

L

a personne âgée dépendante en DPCA

Infirmières DPCA - C.H. EVREUX

Ayant vécu une expérience négative dans notre service, nous avons essayé de trouver des solutions pour un futur patient non autonome.

Arrivé dans le service en octobre 1991, Monsieur G... est âgé de 70 ans. L'étiologie de son insuffisance rénale est d'origine vasculaire. Un programme de dialyse péritonéale est tout à fait indiqué dans ce contexte, mais l'état général et mental de Monsieur G..., ne permet pas qu'il se prenne en charge seul.

L'entretien avec l'épouse se révèle négatif. Elle refuse de prendre en charge son mari.

Nous sommes alors confrontés à la négociation d'une prise en charge par une infirmière libérale. Nous essayons un second refus. Les raisons évoquées par les infirmières libérales sont :

- le manque de temps
- le risque d'une mauvaise prise en charge par méconnaissance du traitement spécifique
- la peur de la désorganisation du travail déjà existant
- l'ignorance dans laquelle elles se trouvent vis-à-vis de la codification de l'acte.

Devant le flou existant entre l'hôpital et l'extra-hospitalier, nous avons enquêté auprès de nos collègues libéraux. Notre objectif est d'être prêt à affronter une situation qui risque de se renouveler rapidement, vu le vieillissement de la population.

Voici le questionnaire envoyé à 301 personnes; 97 réponses nous sont parvenues. (cf tableau)

Nombre de questionnaires :	envoyés 301	répondus 97	
Avez-vous connaissance du traitement d'un insuffisant rénal par dialyse péritonéale?	oui 37	non 46	un peu 14
En avez-vous rencontré parmi votre clientèle?	24	73	
Avez-vous été amené à lui prodiguer un soin autre que le traitement par dialyse?	20	4	Antibiothérapie, Insulinothérapie, prises de sang, pansement KT, soins d'ulcères
Seriez-vous prêt à participer à l'installation et au suivi d'un patient ayant obligatoirement besoin d'une assistance para-médicale	93	1	sans réponse 3
Dans le cas où cette méthode de traitement vous est inconnue, seriez-vous intéressé par une information?	96		1

Ces réponses reflètent :

- un manque certain de connaissance vis-à-vis de la méthode de traitement;
- une réelle angoisse envers la psychologie du patient
- une nécessité de formation.

Tout comme nous, infirmiers hospitaliers, l'ignorance est complète envers la nomenclature des actes.

Sur ce dernier point, pour compléter notre information, nous nous sommes renseignées auprès du médecin chef de la sécurité sociale; l'évaluation de l'acte n'est pas de notre ressort.

Après l'enquête notre première impression est que nous ouvrons une fenêtre de l'hôpital vers l'extérieur. Nous avons senti une réelle attente de nos partenaires libéraux.

Fort de notre expérience en dialyse péritonéale, nous sommes à même de leur fournir les informations demandées. La soirée débat est organisée le 18/06/92.

Soixante soignants participent à cette soirée.

Le débat fut animé par de nombreux échanges, répondant à leur attente et à leur inquiétude.

Deux cas se sont présentés rapidement après cette information.

Premier cas : En juin 1992, l'indication de DP pour Monsieur D... est posée. Ce patient de 83 ans est atteint d'une néphropathie en rapport avec une angiosclérose.

Il vit avec sa femme, elle aussi handicapée. Notre souhait est leur maintien à domicile, n'ayant jamais été séparés l'un de l'autre.

Deux infirmières associées du secteur de Monsieur D... acceptent de le prendre en charge. Elles avaient répondu au questionnaire et participé à la soirée d'information. La formation est assurée par une infirmière DP qui a pris en charge Monsieur D...

L'encadrement dure deux demi-journées.

La pose du cathéter péritonéal a été effectuée le 26/06/92, simultanément, une cure herniaire est pratiquée. De ce fait, trois semaines de repos sont nécessaires.

Monsieur D... rentre chez lui le 22/07/92.

Au fil des mois, la collaboration entre les deux équipes est bonne, ce en dépit de certaines difficultés mentales de la part du patient, à type de glissement (les transmissions se font par

téléphone en cas de problèmes urgents, sinon par l'intermédiaire du cahier de suivi de DPCA, lors des consultations).

Malheureusement, la DP est interrompue en raison d'un cloisonnement du péritoine. Le KT est retiré le 4/12/92.

Le relai est pris par l'hémodialyse en Centre à raison de deux séances par semaine à partir du 2/12/92. Monsieur D... est placé en maison de retraite accompagné de sa femme.

Le traitement est arrêté le 13/02/93 car il existe une altération importante de l'état général et mental. Le 23/03/93, Monsieur D... décède.

Deuxième cas : En juillet 1992, Monsieur V... âgé de 82 ans, est hospitalisé pour insuffisance rénale aigüe, anorexie, douleurs abdominales; l'étiologie est d'origine polykystique.

Le 29/07/92, première séance d'hémodialyse et pose du cathéter péritonéal.

Dans un premier temps, après concertation avec le médecin du centre, la famille souhaite prendre en charge Monsieur V... en dialyse péritonéale. Après réflexion sur l'importance des soins qui avait été sous-estimée, elle revient sur sa décision. Durant son hospitalisation, la DP est commencée le 03/08/92, Monsieur V... est désorienté et non désireux de poursuivre son traitement. Après déconnection de sa ligne, une péritonite survient le 11/08/92. Le protocole habituel est instauré.

La famille souhaitant poursuivre le traitement à domicile, elle nous communique les coordonnées d'une infirmière de leur quartier.

Après une demi-journée de formation, Monsieur V... rentre au domicile de son fils le 05/09/92.

Comme pour Monsieur D..., la coordination des soins entre l'IDE et l'équipe de DP est satisfaisante.

Le 09/10/92, Monsieur V... est hospitalisé pour amaigrissement, asthénie et état dépressif.

Le 11/10/92, Monsieur V... décède.

Suite à ces deux situations, nous constatons de bons échanges entre l'équipe hospitalière et privée.

Il est vrai que ces deux cas furent de courte durée; les deux patients ayant un âge avancé et un pronostic de vie limité.

D'autre part, le maintien à domicile pour ces personnes en fin de vie semble positif.

Monsieur D... est resté avec sa femme jusqu'à ces derniers moments.

Quant à Monsieur V... la charge de travail pour la famille était trop importante et aurait nécessité une hospitalisation prolongée dans le cas d'un décès plus tardif. Le bénéfice requis par la famille nous semble difficile à évaluer dans de telles circonstances.

Après avoir sollicité l'équipe médicale, nous avons conclu à la nécessité d'un entretien avec les prochains patients et leur famille pour mieux gérer et évaluer ensemble la gestion à domicile d'un patient en DPCA et de garder un contact permanent.