



Comité interuniversitaire et interprofessionnel de développement professoral continu (CII-DPC)

## **Titre du document :**

Apprendre entre partenaires: mise en situation clinique-domicile

## **Auteur :**

Katline Primard

Ce document est disponible sous licence Creative Common BY-NC-ND  
Paternité, sans utilisation commerciale et sans modification



## APPRENDRE ENTRE PARTENAIRES

### MISE EN SITUATION CLINIQUE-DOMICILE (UMF et équipe de soutien à domicile du CSSS)

**Madame B, âgée de 77 ans, unilingue arménienne, est suivie par l'équipe de soutien à domicile du CSSS (depuis juillet 2013, suite à un AVC).** Auparavant, elle n'avait bénéficié d'aucun suivi médical. Elle vit avec son conjoint atteint de démence avancée avec des troubles comportementaux. Le couple a trois enfants dont une fille qui est l'aidante principale de sa mère et l'un des fils qui s'occupe principalement de son père. Ce fils passe la majorité de son temps chez ses parents, songeant à quitter son appartement pour venir habiter avec eux.

**Madame B. souffre de plusieurs maladies :** HTA, dyslipidémie, diabète de type II avec neuropathie et néphropathie, fibrillation auriculaire anti-coagulée, insuffisance artérielle des deux membres inférieurs, démence vasculaire (MMSE à 20/30 en 2013), AVC G avec hémiparésie droite qui a bien récupéré avec une réadaptation à été 2013, cataractes en attente de chirurgie, anémie microcytaire.

**Jérémie, un résident en médecine familiale de votre UMF, a débuté un suivi médical depuis octobre 2013,** suite à une hospitalisation de madame B. où elle a été traitée pour : une fracture tibiale D secondaire à une chute; un pontage fémoro-tibial D tenté sans succès suite au diagnostic de nécrose sèche du MID posé durant l'hospitalisation. La famille et madame B. ont refusé l'amputation du MID et la relocalisation proposée en milieu d'hébergement.

Entre **octobre 2013 et août 2014**, la nécrose sèche du MID n'a cessé de progresser avec de nombreux épisodes de cellulites réfractaires au traitement antibiotique PO prescrit par Jérémie. Il la **visite aux deux mois et, au besoin**, selon les demandes des intervenants de l'équipe de SAD, avec qui les communications se font principalement par télécopieur.

Finalement en **août 2014, la patiente et la famille acceptent l'amputation du MID** au dessus du genou. Par contre, l'amputation du MIG est refusée malgré une nécrose sèche qui progresse. Madame B. est à ce moment en perte d'autonomie importante et progressive (profil ISO-SMAF 13 i.e. dépendante pour toutes les AVQ et AVD).

#### Problèmes actifs

- Perte d'autonomie aigue secondaire à l'amputation MID; risque de chute et déconditionnement.
- Plaie nécrotique sèche au MIG en progression et à risque de s'infecter
- Fibrillation auriculaire anti-coagulée avec suivi de l'INR via le pharmacien et le CLSC
- Diabète avec suivi des complications (neuropathie et néphropathie, en particulier)
- Démence vasculaire en progression
- Situation sociale complexe: barrière linguistique; relocalisation suggérée en CHSLD par l'équipe multidisciplinaire mais refusée par la patiente et sa famille; le fils qui met difficilement ses limites aux demandes de ses parents car il se sent coupable; la fille qui est agressive verbalement envers le personnel du CLSC et qui ne respecte pas le plan d'intervention de sa mère.

- Niveau de soins : à discuter

**Médicaments** : Warfarine (Coumadin) selon INR – Vitamine D – Calcium – Périndopril (Coversyl) – Metformine (Glucophage) – Atorvastatine (Lipitor) – Amlodipine (Norvasc) – Métoprolol (Lopressor) – Acétaminohène (Tylénol) – Docusate sodique (Colace). *Insuline sur échelle.*

### **Services reçus**

Madame B reçoit 6 heures de service par l'équipe du CLSC du lundi au vendredi pour gardiennage, aide au repas, hygiène par les auxiliaires familiales. Les professionnels du CLSC impliqués sont : le gestionnaire de cas travailleur social (coordination des services et soutien à la famille), l'infirmière (3 fois/semaine, pansements, suivis HTA, diabète, médication), l'ergothérapeute (transferts aidé/aidant, chute, AVQ, plaies). Le suivi médical est assuré par Jérémie, résident de l'UMF, et par un neurologue. Un pharmacien assure le suivi de l'INR avec l'infirmière du CLSC.

**L'infirmière du CLSC, très inquiète, contacte Jérémie** par télécopieur quelques semaines après le retour à domicile de madame B. Elle lui demande de réévaluer le plus rapidement possible la patiente. Lors de sa visite à domicile, Jérémie constate que madame B. arrive à peine à se mobiliser chez elle. Les transferts sont difficiles malgré l'aide d'une personne. Elle peut difficilement utiliser sa chaise roulante ou prendre son bain. La famille est découragée car l'environnement physique n'est pas adapté aux besoins de leur mère. Ils regrettent la chirurgie. De plus, la gangrène sèche au niveau du MIG continue de progresser et des signes de cellulite apparaissent.

### **Supervision de Jérémie**

Lors de son retour à l'UMF, Jérémie vous rejoint à votre bureau pour sa supervision. Découragé, il ne sait plus comment intervenir dans la situation. **Que faites-vous?**