

Dialyse

p é r i t o n é a l e

QUELS MOYENS POUR AMÉLIORER LE SUIVI DE LA DP CHEZ LES PATIENTS HOSPITALISÉS DANS UN SERVICE AUTRE QUE LA NÉPHROLOGIE ?

O. GIRARDI / M. RABUT / J. GRANDJEAN, *infirmières*

AGDUC, CHU Grenoble, BP 41, 38701 La Tronche Cedex.

INTRODUCTION

Comme cela se voit aussi ailleurs, notre population prise en charge en dialyse (notamment en DP) est de plus en plus âgée. Ceci est confirmé par l'élévation progressive de l'âge moyen, qui est actuellement à 74 ans pour nos patients en DP.

Ceci ne manque pas de poser quelques problèmes, car avec l'âge, les hospitalisations non liées à la DP sont plus fréquentes.

Si dans le service de néphrologie (notre service de repli) ceci ne pose pas de problèmes majeurs, il en va tout autrement dans les autres services.

SITUATION LOCALE

A Grenoble, la prise en charge des patients en DP n'est pas faite dans le service de néphrologie du CHU, elle est réalisée au sein de l'association (AGDUC), dans une structure exclusivement réservée à cet effet. Nous disposons d'une unité de DP avec une équipe complète (IDE, assistante sociale, diététicienne, médecins). Les infirmières de néphrologie sont formées pour assurer la DP des patients en repli dans le service, où des chambres sont réservées à la DP.

Les difficultés commencent dès que le patient doit être maintenu dans un service spécialisé autre que la néphrologie (chirurgie, cardiologie, réanimation, etc.).

Les problèmes rencontrés au cours de ces hospitalisations sont de plusieurs types.

Problème d'ordre général

– Localisation géographique : certaines structures d'hospitalisation sont éloignées de l'unité de DP.

– Nécessité d'une formation au moins succincte du personnel infirmier aux gestes techniques de la DP. Cette formation peut prendre plusieurs jours si l'on veut former l'ensemble de l'équipe, en tenant compte des roulements du planning.

– Livraisons du matériel à réaliser dans le service d'accueil.

Problèmes liés aux équipes rencontrées

– Il s'agit soit d'un désintéressement total et d'un manque évident de motivation, en raison d'une méconnaissance totale de la dialyse comme moyen thérapeutique ;
– soit d'une angoisse devant l'inconnu, la peur des complications ;
– soit d'un manque réel de disponibilité dans les services surchargés, malgré un intérêt évident pour la méthode.

Tout ceci fait que la DP est très souvent vécue comme une surcharge de travail, acceptée avec difficulté, et entraînant une mauvaise appréciation de l'importance d'une bonne gestion du traitement dialytique.

Parfois, on se heurte au refus de l'équipe, obligeant à prendre en charge par nos soins, la dialyse du patient pendant son hospitalisation.

Ceci entraîne :

– une perte de temps lors des déplacements, aux dépens du travail dans l'unité de DP,

– des perturbations importantes au niveau du planning de l'unité (petite équipe d'IDE comportant un temps plein et 2 temps partiels) en raison des contraintes horaires des échanges,

– un nombre de poches minimisé, d'où risque d'insuffisance de dialyse.

L'utilisation d'un cycleur a parfois permis de résoudre le problème des contraintes horaires, mais ce mode de traitement n'est pas toujours possible pour tous les patients (caractéristiques de la membrane, fonctionnement du KT) et dans tous les services.

Quelles solutions ?

1. Faire un travail de fond : initiation des élèves dans les soins infirmiers, mais les résultats sont plutôt aléatoires.

2. Faire une information la plus large possible aux différents personnels en place dans les divers services ; ceci n'est pas facile.

3. Créer peut-être au niveau de l'unité de DP un poste d'IDE dont le rôle serait essentiellement orienté vers les interventions hors centre – mais il y a là aussi de multiples obstacles (budget, etc.)

CONCLUSION

Il s'agit d'un problème complexe. Il se pose de façon différente selon la structure dans laquelle on évolue. Il nécessite qu'on y apporte des solutions adaptées à chaque situation locale.