



**Zineb ALILI, Mireille BRETONNEL**, Infirmières,  
**Réjane PRIGNIEL**, Cadre de Santé – Service d'Hémodialyse  
Hôpital Privé Paul d'Egine – CHAMPIGNY SUR MARNE

## Mieux connaître pour mieux soigner

**L**es patients hémodialysés de plus en plus âgés, cumulant de multiples comorbidités, sont fréquemment hospitalisés.

Nous avons constaté que les équipes soignantes des différents secteurs d'hospitalisation hors néphrologie se retrouvaient confrontées à la prise en charge de nos patients sans tenir compte de leurs spécificités de dialysés. Devant cette situation insatisfaisante, nous avons tenté d'analyser les causes de cette prise en charge inadéquate afin de mener des actions d'amélioration de la qualité des soins.

Notre centre d'hémodialyse accueille 48 patients, avec une moyenne d'âge de 70 ans. Nous avons comptabilisé 410 journées d'hospitalisation pour l'année 2008 dont 70% en soins intensifs de cardiologie et en médecine et 30% en chirurgie (vasculaire, orthopédique) et en ambulatoire.

Pour comprendre les causes de cette prise en charge inadaptée (prise de poids excessive, régime diététique non respecté, prélèvements sanguins en dehors des dialyses...) nous avons élaboré un questionnaire qui a été distribué à toutes les équipes soignantes. Son analyse a permis de mettre en évidence une méconnaissance du patient dialysé et une mauvaise coordination entre les équipes :

- 99% des soignants indiquaient que le rapport de séance de dialyse était difficile à exploiter.
- 25% soulignaient le manque de transmissions médicales et paramédicales.
- 90% ressentaient le besoin de compléter leur connaissance sur la prise en charge du patient hémodialysé avec un intérêt particulier pour la technique d'hémodialyse, la psychologie du dialysé, le régime diététique...
- 45% souhaitaient assister au déroulement d'une séance de dialyse.



Suite aux résultats de cette enquête, nous avons décidé de créer des outils de formations et d'informations :

- **Un diaporama** : intitulé « Un dialysé hospitalisé : un patient pas comme les autres » abordant les éléments suivants :
  - La définition de l'insuffisance rénale chronique.
  - Les causes et les signes de l'insuffisance rénale chronique.
  - L'hémodialyse.
  - Les abordus vasculaires et leur prise en charge.
  - Le régime du dialysé.
  - Les conseils pratiques.
  - Les autres particularités du dialysé : impact de la maladie chronique sur sa psychologie, sa vie sociale et familiale, sur sa sexualité, sur la relation soignant-soigné.

- **Un guide sur la prise en charge du dialysé** : livret reprenant le contenu du diaporama.



- **Une fiche plastifiée** : intitulée « précautions particulières pour les patient hémodialysés » destinée à être affichée dans la chambre du patient pour guider les équipes soignantes, et les visiteurs.



- Nous avons distribué six mois après un deuxième questionnaire à nos collègues afin d'apprécier le résultat de notre formation. Avions-nous répondu à leurs attentes sur chaque point abordé ? Se sentaient-ils plus aptes à prendre en charge un patient dialysé hospitalisé dans leur service ?
- Nous avons également évalué sur les 3 premiers mois de l'année 2009 la qualité de la prise en charge de nos patients en hospitalisation en nous basant sur les 4 critères suivants :
  1. Le respect de la restriction hydrique : prise de poids < 3 kg.
  2. La kaliémie avant dialyse : < 5,5 mmol/l.
  3. Le respect des abords vasculaires.
  4. L'organisation des rendez-vous du patient par rapport au planning de ses dialyses.

## Résultats

La moitié des questionnaires distribués nous a été rendue.

Parmi ceux ayant assisté à la formation :

- 99% ont déclaré avoir mieux compris l'insuffisance rénale chronique, ses causes, ses signes, ainsi que le traitement par hémodialyse et les précautions à prendre vis-à-vis des abords vasculaires.
- 90% pensaient mieux faire respecter le régime diététique et les restrictions hydriques.
- 70% ont estimé savoir mieux utiliser les médicaments liés à l'insuffisance rénale chronique.
- 60% pensaient être d'avantage préparés pour établir une relation plus compréhensive vis-à-vis du patient hémodialysé, parfois exigeant.

Suite à cette formation, nos collègues d'hospitalisation ont créé une fiche de transmission ciblée « hospitalisation/dialyse » nous informant plus particulièrement des apports liquidiens et alimentaires (boissons, perfusion, aspiration, à jeun...).

Nous avons noté les résultats de nos actions selon les 4 critères d'amélioration de la qualité de prise en charge chez 11 de nos patients hospitalisés pendant les 3 premiers mois de l'année 2009, soit 110 journées d'hospitalisation. Seuls deux patients ont présenté une

prise de poids supérieure à 3 kg entre deux séances. Aucune kaliémie n'était supérieure à 5,5 mmol/l. En ce qui concerne le respect des abords vasculaire, dans 80% des cas, les prélèvements sanguins ont été regroupés lors de la séance (sauf urgence) afin de limiter les ponctions, de préserver le capital veineux, et d'éviter des douleurs supplémentaires. L'application de crème anesthésiante sur la FAV n'était pas réalisée chez les deux patients non autonomes et bien souvent les pansements mis à la fin de la dialyse précédente étaient toujours en place 48 heures après.

Nous n'avons pas constaté de pansements décollés ou mouillés chez nos patients porteurs d'un cathéter central.

Pendant cette période, en dehors des interventions urgentes (bloc opératoire, coronarographie...), nous n'avons pas relevé de problèmes d'organisation des rendez-vous par rapport aux jours et aux horaires des dialyses.

## Discussion

La formation que nous avons réalisée et la création des différents outils nous ont procuré beaucoup de satisfaction. Nous avons pu partager nos connaissances en hémodialyse avec nos collègues d'hospitalisation et instaurer un dialogue enrichissant. Grâce à ces rencontres, les équipes anonymes sont devenues des visages

et des noms. Nous avons pu échanger nos difficultés respectives. Depuis, notre initiative a été reprise par les infirmières de chirurgie qui ont également réalisé une formation pratique sur la prise en charge du patient stomisé.

Les prélèvements sanguins sont réalisés pour la majorité en dialyse, et nous nous déplaçons dans les services pour les bilans urgents, ceci d'autant plus facilement que nous connaissons mieux nos collègues.

Si la surveillance des pansements de cathéters ne pose plus de problème, en revanche, nous retrouvons encore trop souvent ceux des FAV posés lors de la dernière dialyse soulignant à notre avis un manque de surveillance. Avons-nous suffisamment expliqué l'importance du contrôle du thrill et de l'hygiène dans la préservation de la FAV ?

Nous avons décidé d'insister davantage sur ce point lors des prochaines formations. Parallèlement, nous avons ajouté dans le dossier infirmier d'hospitalisation les fiches sur les règles de bonne pratique concernant la prise en charge de la FAV ou du cathéter issues du diaporama (ci-dessous et ci-contre).

Les personnels soignants d'hospitalisation ont pris conscience des exigences du patient hémodialysé. Nous avons constaté une nette amélioration en ce qui concerne la restriction hydrique et le contrôle de la kaliémie.

## REGLES DE BONNE CONDUITE POUR LA FAV

7

- ✗ Pas de prise de TA sur le bras porteur de la FAV.
- ✗ Pas de ponction de la fistule (injections, bilans, perfusions). Prévoir les prélèvements sanguins avec le service de dialyse. (document référencé n°DIA/FT/119 affiché au lit du patient).
- ✗ **Pose de patch analgésiques** au niveau des zones de ponction **au moins 1 heure** avant la dialyse
- ✗ Pas de vêtements serrés.
- ✗ Pas de contention serrée.
- ✗ **Maintenir une bonne hygiène du bras de la FAV.**



## REGLES DE BONNE CONDUITE POUR LE CATHETER

9

- ✗ Le pansement doit rester **occlusif**.
- Le renforcer si besoin mais ne pas le refaire
  - **Ne pas le mouiller** au moment de la toilette pour éviter la macération (source d'infection)
- ✗ **Utilisation exclusive** au traitement de l'hémodialyse. (pas de perfusion, pas de prélèvement).
- ✗ **Si saignement** : contacter l'équipe d'hémodialyse.



### Conclusion

Un patient mieux connu est un patient mieux soigné. Nous avons compris que la prise en charge inadéquate des patients dialysés hospitalisés dans des secteurs hors néphrologiques, résidait surtout dans le manque d'informations et une mauvaise communication. Elle n'était pas liée à des négligences ou des oublis.

Des bouteilles d'eau d'1/2 litre/24h ont été attribuées aux dialysés, remplaçant les précédentes bouteilles d'un litre et demi. La nécessité de la perfusion a été davantage remise en question, des régulateurs de débit ont été commandés par la pharmacie. L'arrivée de la diététicienne a été indispensable pour élaborer, dès la commande, des menus adaptés à nos patients hospitalisés.

La majorité des personnes ayant suivi la formation a été très satisfaite par les notions transmises sur la psychologie du patient chronique hémodialysé. Il est vrai que ce patient vit déjà des contraintes importantes. Hospitalisé, il est souvent inquiet vis à vis de la continuité de sa prise en charge ayant l'habitude d'être entouré de personnes qu'il connaît bien et qui le connaissent. Nous sommes un peu sa « deuxième famille ». Lors de nos rencontres, de nombreux soignants ont exprimé leurs difficultés à gérer ce patient « exigeant », « qui a l'air de bien connaître sa maladie », « entouré d'une famille envahissante ». Ils se retrouvent souvent déstabilisés, voire agressés et adoptent une attitude d'évitement par rapport au patient.

La présence d'une psychologue attachée aux patients hémodialysés et aux personnels les prenant en charge est fortement souhaitable.

Notre support de transmission « dialyse/hospitalisation » a été bien accueilli par les services. Nos collègues ont également cherché à améliorer la qualité de communication autour du patient dialysé en créant une fiche de transmission ciblée « hospitalisation/ dialyse ». Le fait de mieux nous connaître a rendu les transmissions plus faciles. Il y avait moins d'inquiétude chez nos patients sentant une plus grande coordination entre les services les prenant en charge.

L'invitation des personnels dans notre service a été un moment riche en échanges. Après la formation théorique, le traitement par hémodialyse se concrétisait. Nos patients ont apprécié notre démarche d'expliquer à nos collègues leur vécu de dialysés et la complexité du traitement.

Nous avons conscience que tout le personnel n'a pas pu suivre notre formation, elle sera reconduite dans le temps. Certains services ont eu des difficultés à libérer leur personnel en poste. Malgré le décalage des horaires de formation en début de soirée, nous regrettons le peu de participation des infirmières et aides soignantes de nuit, certainement lié au fait du nombre important de vacataires.

La mise en place de nos différentes actions a représenté un investissement important pour tous les services (hémodialyse, hospitalisation, service qualité, diététicienne), mais cela s'est fait dans un esprit d'équipe dans l'intérêt du patient.

Une meilleure communication s'est établie entre les différents services de notre hôpital. Elle a été facilitée par les nouveaux supports certes, mais surtout grâce aux rencontres qui ont humanisé les transmissions autour du patient entre les différents soignants.

Notre service n'est plus une unité de soins fermée et repliée sur son insatisfaction. Nous en avons ouvert la porte et reçu autant de bénéfiques que nos patients dialysés.

### Bibliographie

1. *Résultats de l'enquête épidémiologique* ; P. Jungers et coll. *Néphrologie 2000*.
2. « *Guide du savoir manger à l'usage du dialysé* » ; Pr Fouquet, Dr Chauveau, ROCHE
3. « *Bien vivre en dialyse* » ; GENZYME « *faire comprendre le traitement à mon patient* »
4. « *Comprendre pour mieux vivre. Le rein dans tous ses états* » ; Pr Canaud, AMGEN