

# Dialyse

p é r i t o n é a l e

## LES CONDITIONS D'HABITATION POUR LA DPCA À LA RÉUNION

R.-M. DEQUELSON, *IDE coordonnatrice de la DPCA*

AURAR (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à la Réunion), Saint-Pierre, LA RÉUNION

Remerciements au Dr C. CHUET, Médecin Directeur de l'Association qui a accepté la réalisation de cet article.

**A** la Réunion, la DPCA débute en 1983, initialement dans le Nord, restant marginale jusqu'en 1987 : période où le Sud prend le relais et grâce à la participation des IDE libéraux et des nouvelles méthodes de traitement : Double poche, UV Flash et dernièrement la Dialyse Péritonéale Automatisée.

(Et peut-être aussi du fait de la saturation de l'hôpital de Saint-Pierre).

Nous avons à la Réunion au 1<sup>er</sup> Juillet 1996, 628 Insuffisants Rénaux traités en Dialyse. Dont :

– 608 en Hémodialyse.

– 20 en dialyse péritonéale.

Ce qui représente 3,1 % des IRCT en épuration extra rénale.

La dialyse péritonéale est essentiellement concentrée dans le Sud de l'île et représente pour cette région 9 % des prises en charge.

Actuellement, l'Association compte 18 patients en DPCA.

L'âge moyen est de 61 ans, avec une prédominance féminine : 15 femmes pour 3 hommes.

L'indication de cette méthode est envisagée entre l'équipe médicale et le patient. Si la prise en charge en DPCA est retenue, l'infirmière de l'Association est contactée afin de réaliser une visite à domicile, ainsi qu'un entretien avec le patient et la famille.

## PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

L'AURAR est une Association à but non lucratif, régie par la loi 1901, créée en 1983 par le Docteur GENIN, pour développer la dialyse hors centre sous toutes ses formes.

Une convention a été passée avec la Caisse de Sécurité Sociale de la Réunion pour la prise en charge de la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire.

La prise en charge de l'infirmière libérale est assurée directement avec la caisse de Sécurité Sociale après sa formation à la méthode (4 AMI par changement de poche).

L'infirmière de l'Association prend la relève de l'hôpital pour la continuité des soins à domicile, et assurer la bonne exécution de ceux-ci.

Le patient sera suivi mensuellement par un néphrologue, alternativement entre l'hôpital et l'Association, s'il n'est pas grabataire. En cas de problème nécessitant une hospitalisation, le patient est repris directement dans le service de Néphrologie, en particulier lors des épisodes de péritonite.

L'infirmière de l'Association assure l'installation du patient, le bon déroulement des soins et le suivi à domicile, et adapte les prescriptions avec l'équipe médicale, en fonction des patients ; elle alerte le service hospitalier sur son état clinique, par des passages réguliers.

Et peut avec la secrétaire de l'Association régler les différents problèmes administratifs qui peuvent se présenter, en collaboration avec les services sociaux.

Un climat de confiance est primordial entre l'infirmière, le patient et la famille.

Pour une mise à domicile, plusieurs facteurs entrent en jeu.

## CONDITIONS PSYCHOLOGIQUES

**A** – L'entretien commence par une discussion afin de sonder leur connaissance vis-à-vis de la méthode de traitement, et de ce qu'ils ont retenu de l'équipe médicale lors des différentes consultations.

Je me rends compte que bien souvent c'est avec l'infirmière que le patient cherche à connaître plus sur sa maladie, sur son traitement, sur son état et son devenir.

**B** – L'écoute du patient et de sa famille permet aussi de découvrir les qualités intellectuelles et physiques (la gestuelle, les différents handicaps, cécité et surtout la capacité de compréhension) ; et il en est de même pour l'acceptation ou non du traitement.

Bien souvent, on se heurte à un refus caché de cette méthode pour lui ou pour sa famille. Il s'agit alors de démystifier le traitement avec un vocabulaire simple et la maîtrise d'un parlé créole qui est important dans la plupart des familles.

**C** – Durant cette écoute, on s'aperçoit d'emblée si le patient s'assurera seul ou alors aura recours à une tierce personne.

Souvent ce sera le conjoint, si lui-même est autonome, ou bien souvent ce sera un enfant qui prend en charge son père ou sa mère.

De cette tierce personne, on sollicitera la prise en charge des soins en insistant sur l'importance du traitement tous les jours de l'année, sans interruption et cela 4 fois/jour. Devant la lourdeur de cette responsabilité, je demande toujours un temps de réflexion, et c'est seulement à ce

# Dialyse

## p é r i t o n é a l e

moment que l'infirmier libéral entre en jeu.

D – Ces premiers moments passés, le climat de confiance régnant, on engage un peu la conversation sur la diététique. En général, je n'insiste pas énormément : en estimant que cette 1ère visite n'est que la première phase d'entrée dans le traitement.

E – Le choix de la méthode de traitement est confirmé le jour même :

- 1) La Double Poche si le patient est autonome.
- 2) Le Home Choice patient autonome.
- 3) L'UV Flash : patient autonome ou tierce personne, ou IDE.

Le schéma d'installation dépend du type choisi.

### CONDITIONS D'ACCÈS

- 1) 1<sup>er</sup> élément nécessaire : le téléphone.

On a pu se rendre compte de son existence lors du RDV pris avec la famille.

- 2) De cette première visite on peut voir si la route est facilement accessible d'une part par le patient lui-même et pour la livraison du matériel.

- 3) Bien sûr Electricité.

- 4) Et Eau courante.

Il est à noter que l'Association a déjà dû intervenir auprès du maire pour une amélioration de l'habitat.

De même que pour la pose d'une ligne téléphonique. Si l'attente se fait trop longue, il arrive que l'Association fasse intervenir l'Assistante Sociale du secteur pour régler ces différents détails.

### CONDITIONS SOCIALES

Sur une période de 4 ans, j'ai quand même dû refuser 8 fois la mise à domicile :

\* Habitat avec sol en terre battue et absence d'eau courante ; souvent il s'agit d'une case en bois sous tôle, ouverte sur la cour.

\* Famille nombreuse avec impossibilité d'avoir une pièce isolée pour les soins.

\* Milieu alcoolique (je tiens à préciser que j'ai déjà été repoussée lors d'une visite par des enfants ivres, agressifs, refusant les soins pour leur parent).

\* Personne âgée vivant seule ayant un revenu insuffisant pour rémunérer une tierce personne.

De même que : si une personne âgée bénéficie d'une aide-ménagère, ce sera pour un nombre succinct d'heures/semaine. Ce qui n'est pas en faveur d'une prise en charge à domicile.

### INSTALLATION

Quand les conditions pour une prise en charge à domicile sont réunies, on décide alors du lieu où se feront les soins.

\* Dans une famille nombreuse, la salle de bains est évitée.

\* Quand cela est possible, la chambre à coucher est évitée.

\* Malgré des conditions modestes, les familles se dévouent pour trouver une pièce que pour les soins.

Dans cette pièce :

\* Absence de courant d'air : châssis vitré aux fenêtres ou aux portes (style nacos).

\* Arrivée d'eau : à proximité de la pièce choisie.

Mise en place d'un lavabo nécessaire pour le lavage des mains.

\* Prise d'électricité : pour les appareils et le réchauffeur.

\* Surface au sol : suffisante pour le mobilier et pour le dépôt de matériel qui est livré pour le mois.

\* Avec un sol pouvant recevoir de l'eau (pas de tapis, ni de moquettes).

\* Fauteuil ou lit pour le patient lors des changes de poches.

L'Association participe aux frais d'installation pour une valeur de 1 000 FF.

L'ensemble des travaux est réalisé par l'ouvrier de l'Association avec le concours de la famille.

L'apprentissage de la méthode par le patient est faite durant son hospitalisation lors de la pose du KT de DP.

Il en est de même pour la tierce personne ou l'infirmier libéral.

Sa durée est variable entre 3 séances pour l'IDE et 15 jours à 3 semaines pour les autres.

Pendant ce temps, l'Association s'occupe du domicile.

Il lui arrive aussi de former la tierce personne si l'effectif hospitalier est réduit.

### CONCLUSION

Si l'hémodialyse reste le traitement substitutif de référence de l'IRCT, la DPCA fait partie de l'arsenal thérapeutique : Grâce aux technologies modernes, le taux de péritonite est devenu acceptable et permet l'autonomisation des patients, et leur réinsertion socio-professionnelle.

La DPCA ne devrait pas toucher que les personnes âgées, les contre-indiqués de l'hémodialyse, mais devrait être proposée à chacun d'eux.