

## OPTIMISATION DE LA PRISE EN CHARGE EN EHPAD DES PATIENTS EN DIALYSE PÉRITONÉALE

Les centres de dialyse sont confrontés au vieillissement des patients insuffisants rénaux chroniques.

**Stéphanie PLAGNES,**  
Infirmière - Clinique  
Les Genêts, Médipôle Sud  
Santé - Narbonne



**L**a Dialyse Péritonéale (DP) est une bonne indication thérapeutique chez la personne âgée : bonne tolérance hémodynamique, conservation de la diurèse imposant moins de contraintes diététiques, maintien du patient à domicile. Toutefois, ce mode de traitement peut s'avérer difficile à instaurer chez les patients séjournant en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD).

### Expérience de notre centre concernant ces Prises En Charge (PEC)

Le centre d'Hémodialyse de NARBONNE a été créé en 1989. Dès 1994, la Dialyse Péritonéale (DP) a été développée en collaboration avec l'Association pour l'Installation à Domicile des Epurations Rénales (AIDER) pour la partie logistique. Deux néphrologues et 1 Infirmier(e) référente s'occupaient du suivi médical.

Avec l'arrivée en 2003 d'un troisième néphrologue, la DP a pris de l'ampleur. De 15 patients initialement, nous sommes à ce jour en moyenne à 30 patients installés pour 4 IDE. Nous proposons aussi bien la DPCA que la DPA, en adaptant le matériel et la technique au patient ou aux IDE à former. La population d'insuffisants rénaux vieillissant, nous avons vite été amenés à prendre en charge des patients en DP issus d'EHPAD ou susceptibles d'y séjourner. Pour l'équipe infirmière du service d'éducation, deux périodes distinctes concernant ces PEC sont individualisées : de 1994 à 2009, et à partir de 2010, correspondant à deux charges de travail différentes.



En 1994, l'équipe IDE du service d'éducation s'occupait de toutes les démarches, par téléphone, auprès des structures. Souvent, le cathéter de DP avait déjà été posé et la dialyse était commencée, il fallait donc trouver rapidement une structure acceptant d'accueillir notre patient. Si l'hémodialyse était bien connue et ne posait pas de problème d'organisation au sein de l'établissement, la DP par contre inquiétait le directeur et le personnel de l'EHPAD. Ils ne savaient pas en quoi consistait la technique et la voyaient surtout comme une charge de travail supplémentaire inacceptable. Il fallait expliquer, argumenter, persuader.

Lorsqu'un accord de principe était obtenu, il fallait parfois trouver des IDE libérales voulant intervenir au sein de l'établissement. Enfin, notre dernière difficulté était notre manque d'information concernant les ressources du

patient, les aides auxquelles il pouvait prétendre et tout autre aspect financier inhérent à la structure pour lesquelles nous n'étions pas compétentes. Lorsque toutes les conditions d'accueil du patient étaient réunies (structure et ou IDE), la formation des IDE libérales ou de l'EHPAD était assurée à la clinique, mais il nous est arrivé de nous déplacer au sein de l'établissement pour former plusieurs personnes en même temps. Cette formation ne reposait sur aucun programme défini. Les IDE venaient quand elles pouvaient et autant de fois qu'elles le pouvaient. Nous ne faisons pas de visite pré-installation systématique de la structure. Cette façon de procéder entretenait souvent la réticence du personnel de l'EHPAD envers la formation et la prise en charge du patient ; pour le patient lui-même, cette situation était difficile à comprendre, l'hospitalisation se prolongeait rendant la technique parfois mal acceptée.

A partir de 2010, la situation a évolué. Plusieurs facteurs sont rentrés en ligne de compte : l'arrivée d'une assistante sociale supplémentaire à l'AIDER, une dérogation accordée par la CPAM et l'ARH du Languedoc-Roussillon à l'AIDER concernant la PEC de la tarification de la DP au sein des EHPAD, et surtout notre ressenti face à la prise en charge de ces patients. A la suite d'un long entretien avec le service social de l'AIDER, notre procédure a été modifiée.

A l'heure actuelle, lorsque le néphrologue nous adresse un patient en consultation pré-dialyse qui souhaite être traité par DP, nous prenons contact immédiatement avec l'assistante sociale de l'AIDER qui prend rendez-vous avec la direction et le personnel de l'EHPAD. Elle explique les modalités du traitement, informe sur les tarifications, les forfaits, les aides, et précise le rôle de chaque intervenant. Ce n'est que lorsque l'accord de prise en charge est obtenu que le cathéter de DP est posé. Une convention tripartite est alors élaborée, définissant de façon claire le rôle de l'Association, de l'EHPAD et du néphrologue référent.

Nous prenons ensuite contact avec le personnel soignant de la structure pour préciser les modalités de la formation et prendre rendez-vous. La formation repose sur un programme défini, mais est toujours adaptée aux contraintes de la structure et à la disponibilité du personnel, en proposant une formation sur site si nécessaire. Il est bien précisé qu'il y sera consacré autant de temps que nécessaire. La visite pré-installation à l'EHPAD est devenue systématique, pour rencontrer la direction, le médecin coordinateur s'il y a lieu, le personnel paramédical et hôtelier. Nous définissons ensemble le lieu de stockage du matériel et essayons d'adapter les horaires des échanges péritonéaux à la vie de la structure et au bien-être du patient. C'est pourquoi certains patients sont traités par Dialyse Péritonéale Automatisée (DPA), car cette modalité de traitement est souvent préférée par les équipes soignantes à la Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire (DPCA) en raison du moindre nombre d'interventions nécessaire. Cette visite pré-installation permet de poser les bases de notre collaboration future.

La formation est débutée le plus tôt possible même si le patient n'est pas encore rentré dans la technique : c'est du temps gagné sur l'hospitalisation ultérieure. Les démarches administratives auprès de l'AIDER sont faites (livraison du matériel, interventions techniques).

La DP est mise en route et dès que l'état général du patient le permet nous l'installons. Une IDE de la clinique se déplace pour réaliser la première dialyse sur site avec le personnel qui va prendre en charge le patient. Elle vérifie le matériel livré, donne les derniers conseils (nutrition, traitement...), et rassure l'équipe et le patient. C'est une étape capitale qui permet de faire le relais avec l'EHPAD et atteste de notre disponibilité au moindre problème.

Depuis 1994 nous avons pris en charge 180 patients en DP. Du 1/01/1999 au 31/12/2011, 12 patients ont été installés en EHPAD. Cette solution fut pour 1 patient un bon compromis avant son retour à domicile, ce qui montre que même pour une courte période certains établissements sont prêts à s'investir dans ce type de traitement.

Du point de vue de notre équipe infirmière, l'évolution de la prise en charge du patient est considérable : nous ne sommes plus parasitées par les problèmes de recherche d'établissement et nous pouvons nous consacrer pleinement à la formation. L'hospitalisation initiale du patient est moins longue, la technique mieux acceptée et nous constatons après l'installation moins d'appels téléphoniques pour des problèmes techniques, mais plutôt pour des conseils.



Notre expérience montre bien que le séjour des patients en EHPAD n'est pas un frein au choix de la DP. Même si les prises en charge initiales ont été compliquées, elles sont à présent grandement facilitées grâce à la collaboration avec le service social de l'AIDER et la mise en place de la convention tripartite. Le temps infirmier consacré à la formation et l'éducation est optimisé et les relations avec les EHPAD se sont harmonisées pour le bénéfice du patient.

En espérant que le décret ministériel de novembre 2011 facilitera encore ces prises en charge.