

UNE CONSULTATION INFIRMIÈRE ET DIÉTÉTIQUE DE PROXIMITÉ POUR LES MALADES RÉNAUX DANS LE LOT ET GARONNE



De la consultation néphrologique/ infirmière au CH... à la consultation infirmière et diététique en UAD

Véronique FRANÇOIS, Diététicienne, AURAD, Aquitaine-Lot-et-Garonne, Jean ARNAUTOU, Néphrologue, Christine NAZARIS, Infirmière, CH, AGEN

Une fois l'annonce du diagnostic de la maladie rénale chronique (MRC) faite au patient, celui-ci va demander, comme pour toute pathologie : « qu'est-ce qu'on fait ? »

Depuis 1996, la priorité donnée dans le service d'hémodialyse de l'hôpital d'Agen à l'autonomie des patients (leur capacité à prendre en charge, autant que possible, leur maladie rénale chronique : surveillance de la fistule, adaptation de leur alimentation, traitement etc.) a conduit à mettre en place une consultation infirmière de pré-dialyse.

Cette priorité est toujours d'actualité, et après plusieurs changements dans la forme, nous avons ajouté en 2009 une consultation extérieure à l'hôpital, à proximité plus immédiate des patients du département, et enrichie d'une Consultation Infirmière et Diététique (la CID).

La continuité du projet initial reste fortement soutenue par les néphrologues qui pensent que « le médecin ne peut pas tout, tout seul ». Une coopération interprofessionnelle est donc nécessaire, et la CID avancée en Unité d'Auto-dialyse (UAD) en est une application originale, pour relever un triple défi :

- Faire face au « papy-boom » avec un maillage néphrologique limité.
- Éviter le fléau du démarrage en urgence, sur cathéter.
- Promouvoir la dialyse de proximité.

La coopération médico-infirmière-diététique va du médecin généraliste, qui est le premier maillon de la chaîne, jusqu'à l'infirmier libéral de proximité, notamment s'il est spécialisé en dialyse.

En effet, surveiller une MRC modérée aide à en prévenir les complications et évite l'arrivée en dialyse en urgence (« perte de chance pour le patient et perte d'argent pour la société » Pr Junger, CH Necker).

Les objectifs prioritaires : favoriser l'accès des patients à une surveillance de proximité et à des actions éducatives, tenter de stabiliser l'évolution de la MRC afin de retarder si possible le recours aux traitements de suppléance et d'améliorer qualité de vie et vécu de la maladie.

Les patients accueillis à la CID-UAD sont au stade 3, 4 et 5 de la MRC (il s'agit parfois de greffés) ; bien entendu, la consultation est ouverte à leurs proches.

La CID-UAD a lieu en alternance avec les consultations néphrologiques médicales et infirmières au CH-AGEN, et avec celles du médecin traitant, en fonction de la pathologie du patient, du stade évolutif de la MRC et de son état de santé.

Cette consultation est assurée dans les antennes de dialyse de l'AURAD-Aquitaine (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à Domicile en Aquitaine) dans les 3 secteurs géographiques du Lot-et-Garonne, l'agenais (4 UAD) le villeneuvois (2 UAD) et le marmandais (3 UAD). Nous choisissons les UAD en fonction de leur disponibilité et de la proximité des patients.

Pour la période 2009/2013 l'activité peut se chiffrer comme suit (**tableau 1**).

Les objectifs du soignant-consultant sont de plusieurs ordres :

- Évaluer l'état général, identifier certains signes cliniques.
- Faire le lien entre les facteurs de risques et l'évolution de la MR.
- Décider de modifier des comportements, notamment alimentaire (boissons, sel, protéines...).
- Développer en l'encadrant, des compétences d'auto-surveillance, voire d'auto-traitement (ex : poids, TA, FAV, gestion des diurétiques...).

	2009	2010	2011	2012	2013
Nombre de jours de consultations	14	20	37	44	43
Nombres de patients vus	18	34	68	97	150
Nombre de consultations	27	40	114	155	196
Nombre de 1 ^{ère} consultation	18	26	48	55	82
Nombre de consultations de suivi	9	14	66	100	114
Nombre d'UAD d'accueil	6	6	7	7	8

Tableau 1

- Connaître les habitudes de vie et l'entourage du patient.
- Évaluer le retentissement psychologique et rassurer.
- Compléter l'information sur la maladie et les traitements de suppléance.
- Présenter le site d'accueil et le principe de l'autonomisation.
- Orienter vers d'autres acteurs de santé.

Pour atteindre ces objectifs, le soignant-consultant doit savoir écouter et reformuler les propos du patient, parler avec des mots simples, justes et compréhensibles, se mettre à la portée du patient et de l'accompagnant. Il ne doit pas porter de jugement (consultation n'est pas inquisition) et être capable d'empathie.

Les outils et les moyens utilisés lors de la CID-UAD sont les mêmes que ceux de la consultation hospitalière : trame informatique protocolisée, impédancemètre BCM® (Body Composition Monitor de Fresenius Medical Care), tensiomètre, stéthoscope etc., du temps : 45 min partagées entre l'infirmière et la diététicienne, la transmission au médecin néphrologue et au généraliste.

À travers cette consultation, nous suivons l'évolution de la MRC, l'observance des règles thérapeutiques et hygiéno-diététiques, le développement de l'abord vas-

culaire et nous dépistons les comportements à risques (prises d'AINS, diabète déséquilibré etc.). Nous accompagnons le patient vers le traitement de suppléance tout en l'y préparant : rôle éducatif et préventif pour le patient et pour l'entourage familial qui doit le soutenir (vaccination, adaptation du comportement alimentaire, de l'hygiène de vie etc.)

Comme on l'espérait initialement, et entre autres bénéfiques, la consultation de proximité semble bien permettre une diminution du démarrage de la dialyse en urgence sur cathéter et une augmentation du taux de transfert en dialyse hors-centre (**tableau 2**) :

En 2014, nous avons développé des partenariats avec des infirmiers libéraux de dialyse formés à l'ETP, trois d'entre eux participent à l'expérience.

Notre consultation infirmière et diététique de proximité illustre la percée en cours du concept de collaboration entre soignants médicaux et paramédicaux tel que la loi HPSP l'a formulée. C'est une plus-value pour la prise en charge du patient chronique qui en est le premier bénéficiaire, et l'appropriation d'un nouveau rôle pour les soignants.

	2009	2010	2011	2012	2013
Patients suivis et mis en HD dans la même année	5/18	8/34	12/68	13/97	12/150
Sur FAV	5	8	12	11	10
Patients transférés en UAD	4	7	9	10	7

Tableau 2