



Coordination de la prise en charge globale du patient

Annie CESTIER, service Docteur J. POLLINI, Madame G. GARCZARZYK, surveillante - Hôpital Henri DUFFAUT - AVIGNON

PROJET D'ETUDE

"La coordination de la prise en charge globale du patient"

Comment partager l'information, les connaissances, comment déléguer.

* Objectif :

Meilleure prise en charge pour une meilleure qualité de vie.

Seul un patient informé du traitement peut poser les questions sur ce traitement et accepter ce dernier.

Partager l'information avec qui ?

- A l'hôpital :

- avec le patient,
- équipe médicale,
- équipe paramédicale (surveillante, IDE, élèves, aides-soignantes, ASH, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistante sociale et secrétaire).

- A la sortie :

- médecin traitant,
- IDE libérales,
- maisons de retraite,
- associations.

* Moyens :

Nous utilisons un recueil de données accessible à tous.

I LORS DE L'HOSPITALISATION

a) Le patient

• information avant de débiter la dialyse, entretien, présentation du matériel, don d'une brochure, rencontres avec d'autres patients, visualisation d'un diaporama réalisé par un de nos patients.

- recueil de données, projet de soins : autonomie.
- éducation à partir d'un programme défini, préétabli,
- utilisation d'une grille d'évaluation qui permet de voir ce que le patient a assimilé par rapport à ce qui a été abordé et ce qui reste à revoir; c'est un outil de coordination entre l'IDE référente et le patient.

• élaboration du cahier de suivi, qui est géré par le patient qui l'apporte à chaque consultation mensuelle,

• contenu de ce cahier : date, dialysat utilisé, volume et concentration, poids et aspect du dialysat drainé, poids du patient, TA, état du pansement et problèmes éventuels, traitement personnel et poids sec, N° de téléphone si le patient veut joindre le Centre 24h/24, 7jours/7.

Chaque mois on notera les modifications à apporter si utile.

• ce cahier sert de lien entre le médecin traitant, les IDE libérales ou les maisons de retraite et l'Hôpital.

b) L'équipe

- Le médecin du Service

Après la première information donnée par le médecin, l'IDE référente rencontre le patient et sa famille et établit le recueil de données permettant d'apprécier le mode de vie du patient, son cadre familial, ses habitudes (alimentaires + hygiène), son degré d'autonomie, son désir d'autonomie et ses aptitudes physiques et intellectuelles pour y arriver. Des précisions sont aussi recueillies sur l'environnement médical et paramédical, sur les possibilités de soutien à domicile (temporaire ou permanent).

Les médecins gèrent le dossier médical :

- *dossier clinique* : antécédents du patient, évolution de la maladie, surveillance biologique, radiologique et examens complémentaires. Lors de chaque consultation ce dossier est remis à jour.

- *dossier infirmier* : prescription + fiche de liaison et fiche thérapeutique.

Enfin, un "staff" doit être organisé, auquel assistent tous les néphrologues, la surveillante et les IDE.

- Les IDE

Dossier de soins avec fiches de couleurs différentes : fiche accueil et identification, recueil des données, démarche de soins, kiné, prescriptions, examens biologiques et complémentaires, transmissions, fiches de synthèse et de liaison. Ce dossier est dans un classeur individualisé que chaque membre de l'équipe peut consulter à chaque instant. De plus des transmissions orales et écrites ont lieu à chaque changement d'équipe.

Un classeur conservé au niveau du Service et de l'unité d'éducation regroupe toutes les techniques de soins pour la DP et permet à tous les membres de l'équipe de respecter le protocole des manipulations et les règles d'asepsie établies.

- Le kinésithérapeute

Des consignes précises sont également données. Il voit les patients et leur montre des exercices destinés à renforcer la

sangle abdominale. Il leur fournit une explication écrite, ceci permet en outre au patient de garder une image corporelle positive.

- La diététicienne

Elle doit rencontrer le patient, lui expliquer les consignes diététiques et donner un "régime type" avec les différentes équivalences alimentaires. Dans le Service on établit une fiche d'alimentation qui permet de suivre régulièrement l'évolution du régime et de son suivi. C'est une fiche personnalisée qui permet de contrôler le respect du régime.

- L'assistante sociale

Dès le recueil des données, on peut signaler les problèmes du patient et c'est l'assistante sociale qui va les prendre en charge, mais en veillant à en tenir informé l'équipe de soins.

II LORS DE LA SORTIE

a) Préparer la sortie

En vue de la sortie, si le patient ne peut prendre en charge tout seul le traitement, il faudra faire appel soit à des IDE libérales, soit à d'autres structures d'accueil si le patient n'a pas d'autre possibilité que d'être placé dans une institution, mais lorsqu'un tel soutien s'impose c'est au centre de référence, c'est-à-dire au secteur d'éducation et d'entraînement d'assurer la formation des autres intervenants.

Pour les IDE libérales ou la structure d'accueil : éducation pratique et théorique, don du livret, formation de ces intervenants. Nous avons mis en place un cycle de formation sous forme de réunions mensuelles avec rappel anatomo-physiologique du péritoine, moyens de surveillance de la perméabilité péritonéale (les IDE reçoivent les résultats des APEX), infections et prévention, rappels diététiques. Ces cours suscitent un fort engouement de la part des IDE libérales.

b) A la sortie du patient

*** Retour à domicile, patient autonome.**

Tout sortant est accompagné à domicile par l'IDE qui a fait l'éducation. L'infirmière peut donner des conseils pour une meilleure gestion de l'espace. Si le patient est autonome, on le raccompagne pour assister au premier changement de poche : dernier contrôle de l'enseignement donné à l'hôpital.

*** Retour à domicile + aide par IDE.**

Si le patient est pris en charge par les IDE libérales lors du retour à domicile, ce sont elles qui vont assurer ce premier changement de poche et, avec elles, on évaluera la mise en place du matériel, du cahier de suivi.

*** Sortie pour retour en institution.**

Si le patient vit dans une maison de retraite, c'est le personnel qui changera la première poche.

III ETABLIR DES LIENS PRIVILEGES AVEC LE MEDECIN DE FAMILLE ET AVEC LE CADRE ASSOCIATIF ASSURANT LA GESTION DE LA DPCA

a) Avec le médecin traitant

Contact entre les néphrologues et le médecin traitant soit visuel, soit par téléphone; le médecin recevra une lettre

détaillée de l'hospitalisation et en général une rencontre avec le médecin lors de l'installation du patient à domicile. Chaque trimestre, une consultation plus approfondie a lieu et le médecin reçoit une fiche de synthèse à ce propos.

L'intérêt du cahier de liaison est alors souligné ainsi que la disponibilité 24h/24 de l'équipe médicale. Les principaux risques sont soulignés : fièvre, péritonite, surcharge hydrosodée, hyperkaliémie...

b) Avec l'Association

Une réunion hebdomadaire est organisée à laquelle assistent les néphrologues, les surveillantes et la pharmacienne de l'A.T.I.R. Les problèmes thérapeutiques sont alors signalés, ainsi que les difficultés de fonctionnement éventuelles (livraison, matériel...).

Le néphrologue remplit une fiche de liaison lors de la mise en place du cathéter en indiquant le matériel prévu. Ce moyen de transmission permet à l'association de prévoir le matériel et la livraison de ce dernier pour le retour à domicile du patient.

IV EVALUER REGULIEREMENT LES RESULTATS

Cette évaluation doit porter sur :

a) Le degré d'autonomie du patient

Valorisation dans le sens où le patient est acteur de son traitement. S'assurer qu'il ne devient pas de plus en plus passif. Penser à la charge pour l'entourage, "guetter" les signes de lassitude ou de rejet et les conflits familiaux.

b) Baisse du taux de péritonites

c) Diminution du nombre de replis en hospitalisation

d) Meilleure insertion sociale et familiale

e) Satisfaction du patient et de sa famille : qualité de vie et de traitement

f) Bonne adaptation à la technique et très faible taux de sortie par mauvaise compliance au traitement

g) Bonne adhésion des IDE extra-hospitalières avec l'équipe hospitalière

h) Confiance du patient en l'équipe

N'oublions pas aussi que de bons résultats permettent, en développant la DPCA, de réduire globalement le coût de la santé dans ce domaine.

De bons résultats sont indispensables aussi pour maintenir la motivation du personnel médical et paramédical.

V CONCLUSION

La prise en charge du patient en DPCA nous paraît être un formidable champ d'activité comprenant non seulement la maladie, mais aussi la santé et l'approche de l'homme dans sa globalité.