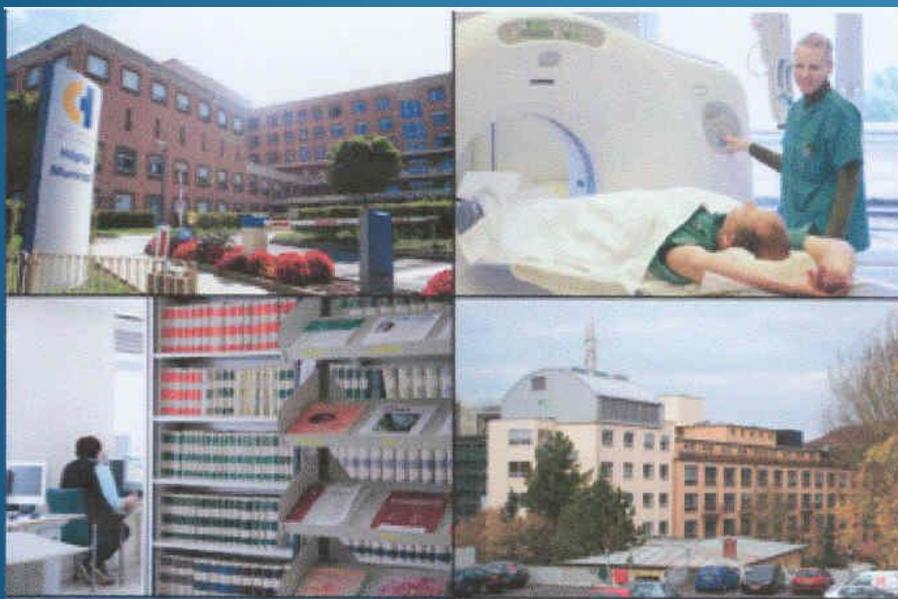


Protocoles de prise en charge : aide ou obstacle pour la satisfaction du patient ?

Dr René Metz, neurologue CHL.
Département des neurosciences.



Plan de l'exposé :

- Introduction : relation soigné – soignant
 - Déshumanisation des hôpitaux et protocoles thérapeutiques ?
- L'exemple des Itinéraires Cliniques pour la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)
- Pièges des protocoles de prise en charge à éviter
 - Informations médecins/infirmières
 - Flexibilité ! (médecine personnalisée – centrée sur le patient)
- Conclusions (des fleurs et des médecins assis sur les lits)



L'inentendu

Ce qui se joue dans
la relation soignant-soigné

Philippe van Meerbeeck
et Jean-Pierre Jacques

2009



Le crépuscule du transfert p 322

... la médecine de demain s'avance vers une tentative d'éradication du transfert dans la relation médecin – malade.

Le transfert devient suspect. Cette dimension non mesurable, chargée d'affects, fait horreur au réductionnisme scientifique ...

... une conception de plus en plus répandue, de la maladie comme le fruit d'une mauvaise rencontre avec de méchants microbes, de mauvais gènes ou des polluants, et à l'idée de la relation de soins comme d'une relation de service technique, voire marchande ou de dressage.

... anonymisation de la relation soignante et industrialisation de la médecine ...



Pessimisme :

La médecine évolue vers la disparition délibérée de la relation médecin-malade de jadis, elle-même héritière, c'est vrai, d'un paternalisme révolu. Ce médecin sage et pondéré est évacué ... S'y substituent des centres hospitaliers, cathédrales immenses et grouillantes, hypermarchés d'une médecine industrielle.

Le médecin lui-même est interchangeable et le patient sera reçu, d'une visite à l'autre, selon un algorithme opaque, par un technicien de santé ou son alter ego, qui ne se distinguent que par un badge négligemment accroché au revers d'une blouse de fonction !



Pessimisme bis :

Alors ... pour laisser enfin libre cours à une technomédecine triomphante, glaciale, scientifique et objective, dépouillée de tout reliquat de l'art de guérir ...

Quitte à en payer le prix : une bureaucratisation desséchée et un emballement des coûts. Derrière un souci affiché du Bien et du Mieux, se dissimule une malveillance absolue. Les patients se méfieront, intenteront de plus en plus de procès en « malpractice ».

Un livre David contre le Goliath de la médecine numérisée

Comment passer à travers les grilles de la médecine numérique ?



L'ère de l'autorité cède la place à celle de la séduction.

... les médecins sont désormais tentés soit de séduire leurs patients soit de les chosifier. Les séduire pour obtenir leur consentement, leur collaboration, leur compliance, au risque d'abuser d'eux. Soit chosifier les patients, ravalés au rang d'organes, de codes barre, d'unités statistiques compilées.

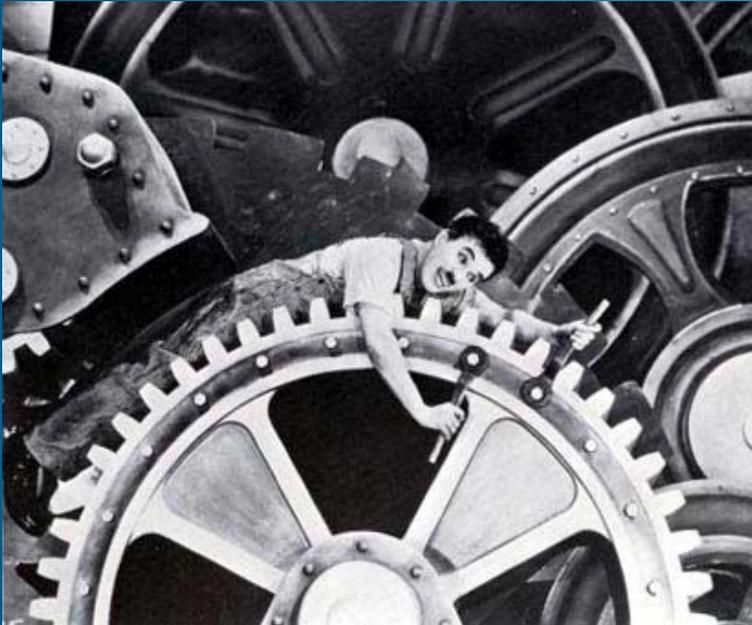
Faire exister un patient comme sujet s'avérera de plus en plus malaisé et de plus en plus indispensable. Se faufiler entre ces deux écueils sera la responsabilité de nos futurs soignants !

L'information diagnostique et pronostique à l'épreuve des avancées thérapeutiques en cancérologie : réflexions éthiques

Diagnosis and prognosis information confronted with advanced treatments in oncology: ethical considerations

M. Reich

Rev Francoph Psycho-Oncologie (2004) Numéro 4 : 188-196
© Springer 2004
DOI 10.1007/s10332-004-0040-4



Une déshumanisation de la relation de soins ne risque-t-elle pas d'être induite par la généralisation des protocoles thérapeutiques, reposant sur des « guidelines », des références médicales opposables, des conférences de consensus ainsi que par la lourdeur « administrative » de leur mise en application ?

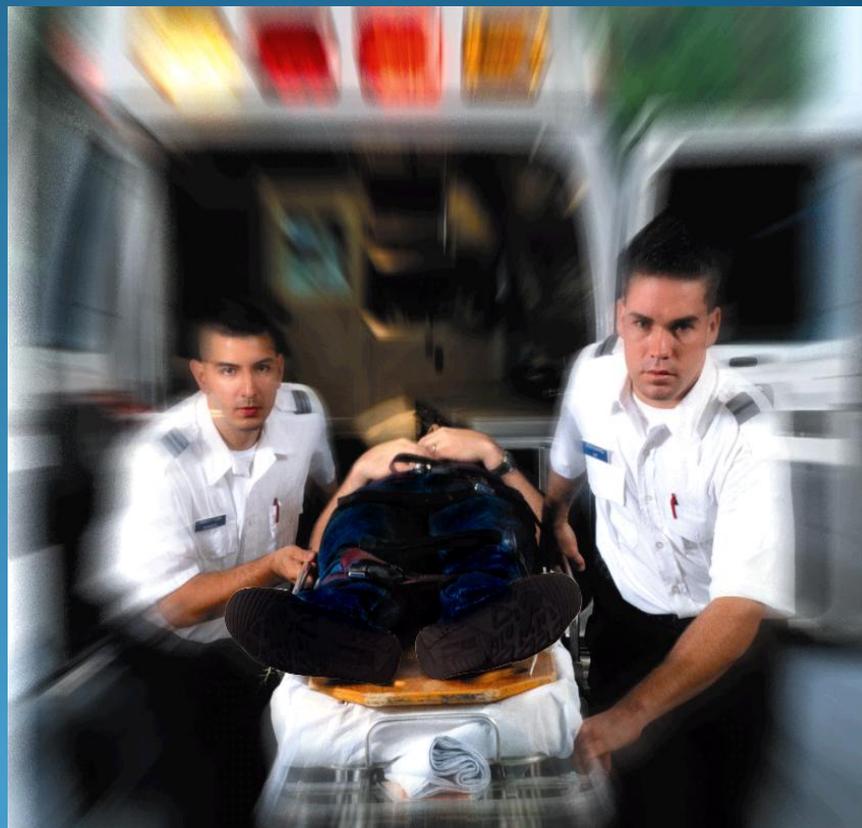
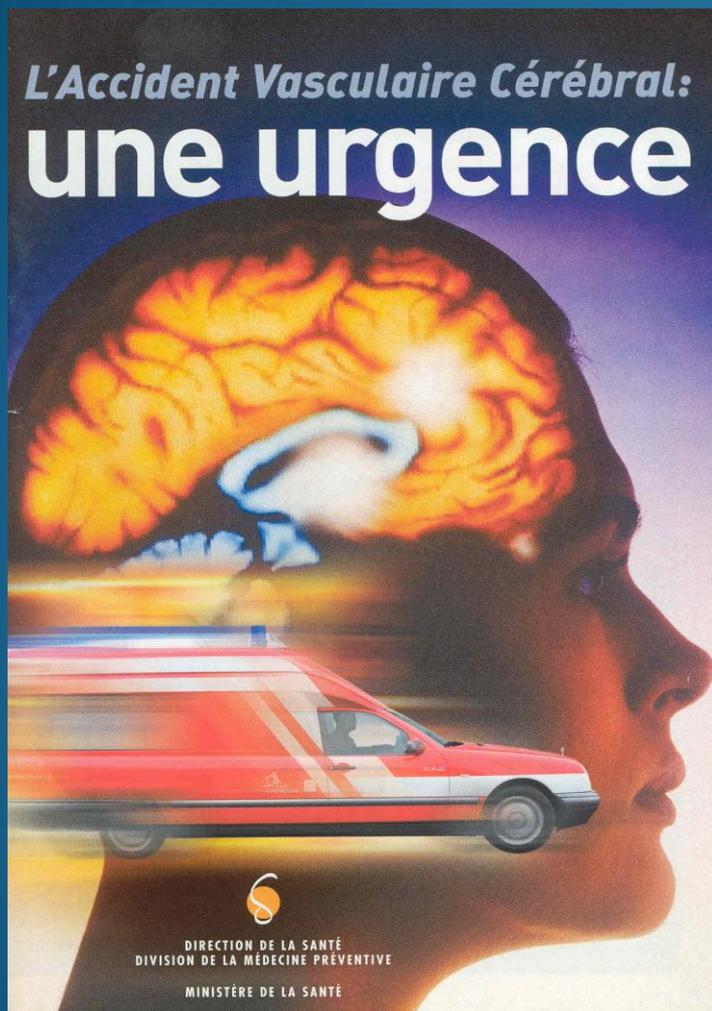


Très grande complexité du parcours du patient dans l'Hôpital

- De plus en plus d'intervenants différents
- De plus en plus d'examen complémentaires nécessaires
- De plus en plus de sous-spécialisations
- De plus en plus de contraintes financières ...
- De plus en plus de pression médico-légales ...
- De plus en plus d'attentes envers la médecine « moderne » ...



Den Hireschlag - En Noutfall



www.sante.lu





STROKE UNIT

Tasks

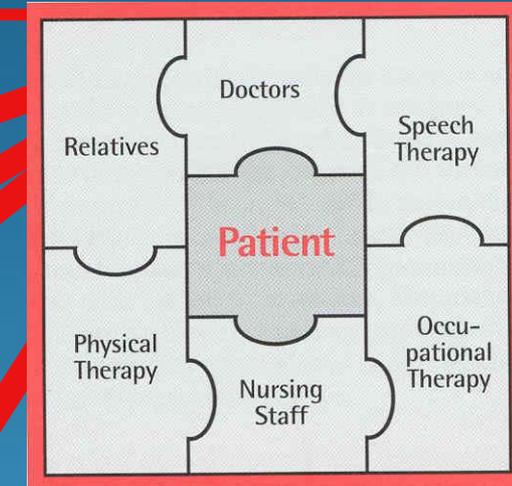
Multidisciplinarité
Expertise spécifique
Routines de prise en charge

Quick diagnosis

Recanalisation

Monitoring
(BP, glucose,
temp., O₂, ECG)
basic therapy

**Identification of
the cause**



**Avoidance of
complications**

**Early
rehabilitation**

New therapies
Database
Research

**Specific treatment and
prevention**



ADMISSION D'UN PATIENT POUR ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AIGU - SERVICE DE NEUROLOGIE - Jour 1

NOM : _____
 PRENOM : _____ MEDECIN : PD DR BEYENBURG PD DR DIEDERICH PROF DROSTE DR METZ

Thrombolyse pas faite <input type="checkbox"/> anticoagulé <input type="checkbox"/> déficit trop lourd <input type="checkbox"/> déficit trop léger/absent <input type="checkbox"/> > 4,5h Thrombolyse faite <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> lésion actuelle visualisée à l'imagerie <input type="checkbox"/> patient informé du diagnostic et suites <input type="checkbox"/> proches informés du diagnostic et suites	<input type="checkbox"/> ACM <input type="checkbox"/> ACA <input type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> tronc <input type="checkbox"/> cérébelleux <input type="checkbox"/> oculaire <input type="checkbox"/> hémorragie <input type="checkbox"/> à droite <input type="checkbox"/> à gauche <input type="checkbox"/> >1 territoire
--	---	--

PRESCRIPTIONS MEDICALES POUR ADMISSION D'UN ACCIDENT VASCULAIRE CEREBRAL AIGU – SERVICE DE NEUROLOGIE

Surveillance	Fréquence/24h (standard gras, si thrombolyse cocher cases à gauche)	Limite inférieure	Limite supérieure	Médication au besoin Risque moyen	Risque élevé (AVC malin, après thrombolyse, hémorragie large)
Tension artérielle	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 11/7 cmHg <input type="checkbox"/> .../... cmHg	<input type="checkbox"/> 21/12 cmHg (ischémie) <input type="checkbox"/> 18/10,5 (hémorragie avec hypertension ou lyse). Hémorr. chez hypertendu connu, cible: 17/10 <input type="checkbox"/> 16 / 9,5 hémorragie sans hypertension connue. Cible : 15/9 <input type="checkbox"/> / ... cmHg	<input type="checkbox"/> Catapressan® ½ cp. p.o., seulement si pouls > 60/min Max. 4 cp./24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg ou <input type="checkbox"/> Catapressan® ½ amp. s.c., seulement si pouls > 60/min Max. 4 ampoules/24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg	<input type="checkbox"/> Ebrantil® perfusion avec 3 ampoules à 50mg sur 50ml avec NaCl 0,9%, commencer avec 5ml en bolus suivi de 3ml/h, si besoin augmenter jusqu'à 10ml/h i.v.. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg ou <input type="checkbox"/> Catapressan® ½ amp. s.c., seulement si pouls > 60/min Max. 4 ampoules/24h. Ne pas baisser la TA au-dessous de 14/9 cmHg
Pouls	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 45/min	<input type="checkbox"/> 110/min		
Température (Antalgiques)	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3		<input type="checkbox"/> 37,5°C, <input type="checkbox"/> °C	<input type="checkbox"/> Dafalgan® 500 mg p.o. ou <input type="checkbox"/> Prodafalgan® 1000 mg i.v. lente, max. 4g /24 h	<input type="checkbox"/> Prodafalgan® 1000 mg i.v.lente, max 4g/24h
Saturation	8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 95%		<input type="checkbox"/> Oxygène nasal 2 – 4 litres / minute	
Dextro	<input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 50mg/dl, <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> 180mg/dl, <input type="checkbox"/> mg/dl	<input type="checkbox"/> Schéma d'insuline d'après la glycémie: 181– 250: 2 UI Actrapid® s.c. 301- 350 : 6 UI Actrapid® s.c. 251- 300: 4 UI Actrapid® s.c. > 350 : 8 UI Actrapid® s.c.	
Surveillance clinique	<input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 4	Vigilance : Largeur des pupilles Force des bras : Babinski :	év (eillé) – som (noient) – stup (ureux) – com(ateux) A droite/à gauche, p.ex. o/o, o/o, o/o A droite/à gauche, 0 (normal), 1 (baisse), 2 (ne tient pas contre la gravité), 3 (pas d'essai), p.ex 0/1, A droite/à gauche p.ex. ↓/↓, ↓/↑, 0/1		

Médication spécifique	Particularités	Voie	Dose	Fréq.
<input type="checkbox"/> Clexane®	Hémorragie intracrânienne et parésie d'un membre, start seulement 24h après l'événement	s.c.	20mg	1x/jour
<input type="checkbox"/> Clexane®	Patient peu mobile, diabétique, obèse	s.c.	40mg	1x/jour
<input type="checkbox"/> Clexane®	Anticoagulation (2x 1mg/kg de poids)	s.c.		2x/jour
<input type="checkbox"/> Cardioaspirine® (HerzASS 0,03E/jr)	Risque d'AVC bas	p.o.	100mg	2x/jour ensemble
<input type="checkbox"/> Plavix® (1,87E/jr)	Si asthme ou artériopathie périph. symptomatique <input type="checkbox"/> Avec loading dose de 4cp. (seulement le 1 ^{er} jour)	p.o.	75mg	1x/jour
<input type="checkbox"/>	Si statine, continuer, à la rigueur par SNG. Si pas de statine :	p.o.		1x/jour
<input type="checkbox"/> Crestor	Après prise de sang pour lipides (ne doit pas être faite à jeun, seuls les triglycérides sont affectés)	p.o.	40mg	1/2x /jour

circonférence abdominale (debout, nombril, en expiration) (pathol. ♂ > 102cm, ♀ > 88 cm) : _____ cm

taille : _____ cm
 waist-to-height ratio : _____ (norme <0,5 si ≤40ans, <0,5-0,6 si 41-49 ans, <0,6 si ≥50ans)
 poids : _____ kg

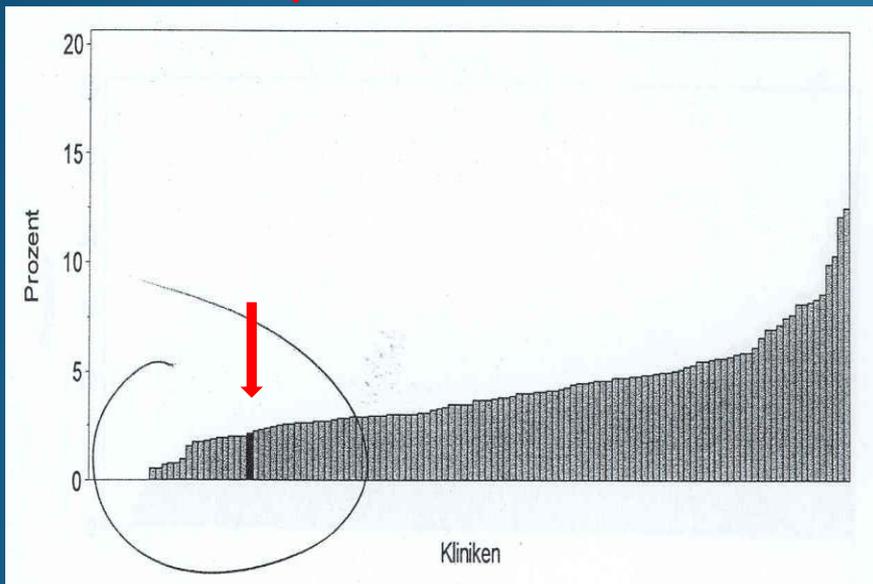
Risque moyen	
<input type="checkbox"/> Installation particulière prescrite : 0-15°, mobilisation, lever autorisé	
<input type="checkbox"/> essai de nutrition (liquide, semi-liquide, solide; en cas de doute prévenir orthophoniste) et si déglutition → régime pauvre en cholestérol /pain complet si dysphagie : laisser à jeun et répéter test demain	
<input type="checkbox"/> Valtran® 10-20 gouttes p.o., max. 6x20 gouttes/24h	Si premiers anti-douleurs insuffisants
<input type="checkbox"/> Motilium® 20mg p.o. max. 4x/24h	Si nausées
<input type="checkbox"/> Buronil® 25mg p.o. max. 4x/24h	Si agitation
<input type="checkbox"/> Stinoct® 1/2-1 comp. à 10mg p.o. le soir, max. 10mg/24h	Si insomnie



Auswertung 2008

Zentrum 500
Centre Hospitalier de Luxembourg

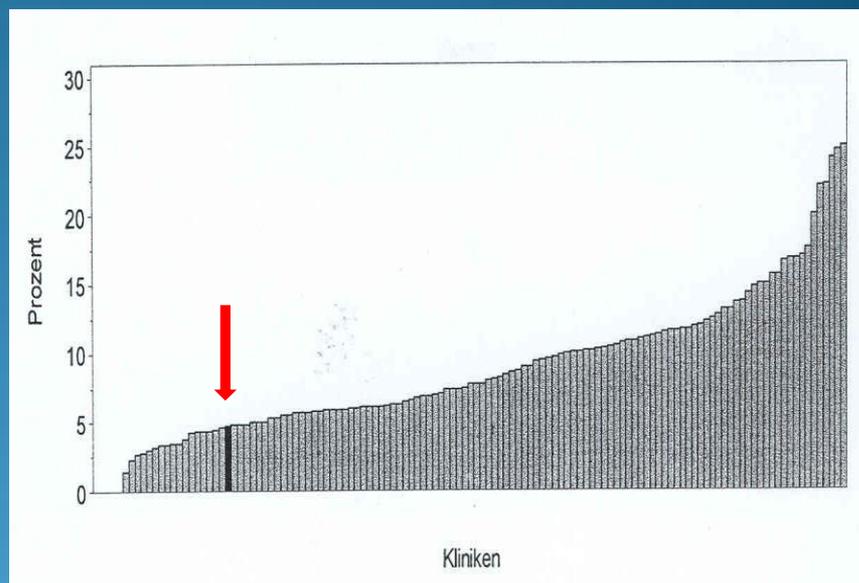
Mortalité post AVC au CHL :



Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit Stroke Unit	ohne Stroke Unit
Entlassungsstatus „verstorben“ bis Tag 7	2.1	3.9	3.9	3.8

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

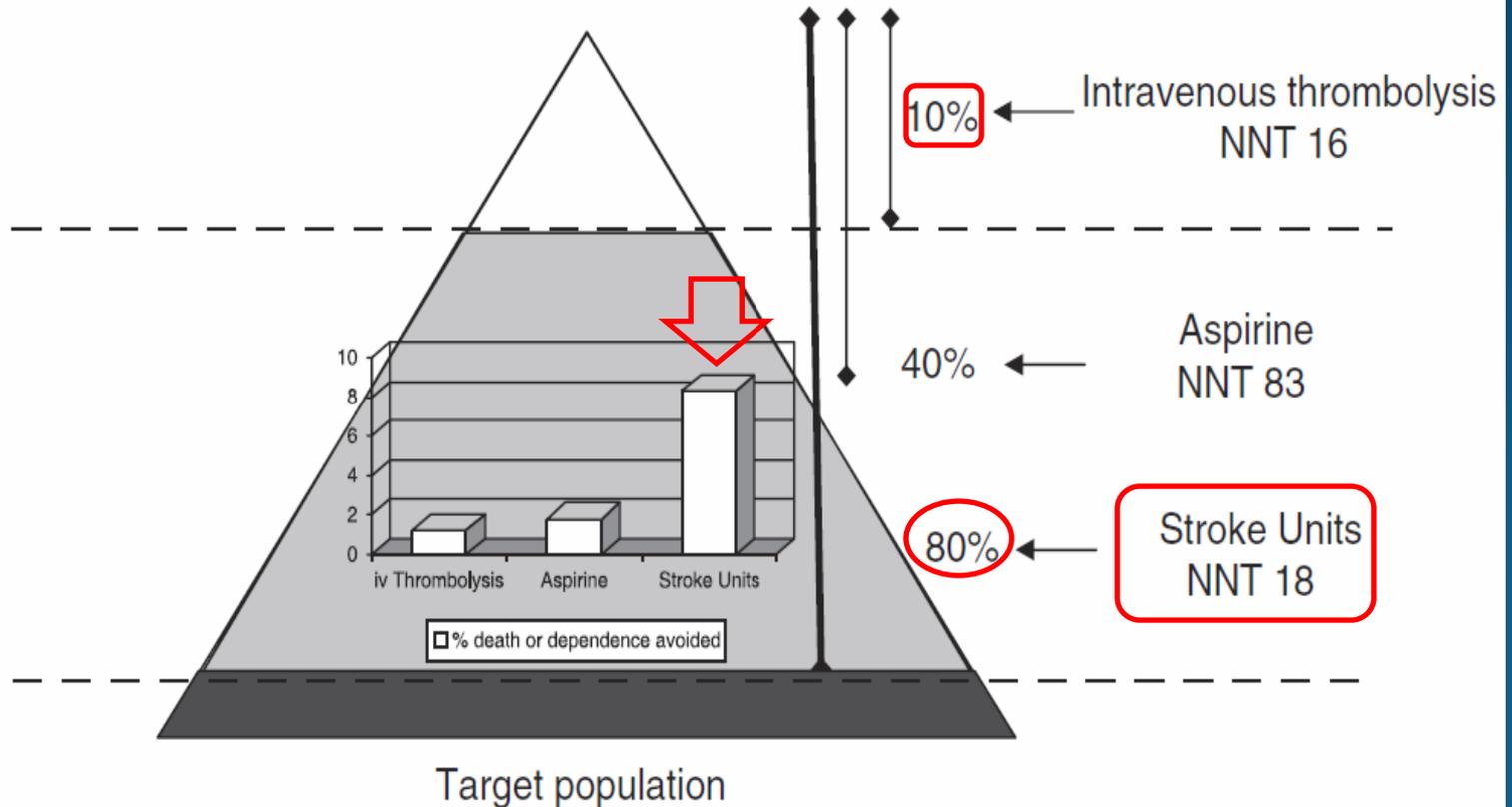
Pneumonie post AVC au CHL :



Ergebnisse	eigene Klinik	Gesamtprojekt	mit Stroke Unit	ohne Stroke Unit
Komplikation Pneumonie	4.7	9.0	8.9	9.2

Eine Angabe "." statt einer Zahl bedeutet, dass weniger als 5 Patienten die Nennerbedingung erfüllen und der QI nicht berechnet wird.

125 Kliniken; 54100 Patienten; 43533 in Stroke Units



Effectiveness of the different treatments available for acute phase confidence interval (CI).

Blanca Fuentes and Exuperio Diez-Tejedor

World Stroke Organization International Journal of Stroke Vol 4, Feb 2009, 28–37



In-Hospital Care Pathways for Stroke: A Cochrane Systematic Review

Joseph Kwan, MPhil, MRCP; Peter Sandercock, DM, FRCP

Stroke February 2003

Evidence from randomized trials suggests that patient satisfaction and quality of life may be significantly lower in the care pathway group ($P=0.02$ and $P<0.005$ respectively). There was no significant difference in the length of stay between the 2 groups.



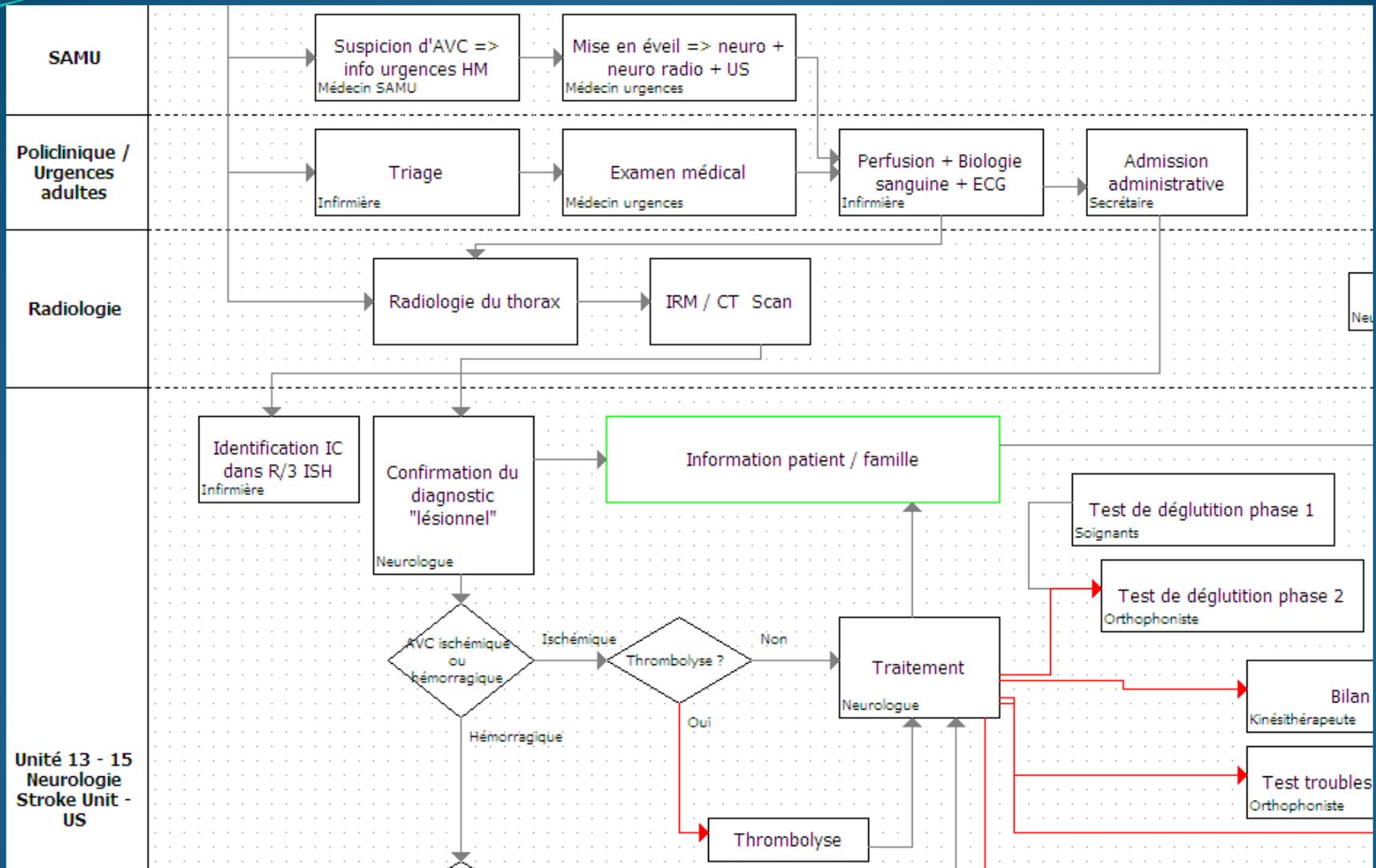
Effects of introducing an integrated care pathway in an acute stroke unit

JOSEPH KWAN¹, PETER HAND², MARTIN DENNIS³, PETER SANDERCOCK³

Conclusion: this before-and-after study has provided further evidence that introducing an integrated care pathway for acute stroke may improve the quality of documentation and process of care, and reduce the risk of certain post-stroke complications.



Future studies could explore the effects of this complex organisational intervention on other important outcomes such as communication, patient satisfaction and cost of care. It should be borne in mind that most clinical studies of ICPs, even RCTs, are likely to be affected by biases and confounding factors.





Itinéraire clinique AVC : objectifs

- 1 Mise en éveil par SAMU – Salle d'Urgences
- 2 Définition rapide des patients thrombolysables
- 3 Transfert rapide vers la Stroke Unit
- 4 Raccourcir les délais examens neuroimagerie et cardiologie
- 5 Le patient et sa famille sont rapidement et complètement informés du diagnostic. (notion du diagnostic « lésionnel »)



Itinéraire clinique AVC : objectifs

- 6 Le traitement adapté est appliqué le plus rapidement possible.
- 7 Prévention des complications (pneumonie)
- 8 Définition du projet thérapeutique multidisciplinaire
- 9 Consignes claires pour le patient et famille à la sortie
- 10 Amélioration du benchmark UKM et NAVIGATOR.



Objectif 5 :

Le patient et sa famille sont rapidement et complètement informés du diagnostic. (notion du « diagnostic lésionnel »)

Indicateur :

% de délais de < 24 h entre diagnostic « lésionnel » confirmé par l'imagerie et information au patient / famille

Constat :

Pas de documentation claire du moment du diagnostic lésionnel ni de l'information au patient / sa famille

Impact :

Moment de confirmation du diagnostic lésionnel à noter sur la feuille de prescriptions médicales : modification de la feuille en conséquence.
Même niveau d'information de toute l'équipe soignante.



Objectif 9 :

Consignes claires pour le patient et sa famille à la sortie

Indicateur :

% de patient (+famille) informés avant départ (UKM)

Constat :

Information très souvent données mais pas de traces

Impact:

Notification systématisée et questionnaire d'évaluation du séjour remis.



Conclusion IC - AVC - CHL :

- Stroke unit = outil indispensable de prise en charge des AVC (EBM)
- IC en plus =>
 - amélioration de la documentation
 - clarification des processus
 - amélioration de l'information des patients
 - amélioration de la communication entre professionnels de santé ! (approche commune)

Medical information delivered to patients: Discrepancies concerning roles as perceived by physicians and nurses set against patient satisfaction

Leïla Moret^{a,b,c,d,e,*}, Annie Rochedreux^f, Stéphanie Chevalier^g,
Pierre Lombrail^e, Isabelle Gasquet^{a,b,c,d,h}

Patient Education and Counseling 70 (2008) 94–101

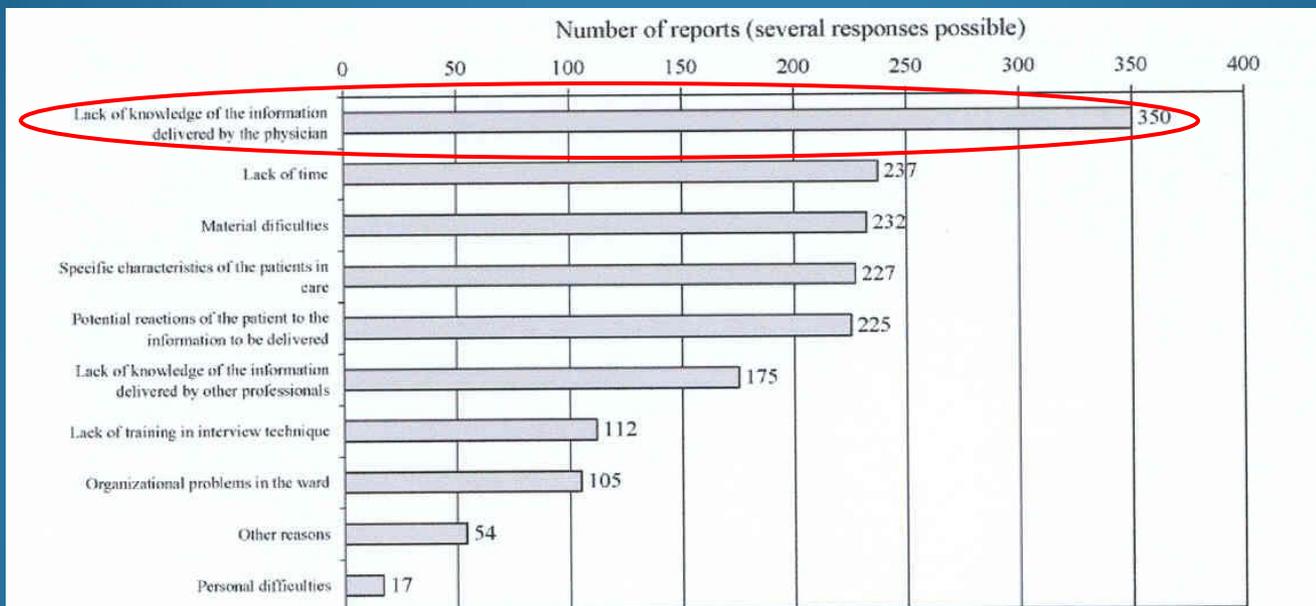


Fig. 1. Difficulties relating to delivery of information to patients according to nurses.



A propos des parcours cliniques («clinical pathways»)

Gerd Laifer, Roman Gaudenz, Christoph A. Meier
Klinik für Innere Medizin, Stadtspital Triemli, Zürich

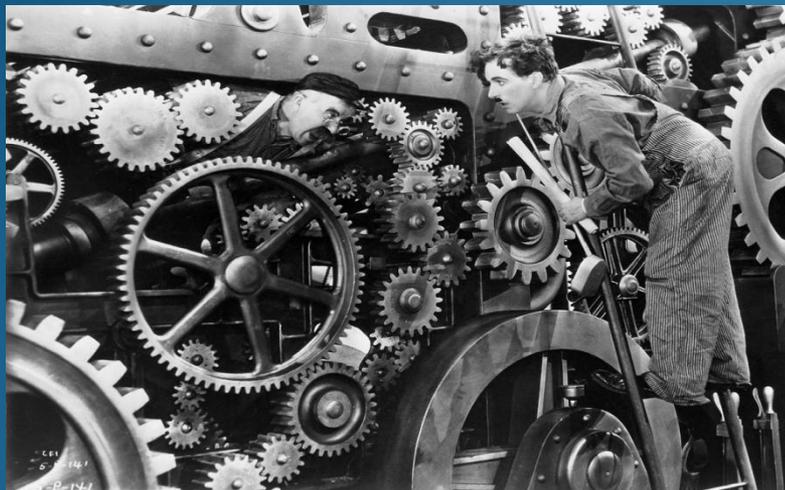
Quintessence

- Le système de santé suisse est l'un des plus chers du monde, et les dépenses par tête ont augmenté de 32% entre 2000 et 2006.
- Idéalement, ils combinent les aspects médicaux et économiques, mais le risque d'une prédominance des intérêts économiques existe. De plus, l'attribution d'une importance exagérée à des processus structurés peut donner lieu à des réglementations rigides, au détriment de ce qui est communément appelé l'«art de la médecine», ce qui nuirait évidemment à une prise en charge médicale personnalisée, centrée sur le patient. C'est pourquoi il faut que les médecins prennent en main l'élaboration de ce genre de standards au lieu de déléguer cette tâche aux économistes de la santé.



Where have all the hospital flowers gone?

They have fallen victim to new definitions of care



BMJ | 19-26 DECEMBER 2009 | VOLUME 339

Technical efficiency coupled with greater bureaucracy and accountability ...

... bedside flowers pose no particular threat to health ... what is of interest is just how widespread the bans are, despite the evidence ... decision was based not on facts but on « values ». (ref : Br J Infect Control 2005)

But the matter is important to patients and their visitors : ephemeral ... recovery ... home ... social ties beyond visiting hours ... nurse or doctor is often part of this remarking on the gifts ... a small personalized space, domestic and non-clinical.



Where have all the hospital flowers gone?

They have fallen victim to new definitions of care

BMJ | 19-26 DECEMBER 2009 | VOLUME 339

- ... most of us still value ritualised contact with loved ones and the demonstration of relationships through giving and receiving ...
- Time to think about a broader version of care that increasingly needs to be protected on the ward and within the every day practices of a hospital.
- Such a version of care would be thought of not as an outcome that can be delivered but as a relationship that can be exchanged !



LIFE AND DEATH Iona Heath

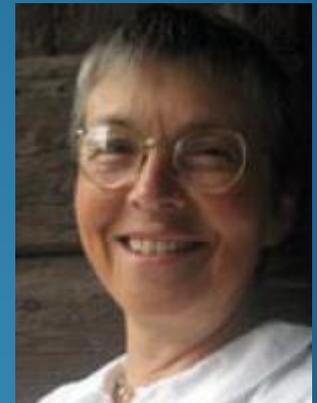
Do not sit on the bed

Rules that mostly diminish rather than enhance the joys of life have no place in hospitals, where joy is too often in short supply

Too many patients report that the technological care in hospital is excellent but that the human dimension of care is often lacking.

BMJ | 20 MARCH 2010 | VOLUME 340

Doctors should never be discouraged from sitting, because patients consistently estimate that they have been given more time when the doctor sits down rather than stands





Merci pour votre écoute !
Questions ?

