



# Table ronde autour du projet de vie de la personne âgée en dialyse

Mme BETOUS, Cadre Infirmière - Mme GAUTERON, Cadre Infirmière - Hémodialyse - C.H. AGEN

## POUR COMMENCER LE DÉBAT, PEUT-ON DONNER UNE DÉFINITION DU PROJET DE VIE ?

- C'est proposer une qualité de vie au patient qui tient compte de son choix et des possibilités de l'entourage.
- C'est une notion de contrat entre différents partenaires qui sont le patient, la famille et la structure d'accueil.
- C'est un projet variable selon des critères propres à chaque individu. La notion d'individualité est importante et repose sur une approche globale des besoins fondamentaux de la personne.
- Un projet de vie permet de vivre le mieux possible la vieillesse.
- C'est s'occuper de personnes âgées telles qu'elles sont et non pas comme on voudrait qu'elles soient.
- Dans les équipes, absence de projet de vie structuré, mais chacun individuellement travaille dans ce sens et essaye de répondre aux besoins du patient.
- L'avantage d'un projet structuré, c'est qu'il va permettre à l'équipe et à l'entourage de partager les progrès de la personne après avoir fait le bilan initial avant la mise en dialyse et de proposer au patient des objectifs à court et à moyen terme à atteindre (des objectifs à long terme sont difficiles à proposer du fait de l'âge et de la somme des handicaps présents).

## A QUEL MOMENT PROPOSE-T-ON UN PROJET DE VIE À LA PERSONNE ?

Quand pour des raisons conjuguées de santé, d'isolement, de perte d'autonomie, la personne ne peut plus accomplir seule les actes simples de la vie.

- Consulter les grilles existantes qui définissent la qualité de la vie pour établir un score.
- Être capable de réaliser seul.

## FAIRE UNE ÉTUDE GLOBALE DE LA SITUATION. CONSTAT DU PRÉSENT.

### 1) Bilan familial et social :

- Bilan des ressources personnelles et familiales.
- Tissu social - Environnement direct.
- Loisirs - Amis.

### 2) Bilan de santé complet :

- Physique

- Psychique
- Relationnel
- Autonomie
- Bilan des différents handicaps
- Bilan des ressources
- Le malade seul est capable de ...
- Le malade avec aide est capable de ...

### 3) Proposer une orientation provisoire

qui tient compte du désir et du choix du patient (choix différents) :

- vit à son domicile seul ou avec conjoint,
- seul à domicile avec aide de la famille,
- seul à domicile avec T.P. ou avec travailleurs sociaux,
- vit chez ses enfants,
- vit dans une famille d'accueil,
- vit dans un foyer logement,
- vit en institution (moyen séjour, cure médicale ou long séjour).

## ÉTUDE DES RESSOURCES POUR LES DIFFÉRENTS PAIEMENTS DE CES PRISES EN CHARGE.

### Une question se pose souvent :

Qui oriente le choix en réalité ? la famille, le médecin traitant, les soignants ou la personne soignée ?

- Si un désaccord se présente, il faut laisser à la personne malade le choix final, mais prévoir une solution de repli ou de rechange possible.
- Dans tous les cas il faut informer des risques, des problèmes à venir, le patient, sa famille et/ou la structure d'hébergement.
- Il faut "aider les aidants" à gagner un pari impossible :
  - les former
  - les informer
  - les aider financièrement
  - les soutenir par des aides complémentaires
  - proposer une nouvelle structure de prise en charge même provisoire.
- La stratégie mise en place à domicile ou à la maison des enfants ou en famille d'accueil n'a pour objectifs que de favoriser un environnement proche de la normale pour éviter la régression comportementale et le désir de mourir.

- C'est mettre en place un univers vivable, proche des désirs de la personne.
- Quelque soit le choix du lieu de vie, ce lieu doit être en contact étroit avec le centre de dialyse.
- Le projet de vie réalisé pour un malade donné doit correspondre à des outils spécifiques pour sa mise en pratique et à une évaluation personnelle des moyens mis en œuvre.
- Chaque partenaire accepte le contrat et adhère au projet initial.

### 1) Les objectifs d'équipe :

Adhérer à un projet collectif au service d'un individu qui doit tenir compte du bien-être physique, psychique, mental pendant et après la dialyse.

### 2) Les objectifs du patient :

Rétablir ou stabiliser sa santé tout en retirant un plus au niveau relationnel. Savoir qu'il n'est pas rare de voir le traitement ressenti comme une réhabilitation sociale, une identité sociale et redonne confiance et le goût de vivre au patient.

*Est-il obligatoire que le patient adhère au projet* - non - il doit conserver le choix du traitement et le choix ou non de sa participation active.

### Comment faire accepter un plus, un mieux au patient malgré sa volonté ?

- Être convaincu de l'utilité d'un projet structuré (effet dynamique sur l'équipe, possibilité d'évaluer son action, majorer les actions positives).
- Savoir travailler en équipe.
- Partager les espoirs, les craintes, les progrès avec le patient et sa famille et l'ensemble des partenaires.
- Ne pas porter de préjugés défavorables sur les capacités du patient et de son entourage.
- Savoir évaluer ses actions pour réajuster les objectifs que doit atteindre le malade en fonction de son état.
- Savoir accepter et comprendre la polyvalence des postes de travail.
- Il est indispensable de valoriser le travail positif accompli par le patient et les partenaires; c'est très motivant pour les équipes.

Le projet de vie débute bien avant la mise en dialyse, il est abordé quelques temps avant l'abord vasculaire.

Le livret d'accueil à remplir par le patient, la famille et les équipes de soins, est un préambule obligatoire.

- Identité sociale administrative.
- Habitudes de vie.
- Environnement immédiat.
- Loisirs.

Bilan médical complet :

- Rein
- Cœur, T.A.
- Pulmonaire
- Motricité

- Bilans sanguins
- Thyroïde ...
- EEG, ECG, RP
- Entretien psycho ou psychiatrie

Orientation :

- Centre ou autodialyse: placement moyen séjour, cure médicale ou long séjour, ou retour au domicile.

Ergothérapeute --> Loisirs

Kiné --> gym, piscine, marche

Culte --> - offices  
- participation à ce qui est réalisé

- Faire visiter le service
- Faire rencontrer un patient positif qui devient le référent.
- Faire rencontrer l'IDE sectorisée qui devient elle aussi la référente.

### Mise en commun avec la famille sur la stratégie du centre :

- Horaires
- Durée des dialyses
- Repas, kiné ...
- Ambulancier

Notions de retour, de surveillance - Les observations à noter; cahier de liaisons: - endormissement

- repas
- marche
- douleurs
- malaises
- H.T.

Permettre au malade âgé d'exploiter le non dit, le ressenti, favoriser la parole ou les groupes d'expression écrite, avec le dessin, un psycho ou un médecin ou une infirmière formée aux méthodes d'entretien.

Le centre est la maison des dialysés - gérer l'espace pour eux en dehors des soins - lieux de rencontres, jeux, repas, lieux d'informations.

Faire une place plus importante à la famille (même dans le centre) qui accompagne le patient en dialyse et l'assiste. (Exemple de La Réunion: famille, médecin, infirmières).

### CONCLUSION

Le projet de vie propose des conditions plus humaines à un patient dialysé qui le souhaite ou le demande; il lui permet de sortir de l'isolement, et en fait un acteur actif de son traitement, aidé par des partenaires attentifs à conserver la dynamique adaptée à ses besoins; il reprend goût à la vie.