

Intervention des aides-soignantes dans l'enquête alimentaire en dialyse péritonéale

P. DHONNEUR Aide-soignante - F. DARDE Cadre infirmier - C. BLETIO - E. JAN Aides-soignantes - Service Néphrologie-Hémodialyse - Hôtel Dieu - 28 CHARTRES

INTRODUCTION

Aides-soignantes dans le service de Néphrologie-Hémodialyse à l'Hôpital de CHARTRES, nous faisons part de notre expérience originale en matière d'enquête alimentaire.

A l'hôpital de CHARTRES, le traitement par Dialyse Péritonéale(DP) a été débuté en Novembre 1994. Le bilan nutritionnel, primordial en D.P., a été commencé il y a 1 an 1/2.

Le contexte

- Aucune diététicienne de l'hôpital n'est attachée à notre service.
- L'Hôpital de Chartres se compose de 4 sites éloignés les uns des autres; Le service se situe à l'Hôtel Dieu, en ville, alors que les diététiciennes sont au Fontenoy, en périphérie de ville, ce qui rend problématique leur intervention dans le service.

Une expérience originale, Pourquoi? Par la participation des AS.

- C'est une volonté première du service d'établir une polyvalence de tout le personnel. (Médecins, cadre infirmier, IDE, AS)
- Or, les aides-soignantes interviennent peu auprès des patients dialysés péritonéaux.

Elles les prennent en charge comme tout autre patient uniquement lors des hospitalisations en Néphrologie, où ils sont admis pour leur éducation ou pour un repli.

ENQUÊTE ALIMENTAIRE : ORGANISATION

L'enquête alimentaire comprend 4 phases dont les 2 premières sont assurées par une même aide-soignante.

• La première consultation à J0

- (Le patient et son conjoint s'il le souhaite)
- Explication de l'intérêt de l'enquête, et comment la réaliser,
 - Le carnet alimentaire est remis au patient ; C'est le support qui l'aidera à réaliser son enquête.

• La seconde consultation à J8

- (Le patient et son conjoint s'il le souhaite)
- Recueil des données de l'enquête réalisée sur 3 jours par le patient. Le recueil est contrôlé par l'AS.

Eventuellement, des explications sont demandées au patient sur des réponses pas suffisamment claires.

Cette consultation coïncide avec une consultation infirmière et médicale.

- La saisie des données de l'enquête par le néphrologue sur le logiciel informatique

Profil validé par le RDPLF (Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française). C'est un logiciel de calcul d'ingesta. Le programme permet de calculer la quantité journalière consommée en grammes de protéides, de lipides et de glucides et la ration hydrique du patient.

- **La consultation avec la diététicienne.** (Le patient et son conjoint s'il le souhaite)

Le patient consulte la diététicienne avec une lettre du néphrologue et les résultats de l'enquête pour modifier ou non sa conduite alimentaire et recevoir des conseils diététiques.

DESCRIPTION DES CONSULTATIONS

RÉALISÉES PAR L'AIDE-SOIGNANTE

Le rôle de l'Aide-soignante est d'expliquer au patient le but de l'enquête alimentaire lors de la première consultation. Celui-ci a été prévenu de l'enquête lors de sa précédente consultation médicale de suivi.

Nous utilisons un classeur pour expliquer au patient le pourquoi et le comment de l'enquête alimentaire.

Il est fait en 3 parties :

1 - Les fiches informatives où nous rappelons que les règles d'hygiène diététique sont nécessaires en DP car il y a :

- ** une perte protéique dans le dialysat,
- ** une absorption du glucose des poches par le péritoine.

D'où les questions que nous posons au patient :

Mangez-vous assez de protéides? pas trop de glucides ? la ration hydrique est-elle adaptée ? Ne mangez-vous pas trop de graisses ? On explique la nécessité de faire l'enquête sur 3 jours car on ne mange pas tous les jours pareil.

2 - Il comprend une aide à : comment remplir le carnet alimentaire ?

On explique :

- ** Comment faire le relevé exact de ce que le patient consomme :
Aliments et boissons,
- ** Qu'il ne faut pas changer ses habitudes alimentaires pendant les 3 jours,
- ** Qu'il faut peser les aliments, quantifier les boissons en volume, ne pas oublier l'assaisonnement.

On veut tout savoir !!!

3 - Le carnet alimentaire qui est remis au patient comprend 3 feuillets :

- **1 feuillet aide technique** pour remplir les quantités énoncées

Indiquer la quantité de ce qui est consommé, c'est-à-dire le poids réel d'aliments et non une estimation. Il faut soustraire les déchets. Exemple : 1 steak de 150gr et non 1 bon steak Utiliser les étiquettes des emballages pour les quantités. Utiliser les unités ménagères (verre, tasse, bol...) en indiquant leur contenance au début du carnet alimentaire.

Exemples :

1/2 verre de Vichy

1 verre = 150ml

1 bol de lait demi-écrémé

1 bol = 300ml.

- **1 tableau récapitulatif des unités de mesure :**

Exemples : gr, ml, unité.

- **les feuillets à remplir à chaque repas** avec en haut et à gauche, le nom des aliments, suivi du nom de chaque repas, sans oublier les collations; et sur le reste de la feuille à droite, 4 colonnes dont 3 pour les 3 jours et la 4^{ème} pour le cumul des 3 jours qui est fait par le néphrologue.

Nous terminons la consultation par 1 feuillet que l'on remplit avec de bons et de mauvais exemples.

A la fin de chaque consultation, nous remplissons **une feuille d'évaluation** de manière à apprécier :

- Lors de la 1^{ère} consultation : la compréhension, l'écoute et la coopération du patient et son conjoint
- Lors de la 2^{ème} consultation 8 jours après: Comment le patient a rempli le relevé des données de l'enquête?

BILAN ET DISCUSSION

Bilan de la réalisation de l'enquête sur la première année :

Sur 12 patients en D.P., 8 ont été enquêtés, soit 66 %. Leur moyenne d'âge est de 65 ans (35 à 78 ans).

Les 4 autres patients ont une moyenne d'âge de 83 ans. Ils n'ont pas été enquêtés car :

- 1 vit en institution ; *Difficultés pour modifier les préparations culinaires dans une collectivité.*
- 1 reçoit ses repas servis par la ville; *Idem.*
- 1 est décédé avant le début de l'enquête,
- 1 pour qui l'enquête a dû être repoussée en raison d'un problème familial : décès d'un fils.

L'étude des fiches d'évaluation de la première consultation montre pour les 3 critères: compréhension, écoute et coopération :

75 % = Bon

25 % = moyen.

L'étude des fiches d'évaluation de la seconde consultation donne pour l'appréciation globale du relevé :

87,5 % très bonne.

12,5 % bonne.

Nos résultats sont satisfaisants, mais il faut se rappeler que l'âge moyen des patients enquêtés est de 65 ans donc qu'ils sont jeunes, ce qui a facilité le travail.

Bilan des résultats de l'enquête :

- * 3 patients sur 8 ont eu besoin d'augmenter leur ration protidique,
- * 3 patients sur 8 ont dû restreindre les rations lipidique et glucidique,
- * 2 patients sur 8 n'ont pas modifié leurs habitudes alimentaires.

CONCLUSION

Après un an d'enquête organisée comme nous vous l'avons présentée, voici les conclusions que nous tirons de notre expérience :

1 - Ressenti des 3 aides-soignantes

L'enquête a permis aux aides-soignantes de mieux connaître les patients dialysés péritonéaux. Les 3 AS interrogées parlent d'une expérience enrichissante, gratifiante pour elles et pour les patients et leurs conjoints qui ont été impliqués dans la gestion du traitement. Elles souhaitent systématiquement un temps en commun avec le néphrologue en fin d'enquête.

2 - Ressenti des diététiciennes

Bien qu'elles aient montré un intérêt pour cette démarche, elles l'ont considérée comme une surcharge de travail.

3 - Points négatifs

- Petit échantillon et pas assez de recul : seulement 8 enquêtes faites.
- Rôle mineur des diététiciennes obligatoirement **restrictif** pour les patients.

Les patients n'ont vu qu'une seule fois la diététicienne en bout de chaîne, malgré ce qui avait été convenu entre elles et eux, même si des modifications de régime ont été instaurées.

4 - Points positifs

- L'enquête a connu une bonne participation et une bonne compréhension

des patients avec des relevés utilisables.

- D'autres aides-soignantes ont envie de participer aux prochaines enquêtes. En 2000, 2 autres AS vont participer aux enquêtes.
- L'enquête a montré que certains patients ont dû changer leur conduite alimentaire alors que nous pensions qu'ils se nourrissaient bien.

PERSPECTIVES

- Le problème majeur est centré sur la disponibilité des diététiciennes, mais avant de recourir éventuellement à un centre d'éducation alimentaire, nous avons besoin de plus de recul et peut-être faut-il trouver le moyen de les réinvestir dans ce travail. Par exemple :

- Solliciter leur présence au moment de la première ou de la deuxième consultation,
- Améliorer le suivi diététique par plusieurs rencontres induites par nous, entre le patient et la diététicienne.

- Il reste le problème des personnes âgées et seules. Ces personnes sont souvent dénutries et pourraient bénéficier d'une enquête alimentaire. Comment la réaliser ?

- Les enquêtes se poursuivent. (1^{ère} enquête pour certains et 2^{ème} pour d'autres). L'objectif est : une enquête/patient/an au minimum. Nous avons actuellement 9 patients en DP.

- Le projet est d'étendre l'enquête nutritionnelle aux patients hémodialysés une fois la procédure bien rodée.

Remerciements :

Mme DAGUET Corinne Diététicienne, CH Pontoise.