



Maryvonne KLING,
Directrice des soins,
AUB Santé - SAINT-GRÉGOIRE



Marc LEGENDRE,
Directeur soins infirmiers,
AIDER Santé- GRABELS

ÉTUDE MULTICENTRIQUE D'ÉVALUATION DE LA CHARGE EN SOINS EN HÉMODIALYSE

Cette enquête multicentrique est le résultat d'une étroite coopération entre plusieurs établissements de santé privés d'intérêt collectif. Elle fait suite à un travail préliminaire sur la mesure du score d'autonomie de la personne prise en charge en hémodialyse, mené conjointement dans nos établissements respectifs.

Les premiers travaux, évoqués intra, concluaient à la nécessité de disposer d'outils supplémentaires à la seule mesure du score d'autonomie de la personne.

Objectifs de cette étude multicentrique

- Mesurer le temps de soins directs durant une séance de dialyse, par modalité de traitement.
- Disposer de données sur les types de soins directs réalisés auprès de patients à partir d'une cohorte importante.
- Identifier un patient nécessitant une charge en soins importante de manière factuelle.
- Disposer d'un outil d'aide à l'orientation des patients vers la modalité la plus adaptée en complément du score d'autonomie du patient.
- Disposer d'un outil de pilotage pour déterminer les effectifs au regard du profil des patients.
- Déterminer les ressources en fonction de la charge en soins et pas uniquement selon les normes réglementaires définies par modalité.
- Disposer d'un outil d'évaluation de l'autonomie et de la charge en soins intégré au dossier informatisé du patient.
- Argumenter auprès des tutelles.

Méthodologie de l'enquête

Évaluation du score d'autonomie de la personne

La grille de recueil intégrée au dossier informatisé comprend 24 items :

- 12 sur une évaluation multidimensionnelle
- 12 autres items sur une évaluation spécifique à l'hémodialyse.

Chaque item mesure la capacité de la personne à réaliser une action ou une activité.

Calquée sur le modèle de la grille nationale AGGIR[®], la cotation s'échelonne entre :

- 1 (la personne ne fait pas),
- 2 (la personne fait partiellement ou avec aide),
- 3 (la personne fait seule).

Le score total mesuré varie de 24 à 72.

Les mesures réalisées auprès des usagers hémodialysés ont permis d'établir 3 profils :

- Profil autonome = score de 61 à 72
- Profil partiellement autonome = score de 48 à 60
- Profil non autonome = score de 24 à 47

Relevé de la charge en soins

Le groupe de travail a élaboré une grille comportant 34 critères correspondant aux soins directs, réalisés auprès d'un patient, durant la séance d'hémodialyse.

Lors de l'étude, les infirmières de chaque établissement, ont renseigné, pour chaque patient dont elle prenait soin, chaque acte réalisé lors de la séance, quelle que soit la modalité de traitement d'hémodialyse.

Calcul de la charge en soins directs

La grille de recueil, testée à plusieurs reprises dans différents établissements, a permis d'établir une durée, en minutes, pour chaque acte répertorié. Un forfait spécifique (forfait FAV ou forfait KT) est appliqué selon l'abord vasculaire utilisé, proratisé au score d'autonomie de la personne.

A ce forfait s'ajoutent les actes prescrits, les actions éducatives, les dépistages, les surveillances spécifiques et la gestion des incidents.

Le calcul automatisé (en minutes) permet de déterminer le temps de soins par patient, par modalité.

A noter que les soins indirects (toute action non délivrée directement à la personne comme les activités administratives, les vigilances, les contrôles...) ne sont pas comptabilisés.

Synthèse des calculs de la charge en soins

L'ensemble des résultats ont été colligés afin de déterminer une charge en soins directs moyenne par cycle de dialyse, par modalité et par établissement.

Présentation de l'enquête

Cinq établissements de santé ont participé à l'enquête :

- AIDER SANTE
- ASA
- AUB SANTE
- AURAL
- AURA SANTE

Cette enquête a été réalisée entre le 1^{er} et le 15 mai 2018, durant deux jours consécutifs.

La cohorte étudiée comporte 2993 patients hémodyalisés de 68,05 ans d'âge moyen et comprenant 35% de femmes et 65% d'hommes.

Répartition par modalité :

- Centre = 737 personnes (25%)
- Unité de Dialyse Médicalisée = 1677 personnes (56%)
- Unité d'Auto Dialyse = 579 personnes (19%)

Résultats

L'âge moyen augmente avec la modalité (60 ans en UAD, 69 ans en UDM et 72 ans en Centre).

A modalité identique, l'âge moyen diminue pour les dialyses en soirée et la nuit : UDM soir et nuit (- 14 ans) et UAD soir et nuit (-9 ans).

Même si les échantillons sont de faible importance, nous relevons une volonté de certains établissements de proposer une offre de soins élargie et de faciliter le maintien d'une activité professionnelle.

La charge moyenne en soins des 5 établissements aug-

mente en fonction de la modalité. Elle est de 53mn en UAD. Elle augmente à 82 mn en UDM (+ 55%) et à 92 mn en Centre (+74% par rapport à l'UAD et + 12% par rapport à l'UDM).

La charge en soins moyenne est plus élevée pour les patients dialysés de jour en comparaison de la soirée.

Discussion

Nous constatons une dichotomie entre la modalité de prise en charge et l'autonomie des patients particulièrement en Centre. Parmi la patientèle accueillie en Centre, 30% des patients ont une faible autonomie alors que 69% de patients avec la plus grande autonomie sont dialysés en UAD. En UDM, 74% des patients dialysés ont une autonomie moyenne.

Cette enquête a été présentée lors de la conférence des présidents et directeurs d'établissements de santé privés d'intérêt collectif spécialisés dans le traitement de la maladie rénale chronique. La discussion a porté sur l'inadéquation des profils d'autonomie des patients en centre de dialyse et sur la nécessité d'intégrer un score médical pour compléter cette étude. L'étude a porté sur deux jours : un relevé en soins sur une semaine consoliderait le temps moyen par patient.

Conclusion

Les résultats montrent l'intérêt de disposer de la typologie médicale des patients en complément du score d'autonomie. Il conviendra aux équipes de définir le score médical le plus pertinent.

L'agrégation de ces trois mesures (les facteurs de comorbidité, le score d'autonomie et la charge en soins directs) devrait permettre de disposer d'un outil d'orientation d'un patient vers la modalité adaptée, de disposer d'un outil de pilotage pour justifier de ressources en adéquation avec la patientèle accueillie, d'argumenter auprès des équipes, de manière rationnelle et factuelle, une organisation de soins en conformité avec la charge en soins.