

# Dialyse

## LE NON-RESPECT DU DÉLAI MOYEN DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT DIALYSÉ

M. MIKOLAJCZAK, C.I. Hémodialyse

Centre Hospitalier d'Angoulême

### HISTORIQUE

Au C.H.A., la démarche qualité est mise en place depuis juin 1996.

Deux objectifs à cette démarche :

- améliorer la qualité des prestations,
- atténuer les risques dans le domaine des soins en s'appuyant sur des indicateurs proposés et gérés par les professionnels.

Cette démarche qualité a été guidée par un comité de pilotage.

Ce comité a accompagné les professionnels :

- 1) Afin d'affiner les indicateurs choisis.
- 2) D'établir une méthode d'évaluation.
- 3) Et de définir un plan d'amélioration.

Cette démarche vise à améliorer nos pratiques professionnelles et répondre au projet d'ordonnances concernant l'accréditation.

Elle touche tous les domaines d'activité : le matériel, l'hôtellerie, les services logistiques, la pharmacie, le soin...

### LE SERVICE D'HÉMODIALYSE

4 indicateurs ont été retenus avec le comité de pilotage.

Nous avons choisi d'aborder dans cet exposé l'indicateur en lien avec l'accueil du patient. Il a pour titre : « Le non-respect du délai moyen de prise en charge du patient dialysé en hémodialyse ».

### Intérêt de l'indicateur

- Mesurer le retard de prise en charge du patient, objet d'un mécontentement fréquent.
- Prendre des mesures pour ce retard quand une fréquence anormale est constatée.

### Population concernée

Malades hémodialysés du centre en ambulatoire (hospitalisés exclus)

### Procédure

Définition d'un contrat soignant-soigné, c'est-à-dire : chaque patient reçoit une lettre précisant l'heure de convocation et l'heure de branchement qui ne doit pas excéder un écart de 30 minutes.

Il faut préciser que les convocations sont faites tous les quarts d'heure.

Par exemple : M. X est prié de se présenter à 7 h 30 pour un branchement prévu dans la demi-heure qui suit.

Cette demi-heure comprend :

- l'accueil du patient,
- la pesée,
- le lavage du bras,

- l'installation dans le lit,
- la ponction,
- et la mise en route de la dialyse.

### Modalités de recueil

Pendant les six derniers mois 96, à chaque séance, chaque équipe, dans son secteur relève le nombre de retards ainsi que les causes de retard comme :

- Technique (panne de générateurs, intervention d'un technicien, problème de stérilisation, matériel défectueux) ;
- Médicale (examens radiologiques ou ECG avant la séance, problème d'abord vasculaire) ;
- Patient (retard de l'ambulancier, « panne d'oreiller ») ;
- Équipe (mauvaise planification des patients, transmission trop longue, arrêt maladie).

### Correspondant

2 aides-soignantes et le cadre infirmier.

### Plan d'amélioration prévisible

- Inciter le patient à respecter ses rendez-vous.
- Responsabiliser les équipes à la notion de contrat.

### LES RÉSULTATS

1996 : de juillet à décembre (tableau I)

Tableau I

1996	juillet	août	septembre	octobre	novembre	décembre
Nbre séances	930	923	863	917	838	856
Nbre retards	34	29	37	24	21	22
<b>Pourcentage</b>	<b>2.6</b>	<b>3.14</b>	<b>4.28</b>	<b>2.61</b>	<b>2.5</b>	<b>2.57</b>
Cause les + fréquentes						
Technique	9	15	23	9	4	7
Médicale	6	4	4	9	2	3
Patient	5	7	4	3	8	10
Équipe	14	3	6	3	7	2

# Dialyse

## Constat

Retards liés :

- aux problèmes techniques (panne de générateurs, intervention des techniciens, surpopulation du centre et arrivée de nouveaux générateurs) ;
- mais aussi du personnel (effectif réduit pour arrêt maladie) ;
- et enfin d'un patient, toujours le même.

## Conclusion

- Amélioration des résultats car le personnel tient à respecter le contrat qui a été défini entre le patient et lui.
- Collectivement, les équipes ont affiné leur organisation de prise en charge.
- Le patient ayant eu connaissance du contrat écrit, accepte l'organisation telle qu'elle fut définie et est plus satisfait.

## Proposition 1997

- Recueil programmé 3 fois dans l'année : mai (fériés), août (vacances), novembre (fériés et vacances).
- Durée du recueil : 1 mois.

## LES RÉSULTATS

### Mai, août et novembre 1997

(tableau II)

## Constat

Le nombre de retards relevés est stable.

2 points à souligner :

- Persistance des retards liés à deux patients.
- L'augmentation de retards liés à la technique en novembre, elle s'explique par l'arrivée de 3 nouveaux générateurs.

Tableau II

1997	mai	août	novembre
Nbre séances	869	853	808
Nbre retards	41	41	48
<b>Pourcentage</b>	<b>4.71</b>	<b>4.8</b>	<b>5.94</b>
Cause les + fréquentes			
<b>Technique</b>	<b>4</b>	<b>8</b>	<b>16</b>
Médicale	6	9	8
<b>Patient</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>20</b>
Équipe	6	3	4

Cependant, le pourcentage de retards reste tout à fait acceptable, car il se situe autour de 5 %.

## Conclusion

L'équipe reste vigilante au délai de prise en charge des patients et nous entendons moins de réclamations de la part de ceux-ci.

## Proposition 1998

La programmation du recueil de données se poursuit au même rythme qu'en 97.

## ÉVALUATION

- Par le comité de pilotage en mai 1997.
- Par la présentation de cet indicateur sur poster, au Forum sur la qualité du C.H.A. en juin 1997.
- Par l'ensemble de l'équipe lors de chaque conseil de service.
- Par la Direction de l'établissement dans la lecture des comptes rendus des conseils de service.

## CONCLUSION 1

La notion participative de l'équipe dans cette étude nous a permis d'améliorer une facette de la prestation qualité de l'accueil.

D'autres moyens ont été mis en place, comme une réunion d'information pré-dialyse trimestrielle ainsi que la diffusion du livret d'accueil du service d'hémodialyse.

## CONCLUSION 2

Notre démarche est partie :

- d'un client insatisfait,
- pour définir un critère de non-qualité que sont les retards dans la prise en charge,
- pour créer un contrat de qualité client/soignant,
- et mobiliser une équipe vers un même objectif, dans le but commun de satisfaction (équipe-patient).

### Avant l'étude

- le critère de non-qualité n'avait pas été évalué,
- et l'évaluation de l'insatisfaction des deux groupes était basée simplement sur une notion subjective.

### Après l'étude

- l'évaluation de la satisfaction des deux groupes est toujours une donnée subjective,
- l'évaluation de l'indicateur de qualité a été réalisée de manière quantitative,
- et l'évaluation de ce travail a été faite par le retentissement administratif.