

1. Carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelle

1.1. Mode d'emploi

A. Définition du concept de carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelle :

Le carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelle est un outil de communication standardisé permettant :

- de communiquer des informations utiles et nécessaires à propos d'un patient,
- de partager des observations et des réflexions en vue de faciliter sa prise en charge à domicile,
- de garantir la continuité des soins et de l'aide.

B. Principes de base du carnet de collaboration et de coordination interprofessionnelle:

1. A qui ?

Le carnet appartient au patient. Une fois en sa possession, il en est le propriétaire. Il en est le lecteur principal, et a, donc, libre accès aux renseignements s'y trouvant.

Il est essentiel de prêter attention aux informations indiquées, et la façon dont elles sont écrites. Il est préférable de notifier les informations de façon courte, concise et précise, avec une formulation claire. Ceci évitera les malentendus.

Si le patient est suivi à domicile, le carnet doit rester à domicile afin d'y être complété. Si par contre le patient se déplace lui-même chez les différents prestataires de soins, il est primordial qu'il le garde avec lui afin d'assurer un suivi continu et efficace.

2. Pour qui ?

Ce carnet est à la disposition du patient et de ses proches.

Tout le monde peut avoir accès à ce carnet, il est donc essentiel de respecter les remarques du point précédent, concernant la manière de le compléter.

Le patient, ainsi que ses proches, peuvent y notifier des renseignements, constatations et remarques. Ce point de vue est très important, car il n'est pas toujours aisé pour les différents professionnels de santé de rencontrer la famille. Cet échange peut donc être très utile.

3. Un supplément, pas un remplacement !

La communication verbale n'est pas remplacée par le carnet, elle reste primordiale. Elle est importante pour des renseignements précis et détaillés, ainsi que pour discuter et réfléchir, entre différents intervenants, de situations complexes, de problèmes ou difficultés rencontrées.

4. Avant tout : le bien-être du patient

Le carnet a pour but premier d'écrire des renseignements utiles au bien-être du patient. Ceux-ci doivent avoir comme sujet le patient, les aspects de sa santé et son bien-être, ainsi que les caractéristiques physiques, psychologiques et des informations concernant son environnement.

Ces renseignements doivent être notifiés clairement et de façon concise afin que ce soit directement clair pour le lecteur. Le passage de l'information doit être efficient afin d'assurer une bonne prise en charge du patient.

5. Ce qu'il n'est pas...

Une base pour gérer et régler les difficultés d'organisation et d'appréciation

Le carnet ne doit pas contenir des remarques, reproches au sujet d'un autre intervenant. Ceci ne regarde pas le patient et ses proches.

Le but n'est pas de juger l'utilité et la pertinence des propos.

Une base de communication entre collègues

Ce n'est pas l'emplacement adéquat pour des messages concernant d'autres patients.

Une base pour les messages personnels

Il existe assez de moyens pour ne pas utiliser le carnet dans le but de faire passer des messages personnels ou d'ordre privé.

Obligatoire mais est une aide à la concertation autour du patient

6. Une discrétion professionnelle, déontologique,...

Dans un contexte où un patient et ses proches sont inclus, certaines conditions doivent être respectées :

- Le secret professionnel
- Les limites déontologiques
- La confidentialité

Le carnet étant tout le temps avec ou chez le patient et accessible à tout le monde, tous les renseignements ne peuvent pas s'y trouver. Par exemple des informations trop personnelles concernant le patient : certains diagnostics, son statut,... . Ces données sensibles sont à discuter verbalement ou de personne à personne par écrit.

C. A propos du carnet

1. Pour quel patient ?

Les patients qui suscitent une collaboration interdisciplinaire (minimum deux prestataires de soins différents).

2. Sa prise en charge ?

Le carnet reste idéalement au domicile du patient : dans ce cas il peut être débuté par tout intervenant dans la prise en charge du patient. Il doit être déposé dans un endroit connu de tous, visible, et accessible.

Si le patient le garde avec lui, ce sera lui qui le présentera.

Chaque intervenant veillera à s'en servir de manière respectueuse et efficace.

D. Pratiquement

1. Première partie :

- Identité du patient et des professionnels engagés dans la prise en charge du patient.
Idéalement, les coordonnées sont indiquées directement pour éviter une perte d'efficience ou de temps par la suite.
- « Remarques importantes » : rubrique destinée à des informations plus pertinentes comme des allergies, des problèmes antérieurs, des hospitalisations, des pathologies en cours,...

2. Deuxième partie : Thérapie et plan d'action

Permet aux différents intervenants de voir les traitements en cours, à quelle fréquence le patient voit les intervenants, si il y a prise d'un rendez-vous, ...

3. Troisième partie :

La communication interprofessionnelle :

Une suite de feuilles constituées de colonnes pré-imprimées permet aux intervenants de notifier des informations à d'autres intervenants de disciplines différentes.

- La date : permet de savoir quand l'information a été donnée, écrite
- Le nom et la profession : de la personne qui écrit le message + signature
- Le message : clair, concis et précis
- Adressé à : identification de la personne à qui est destinée l'information. Il est important de l'indiquer, cela permet d'améliorer la rapidité du suivi et son efficacité
- Le paraphe ou signature : savoir si le destinataire a bien pris connaissance du renseignement donné.

Date	Nom/ Professionnel	Message	Adressé à...	A pris connaissance
15/10	Médecin	Dernière prise de sang révèle une infection, ainsi que aggravation de l'insuffisance rénale. ⇒ Surveiller la température et noter la quantité de liquide que le patient boit /jour. SVP. Merci	Infirmière	X
17/10	Infirmière	Relevé des températures se trouve en annexe dans le cahier. Sa fille notera les quantités bues sur une journée sur le même papier.	Sa fille Médecin	X

Tableau 1 : exemple de carnet de collaboration

4. Quatrième partie : Cas d'urgences, d'hospitalisations

Fiche complétée et emportée par le patient en cas de situations inhabituelles. Ce document permet l'identification des prestataires de soins à contacter absolument pour une continuité des soins, pendant la situation particulière mais aussi par la suite (après une hospitalisation pour le retour à domicile par exemple).

Annexe : exemple relevé de température, ou autres infos demandées et fournies.