capsulo-lenticulaire et capsulo-thalamique en 2014 avec inondation ventriculaire
  - Séquelles:
    - Héli-syndrome sensitivo-moteur fascio-brachio-crural g.
    - Héli-négligence gauche sévère
    - Dysarthrie importante
    - Hélianopsie latérale gauche
  - Récidive en 2015 avec aggravation de l'héli-syndrome
  - Troubles importants de la parole et de la compréhension
  - Encéphalopathie épileptogène post AVC

# Mme P : Aspects psychologiques

---

- Anxiété marquée, surtout lors des transferts
- Hétéro-agressivité vis-à-vis des soignant-e-s , parfois à la limite du tolérable
- Déficit cognitif fluctuant et marqué avec idées par moment paranoïaques
- Éléments de type psychotique
- Troubles somatoformes

# Mme P : Aspects sociaux

---

- Deux filles décédées
- Pas de problème financier
- Appartement spacieux
- Mariée => mari s'implique beaucoup, mais:
  - Insatisfait dans les objectifs de la prise en charge à domicile
  - Idées précises sur la façon dont les choses doivent être faites
  - Dissociation marquée dans les objectifs de la prise en charge

# Mme P : Synthèse

---

- De manière évidente le diagnostic de **patiente complexe** associant une atteinte somatique, psychique et cognitive est posé.
- Mais en plus de la condition personnelle de la personne, la **situation est complexe**, parce, selon les acteurs, les objectifs divergent.
- La réponse la meilleure réside dans la mise en place d'une **équipe interprofessionnelle** capable de discuter et de définir les buts thérapeutiques.

# Mme P : Questionnements

---

- Comment définir et partager un projet thérapeutique commun avec une multitude d'intervenants ? Et avec le proche aidant?
- Comment garder le lien créé avec le médecin lors du changement de référent ? Comment et quoi communiquer?
- Comment créer un climat de confiance et de partenariat lorsque les soins sont subis et non souhaités aussi bien par le client que par le proche aidant?

# Mme P : Questionnement (a)

---

- Comment définir et partager un projet thérapeutique commun avec une multitude d'intervenant ? Et avec le proche aidant?
- Voilà comment nous avons fait:
  - *Réunions de coordination itératives*
    - *Où chacun apporte sa vision de la situation*
    - *Où les objectifs de prise en charge s'élaborent ensemble*
    - *Où les divergences sont dites et discutées....*
  - *Soutien apporté par les ISC*
  - *Coordination régulière*
  - *Rester centré sur le patient et le proche aidant*

# Mme P : Questionnement (b)

---

- Lors du changement de référent.e, comment maintenir le lien créé avec le médecin ?
  - *Si possible passage de relais avec le nouveau référent*
  - *Si remplacement tardif, passage de relais avec le co-référent*
  - *Si difficultés prise en charge de la situation et surtout de la communication par le SRE ou RE*

# Mme P : Questionnements (c)

---

- Les séances de coordination ont pour but aussi de se mettre en accord sur:
  - *Les attendus de la part du médecin et du référent*
  - *Les canaux de communication*

# Mme P : Questionnements (d)

---

- La priorité de la patiente et du proche-aidant est de rester à domicile. Pour respecter cette priorité, cela implique des soins subis et non-souhaités par le client et le proche aidant.
- Comment maintenir un climat de confiance et de partenariat dans ces conditions ?
  - *Etre clairs sur les objectifs de la prise en charge*
  - *Réadapter de manière régulière les objectifs*
  - *Créer le lien de confiance pour avancer ensemble*
  - *Et surtout communiquer et réévaluer en équipe*

# Mme P : Analyse après plusieurs années de travail en équipe interprofessionnelle

---

- Grâce à ce partenariat et malgré les difficultés rencontrées, la cliente/patiente est maintenue au domicile selon ses souhaits et ceux de son proche aidant.