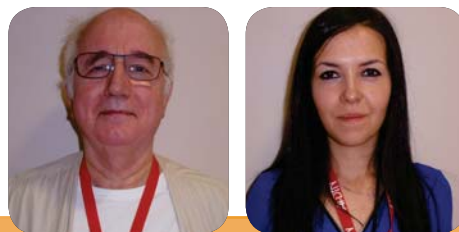


LA DIALYSE HORS CENTRE LOURD :

Bien au delà de l'éducation thérapeutique pour celui-ci



Richard MONTAGNAC, Chef de service,
Yolaine DE BRITO, Infirmière,
Service d'hémodialyse, CH, TROYES

L'installation de patients hémodialysés dans des structures hors centre lourd (auto-dialyse ou unité de dialyse médicalisée) répond aux dispositions réglementaires et permet de prendre en charge tous les patients relevant du bassin de recrutement du centre lourd de référence.

Un Centre Hospitalier peut être médicalement responsable de telles unités dont, par contre, la responsabilité administrative est assurée par une association, parfois géographiquement éloignée.

Différentes tâches vont donc incomber à la structure hospitalière et à son personnel, sans que les moyens en soignants et en lits ne lui aient été véritablement octroyés pour pallier cette charge de travail supplémentaire. Nous rapportons ici notre expérience.

PRÉSENTATION DES ACTEURS

Depuis août 1984, date d'ouverture de notre première unité d'auto-dialyse, nous avons créé au fil du temps et pour des durées variables, autour du Service du Centre Hospitalier de Troyes (CHT), 9 centres d'Auto-Dialyse (AD) et 1 Unité de Dialyse Médicalisée (UDM) sous l'égide administrative de l'Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile (ARPDD) qui siège à Reims à 130 kilomètres, liée au CHT par une convention. Y ont été installés au total plusieurs centaines de patients qui n'avaient et n'ont pas tous le parfait profil de l'auto-dialysé car nous avons, pour certains, vu l'éloignement du centre lourd, privilégié la dialyse de proximité¹, plutôt que le respect absolu des définitions alors en vigueur. Actuellement nous gérons médicalement 2 unités d'AD de chacune 12 postes et 1 UDM de 16 postes. Au 31/12/2014, 53 patients étaient traités en AD, 38 en UDM et 73 au centre lourd (CHT).

Celui-ci dispose de 19 postes de dialyse et, sur le plan personnel médical et paramédical, de 4 équivalents temps plein médecins, d'un cadre de santé, de 15 équivalents temps plein IDE, de 11 aides-soignantes, de 4 agents des services hospitaliers, d'1,8 postes de secrétaire et d'1 technicien.

Les étroites relations entre le CHT et ces unités hors centre ont toujours été et sont d'une extrême importance et d'un grand intérêt réciproque, mais elles occasionnent un surplus d'activité notable, quasi quotidien, parfois lourd, dont nous évoquons ici les différentes

facettes :

- formation des infirmier(ère)s de l'ARPDD
- formation des patients destinés à l'AD
- transferts des patients du centre lourd vers le hors centre
- replis des patients dialysés hors centre vers le centre lourd

LE VOLET ÉDUCATIF

► La formation des infirmier(ère)s de l'ARPDD

Indispensable pour leur apporter les compétences nécessaires à la prise en charge des patients en AD et en UDM, elle est assurée au CHT durant quatre semaines (parfois plus si nécessaire) et suivie de deux semaines en doublure dans les unités Hors Centres (HC).

Les IDE tuteurs du CHT disposent d'une grille d'évaluation, scindée en compétences à acquérir chaque semaine, qui a été créée par un groupe de travail du centre lourd pour homogénéiser les apports théoriques et la formation pratique procurés à l'ensemble des infirmier(ère)s ainsi formés.

Pour sécuriser, rassurer et simplifier notre fonctionnement, générateurs, dialyseurs et informatique sont communs aux CHT et HC.

Depuis environ 16 ans, le service du CHT et ses satellites HC ont le même logiciel informatique et sont reliés entre eux par une connexion à distance de type VPN (Virtual Port

Network) permettant l'utilisation partagée d'une base commune de données-patients².

Ainsi le CHT et les unités HC disposent réciproquement en direct et en permanence, non seulement des dossiers des patients mais également des bilans acheminés par une navette hospitalière des 2 hôpitaux proches des unités HC, réalisés dans les laboratoires de ceux-ci, et stockés dans le serveur commun.

La formation comporte :

- La présentation du CHT, de son service d'hémodialyse et du fonctionnement de celui-ci avec les unités HC.
- L'apport de connaissances théoriques : fonction rénale et complications de l'urémie, abords vasculaires, traitements médicamenteux, conseils hygiéno-diététiques...
- La connaissance du traitement d'eau, de sa surveillance et de son éventuelle gestion en urgence (complétées ensuite sur place HC).
- L'organisation d'une séance de dialyse et la préparation du matériel nécessaire et des dialyseurs
- L'apprentissage du générateur, simplifié par le fait qu'il n'y a qu'un seul modèle dans toutes les unités. A cet effet, différents documents et supports visuels ont été élaborés pour apporter toutes les informations nécessaires à la formation des IDE, comme des patients.
- L'apprentissage des ponctions des abords vasculaires (il n'y a pas de cathéters veineux centraux dans les unités HC).
- L'apprentissage des branchements et débranchements, ainsi que celui de certains protocoles et/ou techniques : branchement à blanc; circuit fermé; changement de générateur en cours de séance du fait d'une panne ; gestion des hématomes post ponction, des crampes, et d'incidents divers...

- La familiarisation avec la réalisation des différents bilans et leur acheminement aux laboratoires par un transport interne.
- L'apprentissage du dossier informatique commun : déplacement dans les différents onglets et chapitres; changements de différents paramètres; traçabilité de séances et de l'EVA; création et gestion des éphémérides; (dé) planification des patients en harmonie avec le planning du centre lourd ; impression des comptes rendus de consultations et des résultats, ainsi que de certains documents; messagerie pour informer les médecins d'éventuels problèmes, demandes...
- La connaissance des divers moyens de communication utilisables et à choisir selon les besoins (urgence; simple avis ou information; demandes diverses de courriers, de certificats, d'ordonnances, ...) et les intervenants sollicités

► **La formation des patients**

Celle-ci devant être prise en charge en AD est destinée à leur apporter les connaissances nécessaires à leur autonomisation.

Pour l'apprentissage du générateur (montage des lignes, préparation, nettoyage, ...), les supports éducatifs sont les mêmes que pour les IDE, avec une grille d'évaluation adaptée.

Sont enseignés également l'hygiène de l'abord vasculaire et le lavage des mains, la pesée et le calcul de l'ultrafiltration ainsi que leur importance, le remplissage correct de la feuille de séance...

Les patients, que ce soit pour l'AD ou l'UDM, sont également éduqués à comprimer correctement leurs points de ponction après l'ablation des aiguilles.

L'ÉDUCATION, MAIS PAS SEULEMENT...

La charge de travail pour le personnel du centre lourd ne se résume pas à cette éducation thérapeutique. D'autres tâches sont à considérer³ :

► **Les transferts des patients en structure hors centre lourd**

Pour le transfert d'un patient en AD/UDM, il faut un certain nombre de démarches préalables :

- Avoir enregistré le patient à la Pharmacie du CHT pour une éventuelle rétrocession de traitements uniquement hospitaliers.
- Avoir prévenu la structure d'accueil H.C. et défini le planning.
- Avoir informé le transporteur du changement de lieu de dialyse et éventuellement de planning.

Au moment du transfert proprement dit, les différents renseignements et documents permettant d'optimiser la prise en charge et la continuité des soins doivent être transmis à l'équipe qui va assumer le relais :

- Feuille d'identification médicale et socio-administrative.
- Déclaration de la personne de confiance.
- Feuille de consentement signée par le patient pour sa prise en charge par l'ARPDD.
- Dates d'éventuels rendez-vous : examens, consultations.
- Schéma, voire photo, de l'abord vasculaire (avec, si besoin, les conseils pour sa ponction).
- Informations diverses sur le déroulement des séances et les soucis éventuels.
- Photocopie des feuilles de surveillance des 3 dernières séances au CHT.

► **Les replis, au centre lourd, de patients traités hors centre**

Un repli peut, soit prendre une forme d'urgence, soit se programmer dans

un délai plus ou moins long, en concertation avec les IDE des unités HC. Par ailleurs, le néphrologue et l'IDE d'astreinte au CHT peuvent être amenés à y assurer une dialyse d'un patient habituellement traité HC mais dont l'unité est fermée (nuits et week-ends). Il faut alors également en organiser les éventuelles suites : hospitalisation, soins, planification des séances suivantes,...

Différentes causes sont à l'origine de ces replis en centre lourd, qui seront soit temporaires, le temps de régler le problème, soit définitifs :

- Dysfonctionnement de l'abord vasculaire, voire sa thrombose, nécessitant d'organiser une désobstruction, une reprise chirurgicale et/ou une pose de cathéter veineux central.
- Problèmes d'ordre médical (CV, septique, algique..) pouvant survenir pendant une séance de dialyse et nécessitant une prise en charge hospitalière.
- Prise de poids excessive nécessitant une séance supplémentaire devant être faite en centre lourd faute de place ou de personnel disponibles HC en temps utile.
- Problème d'ordre technique nécessitant le repli de patients qu'il est alors devenu impossible de dialyser sur place.
- Bilans, examens, consultations, soins, transfusions ne pouvant être réalisés sur place.
- Intervention chirurgicale programmée.
- Événements de la vie personnelle du patient (rendez-vous, nécessité professionnelle, deuil, fête de famille, vacances...) nécessitant un changement de planning qui ne peut être assumé dans la structure HC habituelle.
- Problèmes de comportement du patient : absentéisme récurrent et/ou non observance des prescriptions, de dialyse comme de médicaments, attitudes inadaptées, agressives, perte d'autonomie, altération de l'état général, entraînant des soucis pour l'équipe soignante jusqu'à rendre impossible le maintien du patient dans sa structure HC.

La séance inaugurale d'un repli est généralement la plus compliquée et la plus chronophage. En plus de la charge liée directement aux soins, le repli d'un patient nécessite de trouver, au sein du planning hospitalier, parfois en urgence, un créneau pour la dialyse, puis de planifier le patient au CHT le temps nécessaire au repli. Il faut aussi s'assurer de la programmation et/ou de la réalisation des bilans, examens, consultations interservices nécessaires. En cas d'hospitalisation, il faut donner, au service l'accueillant au CHT, toutes les informations utiles à la poursuite de sa prise en charge. Pour les séances suivantes, le patient s'apparente à un dialysé chronique du centre lourd et les choses se simplifient généralement.

► **Le retour du patient dans sa structure hors centre**

Celui-ci nécessite :

- D'avoir prévu la nouvelle planification en accord avec les IDE HC.
- D'avoir prévenu le transporteur.
- De transmettre les informations sur ce qui s'est passé pendant le repli et ce qui est nécessaires à cette nouvelle phase de prise en charge (changements éventuels de poids sec, EPO, traitements, abord vasculaire...).
- De joindre la photocopie des feuilles de surveillance des 3 dernières séances effectuées au CHT.
- De donner si besoin le matériel nécessaire à certains soins spécifiques (ex. ablation d'agrafes ou de fils, pansements particuliers, ...).
- D'indiquer les dates des éventuels bilans, consultations à venir.

Et plus il y a de patients traités hors centre, plus nombreux sont les replis et les problèmes de places disponibles, et plus lourde est la surcharge de travail³.

CONCLUSION

A divers égards, le traitement HC des patients est une nécessité pour assumer les besoins de notre bassin de recrutement et notre service s'y emploie dans une large mesure depuis des années. Cependant, le nombre croissant de ces patients « extérieurs » menace notre fonctionnement, non pas pour le côté éducation thérapeutique mais surtout du fait du nombre évidemment croissant de replis, sans que les moyens en personnel et en place ne suivent cette progression d'activité lourde, souvent imprévisible et extrêmement chronophage. Il faudrait que nos Instances cessent de penser qu'un dialysé placé HC ne revient jamais en centre lourd et qu'elles considèrent enfin cette évidence avec attention pour adapter les moyens.

BIBLIOGRAPHIE

1. Montagnac R., Schillinger F.- L'auto-dialyse: une expérience de 11 ans d'un Service d'Hémodialyse de Provence. - Presse Méd. 1996, 25, 11, 537-540
2. Montagnac R., De Block M. - L'auto-dialyse dans l'Aube, c'est aussi une histoire de toile utile aux Infirmier(ère)s - Echanges de l'AFIDTN. Octobre 2010, n° 92 : 2-3
3. Montagnac R., Cottey M., Lirzin M., Schillinger F. - Reconnaissance de la (sur)charge de travail pour un service hospitalier, liée à ses patients dialysés hors centre lourd. Echanges de l'AFIDTN. Octobre 2010 n° 92 : 12-13