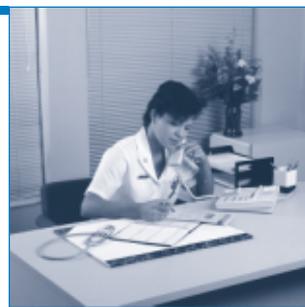


L'organisation du traitement par Dialyse Péritonéale dans un centre ayant 20 ans d'expérience



T. HOVAN, J. MARANZANA, A. TRABER - Hôpital Louis Pasteur - 68 COLMAR

L'unité de DP de Colmar a été créée en 1978, afin de développer la DP, nouvelle méthode de traitement de l'IRC. Pour une prise en charge optimale des futurs dialysés par DP, le choix d'une unité autonome avec son propre personnel et ses propres locaux s'est d'emblée imposé. Les premiers locaux disponibles étaient un site de stockage aménagé au sous-sol dans lequel évoluait une équipe composée de 5 IDE.

En 1991, de nouveaux locaux plus fonctionnels ont été construits ; ils sont contigus à l'unité de néphrologie qui comporte 19 lits et l'unité d'hémodialyse. Ils ont permis à la DP de monter à la surface après 13 ans de "cave".

L'équipe actuelle assure le suivi ambulatoire d'environ 65 patients traités en DP, soit 30 % de la population des dialysés pris en charge par Colmar.

L'ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT

AVANT LA POSE DE CATHÉTER

50 % des futurs patients sont suivis par le néphrologue en consultation. Pour l'information pré-dialyse proprement dite le médecin présente le futur dialysé à l'infirmière de DP lorsque les résultats du patient s'approchent de la mise en dialyse (à savoir lorsque la clearance est de 15-20ml/mn). C'est une information individuelle qui a pour but de donner des renseignements concernant les méthodes de suppléance de la fonction rénale au patient et à ses proches de façon à ce qu'ils soient aptes à choisir leurs modalités de dialyse.

La salle d'entraînement du service de DP sert de lieu de rencontre. On y trouve de nombreux supports d'informations (posters - vidéo) et du matériel de démonstration. L'infirmière connaît et présente les deux techniques. Le patient prend ensuite connaissance des locaux de DP et d'hémodialyse.

Dans certains cas une visite de pré-dialyse est effectuée au domicile du patient, à sa demande, à celle de sa famille, de l'infirmière libérale ou du médecin traitant. Elle permet de vérifier la faisabilité du traitement à domicile.

Depuis la mise en place en février 1999 du traitement intraveineux de fer en pré-dialyse, l'équipe est régulièrement amenée à rencontrer des futurs dialysés. Ces rencontres sont profitables aux deux parties. En effet, le patient peut se familiariser avec le personnel et les locaux ; quant au personnel, il peut déjà recueillir des données utiles lors de la mise en dialyse.

LORS DE LA POSE DU CATHÉTER

Le choix de la DP étant fait, le patient est vu en consultation respectivement par le chirurgien et l'anesthésiste pour convenir de la faisabilité du geste opératoire et de la date de pose du cathéter. Le patient est ensuite hospitalisé en néphrologie la veille de l'intervention pour permettre :

- A l'infirmière de DP d'effectuer une prédétermination du site opératoire qui tient compte des habitudes vestimentaires et de la morphologie du patient.
- A l'infirmière de néphrologie, d'effectuer un bilan sanguin préopératoire, un lavement évacuateur et une douche à la bétadine scrub.

C'est durant ce laps de temps que l'IDE de DP complète le recueil de données. Ce dernier est un document-clé, qu'il faut tenir à jour car il permet de connaître le patient et de guider le choix de la technique (DPCA, DPA, autonomie ou pas).

APRÈS LA POSE DU CATHÉTER

En période postopératoire, dès le retour de salle d'opération, l'infirmière de DP effectue un ou plusieurs rinçages de la cavité péritonéale par le cathéter de DP dans le but de :

- S'assurer du bon fonctionnement du cathéter
- De surveiller la qualité du liquide péritonéal : clair, rosé ou très hémorragique
- De repérer, s'il y a lieu, une contamination opératoire grâce à une mise en culture du dialysat récupéré
- De vérifier la solidité du pansement de l'émergence cutanée du cathéter, pansement réalisé au bloc opératoire.

En dehors de ces rinçages postopératoires immédiats, plus aucun geste n'est effectué au niveau du cathéter et du pansement.

Si son état le permet, le patient quitte l'hôpital au premier jour postopératoire, puis il est revu en consultation en DP au

8^{ème} jour postopératoire pour refaire le pansement avec ablation des fils de la cicatrice médiane.

Afin d'assurer une bonne cicatrisation du tunnel et de l'émergence, d'obtenir une bonne congruence à ces deux endroits et de prévenir de futures infections, le début de la DPCA ne se fera en général qu'au 15^{ème} jour postopératoire.

Dans certains cas des séances d'hémodialyse s'avèrent nécessaires entre le moment de la pose du cathéter et le début de la DPCA lorsque l'insuffisance rénale est trop avancée.

A. La formation du patient à la DPCA

Elle est en général débutée 15 jours après la pose du cathéter. Toute l'équipe infirmière y participe car nous en tirons plusieurs avantages :

- pour les infirmières :
 - Pas de routine
 - Une confrontation des avis et des possibilités de critiques constructives
 - Une cohésion d'équipe par la responsabilité de chaque membre
- pour la personne formée, une connaissance de l'équipe

L'éducation se passe dans une salle réservée à cet effet, ce qui nous permet de nous isoler avec le patient et d'avoir à portée de main tout le matériel et les supports nécessaires.

La démarche éducative est basée sur une relation verbale comportant un vocabulaire adapté à la compréhension du patient. L'usage du dialecte dans notre région est un élément incontournable.

a. La formation du patient autonome

Elle se base sur deux manuels : le premier destiné au patient, contient tous les éléments nécessaires à la prise en charge de la dialyse. Il est donné à la fin de la formation afin qu'il lui serve de repère en cas de difficultés.

Le deuxième est utilisé par les infirmières et permet d'évaluer la progression du patient. Il est conservé dans son dossier.

La formation en elle-même aborde les points suivants :

- Les aspects théoriques de l'IRC
- La manipulation
- Les notions d'asepsie
- Les éléments de surveillance quotidienne

- Les incidents et accidents
- La réfection du pansement
- Les relations avec l'association hors centre (chez nous l'AURAL)
- La diététique
- Les cas particuliers comme par exemple les diabétiques.

L'utilisation du matériel de démonstration est un autre support de formation. Un protocole écrit de manipulation est remis au patient en fonction de la technique choisie et est conservé par le patient.

Une éducation dure en moyenne de 5 à 10 jours selon les capacités du patient.

b. La formation des IDE pour les patients non autonomes

Les patients non autonomes sont pris en charge par des infirmières libérales ou des infirmières travaillant dans des institutions.

Exceptionnellement le conjoint ou un autre membre de la famille est formé à la dialyse. Nous ne le faisons qu'après avoir bien informé la famille de la lourde charge que représente une dialyse.

- La formation des IDE libérales :

Confrontés au vieillissement de la population prise en charge en DP, nous sommes amenés à collaborer de façon fréquente avec de nombreuses infirmières libérales. Nous contactons en priorité, et le plus rapidement possible après la pose du cathéter, l'infirmière que nous désigne le patient afin de maintenir une continuité. La formation se compose de 3 séances de 2 heures chacune avec des rappels théoriques de l'IRC, des démonstrations et réalisations pratiques de manipulations. Elle est agrémentée par un diaporama élaboré par nous-mêmes et qui sert de fil conducteur aux infirmières formatrices. La formation se fait en règle générale dans notre service, dans des créneaux horaires qui respectent les organisations des 2 partenaires.

- La formation des IDE d'institution :

Vu l'importance de ces équipes, nous sommes de temps en temps amenés à nous déplacer vers ces institutions. Les temps de la formation, le protocole et les outils sont identiques à ceux utilisés pour les infirmières libérales.

Pour permettre à l'ensemble de nos partenaires extrahospitaliers avec lesquels nous collaborons d'optimiser la prise en charge du patient dialysé, nous organisons une rencontre annuelle pour leur présenter les nouveautés liées à la méthode, répondre à leurs questions et préoccupations quotidiennes.

B. La formation des patients en DPA

Les nouveaux patients en DP orientés vers le traitement par DPA passent par le biais d'un à deux mois de DPCA. L'acquisition préalable des bases théoriques, des notions d'asepsie et de stérilité ainsi que de la surveillance quotidienne favorise une plus grande confiance en soi pour le patient et un retour rapide à domicile. D'autre part le recours itératif à la DPCA offre au patient la possibilité d'un aménagement plus agréable de son emploi du temps et évite une hospitalisation en cas de panne du cycleur.

Cette double éducation s'avère être pour les patients une solution intéressante en terme d'amélioration de leur qualité de vie sans négliger l'efficacité de leur épuration. La formation se déroule en hospitalisation de jour et comporte en moyenne 5 séances dont 1 de nuit, réparties sur 1 semaine. Là encore le rythme d'apprentissage de chaque patient est respecté.

C. Le retour du patient à domicile

C'est l'équipe de DP, en collaboration avec l'association, qui assure l'organisation de la première livraison à domicile du matériel de dialyse.

Pour le patient autonome en DPCA ou DPA, le raccompagnement représente l'aboutissement de l'éducation. Il est souvent vécu comme un examen final qui prouve son autonomie hors du contexte hospitalier.

Il permet à l'IDE de DP qui le raccompagne, de prodiguer les derniers conseils d'organisation, de commande de matériel et de contrôler l'adéquation entre matériel livré et prescription médicale. La présence d'une IDE du centre rassure le patient. En ce qui concerne le patient non autonome nous souhaitons la présence de l'infirmière extrahospitalière qui va le prendre en charge. C'est à ce moment qu'elle réalise le premier changement de poche du patient. Là encore la présence de l'infirmière formatrice s'avère rassurante et facilite le transfert de responsabilités.

LE SUIVI À LONG TERME

A. La consultation

La surveillance du traitement par DP se fait en grande partie à l'hôpital et fait intervenir médecin, infirmière, aide-soignante et diététicienne. Les consultations sont au moins mensuelles mais leur fréquence s'adapte avant tout à l'état de santé de chaque malade.

Le suivi, en grande partie commun à tous les dialysés, est clinique, biologique, diététique, et radiologique. Il permet d'évaluer la tolérance et l'efficacité du traitement, d'adapter la prescription et d'apprécier le

retentissement de l'IRC sur l'organisme, par différents bilans radiologiques et sanguins effectués mensuellement, trimestriellement, semestriellement et annuellement.

B. Les visites à domicile

L'intégration de la dialyse dans la vie du patient nécessite un soutien et un suivi à long terme de la part de l'équipe. Pour ce faire nous effectuons une visite à domicile dans les 4 semaines qui suivent le retour à domicile. Ceci nous permet d'apprécier la nouvelle vie du patient, de prévenir les complications liées aux éventuelles déviations du protocole de manipulation et de corriger les situations à risque. Cette mesure, appliquée avec tact, s'adresse aux patients autonomes ainsi qu'aux IDE libérales.

C. Les replis et complications

Lorsque l'état du patient nécessite une hospitalisation, cette dernière se fera dans l'unité de néphrologie. Les IDE de néphrologie assurent alors les soins généraux et l'équipe de DP intervient dans la prise en charge de la dialyse pour les malades dans l'impossibilité momentanée d'effectuer leur dialyse.

Quand le patient est hospitalisé dans une autre unité de l'hôpital et ne peut être transféré en néphrologie, les IDE de DP se déplacent et effectuent les soins relatifs à la dialyse.

CONCLUSION

Ces vingt années d'expérience nous ont permis :

- De passer de l'improvisation à l'organisation.
- De développer un réseau de soins avec nos partenaires extrahospitaliers (médecins traitants, infirmières libérales, médecins et infirmières d'institution, AURAL).
- De structurer la formation de ces mêmes partenaires.
- D'amener le patient à être acteur de son traitement et non plus passif, que ce soit dans le choix de la méthode, ou dans sa participation aux soins (comme, par exemple, ce patient qui a aménagé sa voiture pour pouvoir renouveler ses poches, tout en continuant son activité professionnelle).
- D'assurer une prise en charge globale du patient, et ce du suivi en pré-dialyse par le néphrologue jusqu'au suivi à long terme après la mise en route de la dialyse.