

Dialyse

p é r i t o n é a l e

INTÉRÊT DE LA PRISE EN CHARGE GLOBALE D'UN PATIENT EN D.P.C.A.

M. ASSEMAT, infirmière

A.V.O.D.D. Hyères, Centre Jean Hamburger, CHG, 83 Hyères.

INTRODUCTION

Nous aimerions vous faire part de notre expérience et de notre vécu au sein de la structure associative de l'A.V.O.D.D., structure qui permet à l'équipe soignante une disponibilité et une liberté d'action appréciable. En effet, cette forme de prise en charge tend à limiter, au moins partiellement, le taux énorme de défection de la DP. Voyons ensemble l'intérêt de la prise en charge globale des patients en D.P.C.A. au sein de l'A.V.O.D.D.

PRÉSENTATION DE L'ASSOCIATION

1. A.V.O.D.D. : Association Varoise pour l'Organisation de la Dialyse à Domicile.

2. Structure : l'A.V.O.D.D., qui existe depuis maintenant 10 ans, comprend à ce jour :

- 5 unités d'autodialyse, prenant en charge environ 100 patients, réparties sur tout le Var ;
- 1 unité d'hémodialyse à domicile, prenant en charge une trentaine de patients à domicile et une dizaine de patients en éducation ;
- 1 unité d'éducation de dialyse péritonéale, ouverte au mois de novembre 1991, prenant en charge 30 patients en moyenne.

L'ÉQUIPE DE D.P.C.A.

Elle comporte :

- 2 néphrologues à temps partiel ;

- 1 cadre infirmier à temps partiel ;
- 3 infirmières de D.P.C.A., dont 1 à temps partiel ;
- le pharmacien à temps partiel.

L'équipe se réunit une fois par semaine, pour faire le point sur chaque patient, discuter de nouvelles indications, revoir au besoin ses protocoles, son organisation. Mes collègues et moi-même préparons cette réunion la veille en téléphonant aux patients, en mettant les dossiers à jour au niveau des bilans biologiques, etc.

LA PRISE EN CHARGE GLOBALE DES PATIENTS, SON INTÉRÊT

A – L'entretien pré-dialyse

Depuis quelques mois, notre équipe a organisé régulièrement des entretiens pré-dialyse avec la majorité des futurs dialysés.

Une présentation simplifiée des 2 méthodes (HD et DPCA) est effectuée, ainsi qu'une rencontre, si possible, avec des patients dialysés (ou par entretien téléphonique) ; ainsi qu'un bref entretien avec la diététicienne et l'assistante sociale.

L'INTÉRÊT : cette approche permet au futur dialysé et à ses proches :

- de mieux connaître l'insuffisance rénale chronique et les contraintes et intérêts de l'épuration extra-rénale et ses différentes méthodes ;
- de se familiariser avec l'équipe, les locaux ;

– de moins appréhender, de dédramatiser le début de son traitement ;

– de participer considérablement sinon totalement au choix de la technique de dialyse : HD ou DP et leurs variantes.

B – La pose du cathéter : avant – pendant – après

• *La veille de l'intervention*, le néphrologue se rend avec une des infirmières dans le service de chirurgie où est hospitalisé le patient.

L'INTÉRÊT :

– définir le meilleur site possible d'émergence du cathéter ;

– nouveau contact avec le patient, discussion, réponse à ses questions, mise en confiance.

• *au bloc opératoire*, une des infirmières assiste à l'intervention.

L'INTÉRÊT :

– contrôler le bon fonctionnement du cathéter en le testant par un rinçage avant et après sa tunnelisation, le prolongateur de cathéter étant mis en place au bloc opératoire ;

– apporter un soutien psychologique important au patient qui reconnaît un visage familier ;

• *le suivi* est assuré en externe, le patient quittant le service de chirurgie le lendemain de la pose du cathéter. S'il n'y a pas d'urgence à la mise en dialyse, 2 ou 3 rinçages seront effectués à 5 jours d'intervalle.

L'INTÉRÊT :

– contrôler le bon fonctionnement du cathéter et vérifier l'aspect de l'émergence ;

– familiariser et rassurer le patient par rapport à l'équipe, à la technique, et à sa future éducation.

Dialyse

p é r i t o n é a l e

C – L'éducation du patient

Elle a lieu en ambulatoire, dans une des 2 salles prévues à cet effet dans notre centre, avec une infirmière référente.

Selon le patient, elle va durer de 1 à 2 semaines, à raison de 8 heures par jour environ, mais avec, évidemment, des aménagements de temps consacrés au repos du patient. Un dossier d'éducation sous forme de livret leur est remis.

Outre son côté proprement technique, l'éducation du patient comprend également :

- *Un entretien avec le pharmacien* : gestion du stock, commande de matériel, fréquence de livraison...

- *Un entretien avec la diététicienne* : établissement d'un régime personnalisé ;

qui sont prévus pendant sa présence dans le centre.

L'éducation se poursuit toujours 2 ou 3 jours au domicile du malade, pour une autonomisation progressive et adaptée.

Notre passage à domicile nous paraît enrichissant et améliore fortement les liens avec l'équipe soignante, le patient et sa famille : l'intimité du domicile contraste avec la froideur impersonnelle sinon étrangère des locaux médicaux où nous travaillons tous.

L'INTÉRÊT :

- une relation plus étroite avec le patient (repas, café, petites attentions...);

- une intégration rapide de la technique adaptée à son domicile (stockage du matériel, lieu des manipulations, installation optimale) ;

- la continuité de l'éducation à son domicile entraîne moins de fatigue pour celui-ci, d'où une meilleure disponibilité, réceptivité du patient.

D – L'éducation des infirmiers libéraux

Nous faisons appel à des infirmiers libéraux lorsque l'autonomisation complète du patient et/ou de sa famille s'avère impossible.

Notre choix s'orientera impérativement vers une équipe constituée d'au moins 2 infirmiers.

La formation a lieu au centre, à raison de 3 après-midi, dans la plupart des cas en présence de leur futur patient.

Celle-ci se terminera chez le patient, lors de sa mise à domicile.

Certains de nos patients sont pris en charge par des infirmiers libéraux uniquement pour la réfection du pansement de cathéter.

L'INTÉRÊT :

- maintien à domicile du patient ;

- l'équipe constituée d'au moins 2 infirmiers nous assure d'un suivi continu et régulier ;

- l'équipe infirmière devient alors une charnière importante, constante entre le patient et nous ;

- lorsque les infirmières ne prennent en charge que le pansement, c'est pour nous l'assurance d'un regard infirmier sur ces patients incomplètement autonomes et des soins satisfaisants au niveau de l'orifice de sortie ; en effet, nous n'avons constaté aucune infection de l'urgence chez les patients pris en charge par une équipe libérale.

E – Les visites à domicile

Elles font suite à l'éducation et à l'installation du patient à domicile.

Elles se font en moyenne une fois par mois en fonction des besoins des patients et de la charge de travail du service.

Pour les patients plus jeunes et autonomes, la fréquence sera plus espacée et

dans la majorité des cas, les problèmes se règlent par téléphone.

L'INTÉRÊT :

- connaître beaucoup mieux les divers problèmes médicaux, familiaux, économiques de chaque patient et leur retentissement, réciproque d'ailleurs, sur la dialyse péritonéale ;

- refaire le point des connaissances ;

- revoir les manipulations ;

- aider le patient à gérer son stock et sa pharmacie ;

- vérifier le bon état de marche du matériel (boîtier UV Flash, cycleur, pèse-personne, appareil à tension).

F – Le suivi au centre

- *Par téléphone* : appel une fois par semaine, ou plus, si besoin, pour les patients les plus lourds.

- *Les bilans mensuels*, avec consultation au centre une fois par mois ou une fois sur deux pour les patients qui, habitant loin et ne posant pas de problème, vont chez leur médecin traitant.

- *Les bilans trimestriels*, avec élaboration d'un KT/V et consultation au centre.

- *Les bilans semestriels*, plus complets, avec également l'élaboration d'un KT/V associés la plupart du temps à un changement de ligne et éventuellement un test APEX.

L'INTÉRÊT :

- suivi médical ;

- suivi psychologique surtout par rapport à des problèmes pouvant venir se greffer.

G – La gestion des problèmes majeurs

1 – Les infections

- *de cathéter* : elles sont traitées :

- par le patient lui-même lors d'une antibiothérapie d'application locale (gental-

Dialyse

p é r i t o n é a l e

line pommade, rifadine protamine...) avec un contrôle à la fin du traitement ;

- par un infirmier libéral, formé spécialement à ce moment-là, pour une antibiothérapie au niveau de l'urgence, voire pour une injection intra-tunnel ;
- par nous-mêmes, le patient préférant venir au centre ;

L'INTÉRÊT :

– prise en charge rapide et adaptée de ce problème.

- *du liquide de dialyse* : elles sont traitées en ambulatoire au centre avec toujours un passage en HD pour quelques séances, pour éviter une déperdition prothétique importante lors de ce type d'épisode.

L'INTÉRÊT :

- maintien à domicile ;
- dédramatiser cet incident.

2 – Les hospitalisations

• En cas d'hospitalisation de *courte durée*, le patient est généralement admis au CHG de Hyères dont notre centre est proche et nous nous déplaçons pour la prise en charge de sa DPCA.

• En cas d'hospitalisation en *moyen ou long séjour*, nous organisons la formation de toute l'équipe infirmière.

L'INTÉRÊT :

- assurer une continuité dans cette prise en charge ;
- soutenir psychologiquement le patient dans cette situation difficile, souvent mal vécue.

3 – Le repli en HD

A noter que la majorité de nos patients sont porteurs d'une fistule artério-veineuse. Pour un repli de quelques séances, le patient sera pris en charge dans l'unité d'éducation HD par nous-mêmes, dans la mesure du possible.

Si les séances doivent se poursuivre plus longtemps, le patient sera pris en charge dans l'unité d'autodialyse mais un rinçage de cathéter sera effectué tous les 10 jours par nous-mêmes, ainsi qu'une surveillance du pansement.

L'INTÉRÊT :

– contact privilégié avec le personnel qui le prend habituellement en charge en DPCA ;

– éviter de surcharger l'unité d'autodialyse.

LES RÉSULTATS DE CETTE PRISE EN CHARGE : LES CHIFFRES

D – Les sorties de DPCA

Sur les trois dernières années, 55 nouveaux patients ont été pris en charge.

Sur une moyenne générale de 30 patients permanents, *45 sont sortis* :

- 22 par décès : l'âge moyen de ces patients décédés est de 78 ans ; vous comprendrez bien volontiers que

12 sont sortis pour des affections sans rapport avec la DP

8 pour insuffisance coronaire

1 pour malnutrition

1 pour une affection néoplasique

• 20 par transfert en HD :

9 pour des causes non liées à la méthode

5 pour intolérance psychologique

2 pour insuffisance de dialyse

2 pour infection péritonéale

1 pour malnutrition

1 pour défaillance de l'aide

• 2 dus à des départs dans un autre centre

• 1 pour transplantation

soit un taux de sortie de 53 % ; de 50 à 56 % d'après la FEHAP

CONCLUSION

Nos patients en DP représentent une population âgée ; pour eux, l'attrait essentiel de cette méthode est la possibilité relativement simple de l'effectuer à domicile, préservant leurs habitudes et leur fragile autonomie.

Une de nos missions doit être d'assurer, de la meilleure façon possible, ce maintien « à la maison », base d'une qualité de vie satisfaisante.

Cet objectif incite toute notre équipe à s'organiser et à continuellement évoluer pour une prise en charge globale de nos patients.