

Pour une meilleure qualité de soins et de vie :

Typologie du patient

M.C. BATTESTI - Infirmière - A.V.O.D.D. - 83 HYÈRES

Actuellement, la pathologie multiviscérale et tout particulièrement cardio-vasculaire du dialysé est de plus en plus fréquente et de plus en plus grave. Une des principales raisons est l'âge avancé : soit lors de leur mise en dialyse, soit parce qu'en raison de l'efficacité du traitement, ils y ont vieilli. Cette polypathologie est devenue la cause principale tant de la morbidité que de la mortalité du dialysé. Nous avons donc créé un groupe de travail pour réfléchir à ce problème afin d'améliorer le suivi général du dialysé et de son traitement.

CRÉATION DU GROUPE DE TRAVAIL

La mise en place de la démarche qualité constitue une orientation prioritaire pour notre association.

Il a été envisagé dans ce sens, la création de divers groupes de travail devant aborder des thèmes essentiels : la qualité de l'eau, l'information-communication, l'information pré-dialyse, la visite chez les patients à domicile, le suivi médical et le dossier médical.

Notre choix s'est porté sur le suivi médical. Le groupe de réflexion s'est voulu pluridisciplinaire associant : six médecins dont deux en sont les pilotes, sept infirmières dont une libérale attachée à l'association, une secrétaire et deux patients représentant respectivement la dialyse à domicile et l'autodialyse.

ORGANISATION ET MÉTHODE DE TRAVAIL

Etat des lieux

Tous les patients ont besoin d'un suivi médical. La population des dialysés forme un groupe très hétérogène au niveau :

- de l'âge,
- des pathologies plus ou moins graves, polymorphes,
- de la tolérance des séances,
- du type de dialyse,
- de leur adhésion au traitement.

Nous constatons par ailleurs, un pourcentage important de notre population de plus de 75 ans (31% en unité d'autodialyse et 73% en DPCA) ; tout ceci nous laisse à penser qu'une individualisation :

- dans le rythme des consultations,
- dans le rythme des examens systématiques (biologiques et/ou paracliniques),
- dans la prise en charge de leur dialyse et de leurs traitements annexes, est nécessaire.

Ebauche d'un suivi "idéal"

Un patient = deux médecins + un IDE, dits référents

Un patient = un suivi de séance + un suivi général, personnalisés, adaptés à sa typologie médicale.

Cette typologie doit permettre d'assurer la mise à jour régulière de l'état de santé de chaque dialysé afin d'adapter correctement le suivi général et le suivi des dialyses.

TYPOLOGIES DU PATIENT ET DE LA SÉANCE DE DIALYSE

La genèse

On ne peut avoir une idée objective de la qualité de notre travail dans la prise en charge du patient que si nous comparons nos résultats d'une année sur l'autre ou d'une équipe de néphrologie à l'autre.

Encore faut-il que les comparaisons soient établies sur des groupes de patients homogènes tenant compte de la technique de dialyse mais aussi des facteurs de comorbidité, liés à leur état d'urémie terminale ou pas.

La presse médicale nationale et internationale nous en fournit plusieurs exemples, à travers des études multicentriques randomisées. Les publications médicales nous permettent de relever un certain nombre de facteurs médicaux dont l'influence a été prouvée sur la survie des patients insuffisants rénaux dialysés.

C'est à partir de cette littérature que nous avons essayé de mettre en place une typologie médicale de nos patients en dialyse.

Sous forme de grilles

Elles sont au nombre de 2 :

1* le suivi médical du patient

(Grille n°1, page 26)

2* le suivi de la séance

(Grille n°2, page 27)

Les Objectifs

- Apprécier instantanément l'état pathologique, la gravité du patient et la démarche de soins à suivre,
- Evaluer la prise en charge nécessaire,
- Mieux appréhender le pronostic,
- Disposer d'un recueil de données objectif et synthétique en l'absence de l'équipe médecin/IDE référents.

La Présentation

1* : Etablie selon 24 critères de pathologie définissant une échelle de gravité de 1 à 3,

2* : Etablie selon 10 items communs à la grille médicale, auxquels nous avons rajouté 3 items spécifiques à la séance :

- Problèmes en cours de dialyse (interventions IDE : rôle propre et collaboration)
- Evaluation de l'abord vasculaire
- Prise de poids interdialytique.

L'Utilisation

- Etablies dès la première dialyse ou lors d'une première consultation,
- Complétées deux fois par an ou plus, si événement pathologique intercurrent, aboutissant au réajustement de l'évaluation par le médecin et le concours de l'IDE référents,
- Consignées et accessibles dans le dossier du patient avec l'énoncé des problèmes et des solutions envisagées.

Ce doit être un outil dynamique et évolutif, nécessaire à l'établissement d'un rapport médical annuel concernant tous les patients (Ce rapport devrait nous permettre la mise en évidence des résultats globaux de notre activité, dégageant les lignes directrices de nos défaillances et donc les recours qui s'imposent).

SURVEILLANCE DU PATIENT PAR L'ÉQUIPE MÉDECIN/IDE RÉFÉRENTS

Il a été établi qu'une consultation trimestrielle systématique doit être effectuée avec un bilan biologique et/ou un examen paraclinique prescrit par le médecin référent. Toutefois, aux vues des divers problèmes ou incidents relevés avant, en cours ou après une séance, les patients seront examinés par le médecin référent 1 ou 2 ou un autre en cas d'absence des référents.

A l'issue de ces consultations, un entretien médecin/IDE référents aura lieu pour rendre compte des problèmes posés et du suivi envisagé.

Un courrier médical sera adressé au médecin traitant.

L'information à l'ensemble du personnel, par l'intermédiaire de la collaboration médecin/IDE référents se schématiserait comme suit. (voir schéma n°1, page 28)

CONCLUSION

Le but de ce travail est avant tout de mettre en évidence, de façon précise et si possible précoce, les éléments organiques, psychologiques ou environnementaux pouvant influencer la qualité de vie des patients. Une meilleure approche voire une correction de ces facteurs peuvent faire espérer une amélioration du pronostic et diminuer la morbidité et la mortalité.

La mobilisation des équipes médecin/IDE référents pour la mise en place de ces grilles s'est avérée encourageante pour l'avenir.

De plus, nos objectifs de démarche qualité semblent en adéquation avec ceux du manuel d'accréditation (Juillet 1998) et tout particulièrement le chapitre se référant "au patient et à sa prise en charge" (OST réf. :5,6,10).

Malheureusement, nous avons peu de recul pour confirmer une amélioration de la qualité ; toutefois nous pouvons affirmer, aujourd'hui, que ce travail fait l'objet d'une dynamique optimiste.

REMERCIEMENTS

Nous remercions toutes les personnes ayant contribué à ce travail et à l'élaboration de ces grilles :

L'équipe médicale, l'équipe IDE, secrétaire et patients de l'AVODD, pour leur soutien et leur participation active.

GRILLE N°1

TYPOLOGIE DU PATIENT DIALYSE

Date :

NOM, Prénom :

	Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
AGE	< 65 ans	65 à 75 ans	> 75 ans
TABAC	NON	< 15 pq-année	> 15 pq-année
HTA	0	corrigée par médication	non corrigée
HYPOTENSION	0	asymptomatique ou si UF importante	chutes tensionnelles + troubles cliniques ou sur terrain CV fragile
INSUFFISANCE CARDIAQUE	pas de SF ni de SP ou anomalies mineures à l'écho. cardiaque	Dyspnée > 1 étage	Dyspnée < 1 étage et stade IV
INSUFFISANCE CORONARIENNE	0	non évolutive angor discret ou IDM ancien	angor instable IDM récent Inf. coron. évolutive
ARTERITE EXTRA-CARDIAQUE	pas de signe clinique et/ou signe paraclinique absent ou discret (doppler)	SF - SP stables et modérés anomalies doppler notables	anomalies doppler marquées (= III et IV) ou II évolutif
OBESITE	0	30 < BMI < 40 BMI = Poids/T ²	BMI > 40
TROUBLES LIPIDIQUES	0 ou corrigés	non corrigés Cholestérol < 3 g	Cholestérol ≥ 3 g
DIABETE (DID - DNID)	0 ou équilibré sans retentissement viscéral notable	équilibré avec retentissement viscéral modéré, stable	non équilibré avec retentissement viscéral important et/ou évolutif
POLYNEVRITE	0	VCN allongée	Signes clin. + VCN allongée
SCLEROSE CEREBRALE	0	séquelles stables d'AVC troubles normaux de la sénescence	syndrome démentiel séquelles graves d'AVC
SYNDR. DEPRESSIF	0	modérée	sévère
ATTEINTE DE L'APP. LOCOMOTEUR	0	autonomie conservée	autonomie diminuée
HYPERPARATHYR.	0	PTH < 400 ng/l	PTH > 400 ng/l
NEOPLASIES	0 ou guéri	traité sous surveillance	évolutif
INSUFF. RESPIRATOIRE CHRONIQUE	0	insuffisance respiratoire stable et modérée	insuffisance respiratoire sévère ou évolutive
CIRRHOSE	0	asymptomatique	sévère ou symptomatique (DPCA)
NUTRITION	0 ou débutant	baisse du poids baisse de la musculature 30 g < albumine < 35 g	évolutive sur 3 mois albumine < 30 g
DUREE DE LA MISE DE DIALYSE	durée < 10 ans	10 ans < durée < 15 ans	durée > 15 ans
ENVIRONNEMENT ET COMPLIANCE	bon	discrètes anomalies	mauvais
HEMATOLOGIE	0	anémie traitée par EPO ou autres anomalies discrètes	résistance à l'EPO ou autres anomalies sévères
DERMATOLOGIE	0	prurit contrôlé	prurit non contrôlé ou autres anomalies sévères
INFECTION CHRONIQUE	0	infections chroniques sérologiques	infections chroniques évolutives

CONCLUSIONS :

CONDUITE A TENIR PROPOSEE :

GRILLE N°2

TYPOLOGIE DE LA SEANCE D'HEMODIALYSE

NOM :
Prénom :
Date :

	NIVEAU 1	NIVEAU 2	NIVEAU 3
AGE	< 65 ans	65 à 75 ans	> 75 ans
Hypotension	0	Asymptomatique ou si UF ++	Chute tensionnelle avec troubles cliniques, sans troubles cliniques mais sur terrain vx fragile
Insuffisance cardiaque	Pas de SF ou SP	Stade II (> 2 étages)	Stade III (au - 2 étages) Stade IV
Insuffisance coronarienne	0	IC non évolutive Angor d'effort Infarctus ancien	Angor instable Infarctus récent IC pouvant être évolutive
Diabète	Equilibré et sans retentissement viscéral notable	Equilibré et sans retentissement viscéral modéré et stable	Non équilibré ou avec retentissement viscéral important et/ou évolutif
Sclérose cérébrale et AVC	0	Séquelles stables d'AVC , troubles normaux de la sénescence	Syndrome démentiel Séquelles graves d'AVC
Atteinte de l'appareil locomoteur	0	Autonomie conservée	Autonomie diminuée
Insuffisance respiratoire chronique	0	IR stable et modérée	IR sévère ou évolutive
Syndrome dépressif	0	Modéré	Sévère
Environnement et compliance (psychoaffectif et/ou financier)	Bon	Discrètes anomalies	Mauvais
Problèmes (en cours de dialyse)	Aucun	Interventions de l'IDE 5 à 6 par séance	Surveillance +++ de l'IDE
Abord vasculaire	0	FAV délicates BI - KT	
Prise de poids	< 5%	5 % à 7 %	> 7 %

Commentaires et décisions :

.....

.....

.....

.....

.....

SCHÉMA N°1

