

Personnes âgées

e n d i a l y s e

PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ÂGÉES EN DIALYSE DANS LE SUD DE LA RÉUNION

H. VINGATESSON, *infirmière*

Centre Hospitalier Sud Réunion, Saint-Pierre, LA RÉUNION

INTRODUCTION

Le Centre Hospitalier Sud Réunion (CHSR), dont la structure principale est implantée à Saint Pierre, prend en charge en hémodialyse depuis juillet 1983, l'insuffisance rénale terminale du Sud de l'île (220 000 habitants) des enfants de plus de 10 ans et des adultes. La dialyse péritonéale a été introduite en février 1987, à domicile sous forme de dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) ou dialyse péritonéale cyclique (DPC) (20 patients), et en centre en dialyse péritonéale intermittente (DPI) nocturne (6 patients). La structure assure le suivi de 40 patients transplantés. La structure de dialyse hors centre (Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à la Réunion, AURAR) s'y est développée jusqu'à prendre en charge 66 % des 200 dialysés début 1997.

L'île de la Réunion a connu au cours de ces dernières années une croissance socio-économique rapide (1) qui lui a permis de combler une grande partie de son retard sur la métropole, dont la contrepartie est une rupture socioculturelle par rapport aux modes de vie traditionnels.

Il a paru opportun d'analyser le profil des personnes âgées prises en charge au cours des dernières années, et de mener une réflexion sur leur prise en charge. Ils forment à présent, comme ailleurs, la majorité du recrutement, mais s'ajoutent les difficultés en matière d'information et d'éducation non spécifiques liées à l'âge, la complexité et la diversité culturelle ré-

unionnaise, à commencer par le langage et l'alimentation. Le mode et le niveau de vie varient en effet d'une ethnie à l'autre, et même au sein des ethnies.

La conception occidentale de la maladie et de la mort ne correspond pas toujours à celle de nos patients les plus âgés dont les racines plongent dans l'Afrique, l'Inde, la Chine, Madagascar, mais aussi la France du XVII^e siècle à l'origine du peuplement de l'île (2), l'isolement ayant produit des effets dont les réminiscences ne sont pas sans évoquer certains aspects de la culture cajun d'Acadie. La situation est cependant rendue plus complexe par l'intensité du métissage interethnique, donc interculturel, évalué par les anthropologues à 40 % (3) qui vient sérieusement brouiller les cartes de toute velléité d'étude faisant intervenir l'ethnicité.

Une certaine constance est que le rein reste un sujet tabou dans la frange de population la plus âgée, car assimilé aux organes sexuels, dont on rappelle qu'ils ont la même origine embryologique, et parler de « rein » à une personne âgée équivaut à proférer devant elle des grossièretés.

PATIENTS ET MÉTHODE

Patients

L'étude porte sur les patients encore présents ayant débuté la dialyse du 1^{er} janvier 1993 au 31 décembre 1996, âgés de 60 ans et plus à la prise en charge, quelle que soit la structure actuelle de dialyse.

Méthode

Elle utilise un questionnaire individuel qui a permis de relever :

- L'âge du patient au début de la dialyse, et le sexe.
- Le lieu de dialyse en cours.
- Le degré d'alphabétisation.
- L'autonomie visuelle estimée par la capacité de se déplacer seul, de suivre la télévision.
- L'autonomie auditive.
- La présence d'un diabète.
- Le cadre de vie : familial, institutionnel, vie solitaire.

RÉSULTATS

Descriptifs

Population de l'étude

Sur les 166 patients pris en charge dans la période considérée, 89 (53,6 %) sont âgés de 60 ans ou plus. Ont dû être exclus de l'étude 29 patients décédés, 1 perdu de vue ; 59 patients ont donc pu être interrogés.

Éléments descriptifs

- Démographie

Le sexe féminin est majoritaire, avec 38 femmes (64,4 %), l'âge moyen est de 71,5 ± 6,8 ans avec des écarts de 60,7 à 91,6 ans. Selon la tranche d'âge on relève :

- 60-70 ans : 25 patients (42,4 %), dont 17 femmes (68 %).
- 70-80 ans : 25 patients (42,4 %), dont 15 femmes (60 %).
- 80-90 ans : 8 patients (13,6 %), dont 5 femmes (62,5 %).
- plus de 90 ans : 1 patient (1,7 %), une femme.

- Caractéristiques médicales

- Diabète : 44 (74,6 %).
- Type de néphropathie : diabétique : 34 (57,6 %), indéterminée : 11 (18,6 %), vasculaire : 6 (10,2 %), héréditaire ou

Personnes âgées

en dialyse

congénitale (reflux, polykystose) : 2 (3,4 %).

– Mode de dialyse en cours : hémodialyse en centre lourd : 32 (54,2 %), hémodialyse hors centre : 11 (18,6 %), DPCA : 7 (11,8 %), DPI : 5 (8,5 %).

– Caractéristiques socio-familiales

– Sait lire : 45,7 %

– Sait écrire : 24 (40,7 %)

– Malvoyant : 15 (25,4 %)

– Malentendant : 11 (18,6 %)

– Amputé des membres inférieurs : 2 (3,4 %)

– Vie familiale : 50 (84,7 %)

– Famille d'accueil : 2 (3,4 %)

– Vie solitaire : 7 (11,9 %)

Analytiques

Mode de dialyse selon l'âge

La figure 1 représente la répartition, selon l'âge, du mode de dialyse.

Comme ailleurs, la nécessité de dialyse en centre lourd augmente avec l'âge et les insuffisances organiques qui l'accompagnent ; après 80 ans il n'y a pas d'hémodialyse hors centre, la DPCA est la seule méthode hors centre praticable. Ainsi, les deux premières décennies comptent le même nombre de patients, mais la répartition entre les modes de dialyse diffère sensiblement.

Analphabetisme selon l'âge

La figure 2 représente le taux d'analphabetisme suivant la décennie de naissance.

Plus de la moitié des patients nés avant 1920 sont analphabètes, mais ce taux diminue dans le temps avec une ascension paradoxale pour la classe 1930-1940.

DISCUSSION

Malgré la prise en charge pédiatrique, la moyenne d'âge des patients à la prise en charge est similaire à celle des centres métropolitains pour adultes, avec la même augmentation du nombre de per-

sonnes âgées. La prédominance féminine est habituelle également en métropole dans ces tranches d'âge. La fréquence anormale du diabète est connue, à l'origine de handicaps multiples : cécité, amputation.

Le cadre de vie

Analphabetisme

L'analphabetisme, fréquent dans la population des dialysés sud-réunionnais dans les tranches d'âge les plus élevées a été décrite (4), et s'explique par une jeunesse en milieu rural, avec la nécessité de travailler très tôt, ou pour les filles de garder les plus jeunes enfants de familles nombreuses (10 enfants étant habituel à cette époque). La « case » était éloignée des rares écoles accessibles, et les possibilités de déplacement réduites. Les difficultés survenues lors et au décours de la seconde guerre mondiale expliquent probablement un analphabetisme paradoxalement plus élevé pour ceux qui sont nés après 1930 ; les réunionnais qui l'ont vécu ont été très marqués par cette période difficile.

Mode de vie

Les anciens ont dû compter essentiellement sur eux-mêmes, vivant de leur jardin, de leur petit élevage et de troc. La vie était dure, sans aucune commodité, dans un pays au relief très tourmenté. Ils continuent souvent d'habiter dans les vieilles « cases » auxquelles ils sont attachés, le plus souvent dépourvues de l'équipement sanitaire minimal. Ce mode de vie leur a donné un esprit indépendant, voire frondeur. Ils ont aussi l'habitude de se soigner sans médicament, notamment avec les plantes locales utilisées en tisanes, les « z'herbages » des tradipraticiens (5), et affichent une certaine méfiance à l'égard de la médecine technologique. Leur régime reste à base de riz et de maïs, de bouillons de feuilles (les « brèdes ») (6). L'alimentation traditionnelle est habituel-

lement pauvre en protéines, rares et chères, et très salée, en fait bien adaptée à une dépense énergétique élevée dans un pays chaud. Ils sont très attachés à la saveur particulière de leur cuisine traditionnelle familiale.

Lieu de vie

Le cadre de vie habituel des « gramoun » reste la famille, qui les entoure bien (7), le refus de l'institutionnalisation est ici la règle, comme en cas de décès un passage à la morgue : ce serait leur manquer de respect (8). Car bien que souvent analphabètes, ils sont les dépositaires d'une riche tradition orale ancestrale attachée à l'ethnie à laquelle ils s'identifient, et dont ils peuvent seuls transmettre la culture et les traditions, notamment la langue et la religion : Chinois/taoïsme, hindoue/tamoul, goudjerati/islam, français/chrétien). Souvent analphabètes, pratiquement toujours illettrés, ils sont exceptionnellement acculturés.

La dialyse

Modes de dialyse

Les personnes âgées se voient offrir, comme ailleurs en France, la possibilité si elles le souhaitent (9), de bénéficier des différents modes de dialyse disponibles, sauf indication ou contre-indication médicale précise, ou saturation de capacité, de plus en plus fréquente en hémodialyse en centre lourd. Les méthodes hors centre sont cependant privilégiées, notamment la seule méthode de domicile praticable ici sur une échelle significative : la DPCA (10,11). En cas d'impossibilité, notamment liée à la précarité des conditions d'habitation, l'hémodialyse en unité hors centre est envisagée avant d'opter pour l'hémodialyse en centre lourd, la DPI étant réservée aux patients chez lesquels une autre méthode ne peut être pratiquée. Dans la population des sujets âgés, l'hémodialyse est la méthode la plus utilisée.

Personnes âgées

e n d i a l y s e

Dépendance

Quelle que soit la méthode utilisée, la personne âgée reste cependant dépendante d'une tierce personne pour la dialyse : membre de la famille ou infirmière libérale en DPCA, infirmière en unité de dialyse hors centre, en centre, et DPI. Cette dépendance peut être due à une cécité essentiellement liée au diabète particulièrement fréquent à la Réunion, notamment dans la population féminine âgée (12), et qui s'accompagne d'autres complications et handicaps qui diminuent d'autant l'autonomie.

Communication

Les difficultés rencontrées lors de l'information avant dialyse, au cours de l'éducation et la formation, ne sont pas d'ordre organique, ni liées au désintérêt familial. Il faut faire l'effort de s'adapter à leur particularisme et d'utiliser un moyen de communication adapté pour qu'il soit efficace. Pour ceux qui savent et peuvent lire, un support écrit en français peut être utilisé, avec des explications ou des commentaires oraux en créole réunionnais. Ceci suppose une bonne connaissance des cultures locales, beaucoup de patience et le respect de ce qu'ils sont. Les effectifs réduits ne permettent pas toujours de dégager le temps suffisant pour tenter de diminuer la dépendance à une tierce personne. L'utilisation de la vidéo comme outil d'éducation mériterait d'être expérimentée, car les personnes âgées sont souvent friandes de télévision, notamment des actualités.

Education et diététique

La rééducation diététique nécessitée par l'insuffisance rénale est difficile : le régime sans sel est mal accepté, et un régime suffisamment riche en protéines difficile à obtenir en dialyse péritonéale. Au cours de l'hospitalisation, le repas est plus adapté aux spécificités du malade que de la maladie : sans bœuf pour les Hindous, sans porc pour les musulmans, le lapin et

le mouton ne sont pas très appréciés. Par contre les œufs représentent une source de protéines universellement acceptée, peu onéreuse.

Il est parfois simplement difficile de leur proposer une douche avant une intervention chirurgicale, ou si le besoin s'en fait réellement « sentir ». Le « bain » a mauvaise réputation, car susceptible d'aggraver une maladie. Certaines parasitoses se contractaient effectivement dans les eaux stagnantes autrefois, comme la bilharziose urinaire. Il convient donc d'aborder ces sujets avec douceur et diplomatie en faisant preuve de pédagogie. Il faut de temps en temps savoir accepter des compromis sur des détails, pour obtenir l'adhésion sur l'essentiel.

Perspectives

La Réunion change rapidement, les modes de vie s'occidentalisent avec une réduction de la fécondité, l'éclatement des familles provoquée par la recherche de l'emploi ou la poursuite d'études longues en Europe, dans un département où près de 40 % de la population active est au chômage. Le métissage interethnique, banalisé, uniformisera progressivement la diversité de cette société traditionnellement multiculturelle, évolution qui comportera une part de souffrance (13). Il est probable que certains aspects positifs de la vie traditionnelle, comme la solidarité familiale, souffriront de ces métamorphoses : nous devons nous y adapter.

CONCLUSION

Si comme ailleurs le nombre de personnes âgées est de plus en plus élevé à la Réunion, les nombreuses spécificités socioculturelles locales nécessitent un effort particulier de la part des soignants pour adapter le langage au projet pédagogique que nécessite l'adhésion du patient à des modifications parfois radicales de son mode de vie de toujours. Dans un

certain nombre de cas il serait possible d'obtenir une autonomisation des patients, notamment en DPCA et en ayant recours à la famille proche (fille). Malgré le nombre d'infirmières dans le service aptes à former, on ne dispose guère actuellement que de quelques heures pour former une infirmière libérale avant la domiciliation. La possibilité de disposer du personnel suffisant permettrait d'améliorer considérablement la qualité de la prise en charge en dialyse, en diminuant la dépendance, avec l'utilisation de moyens modernes.

REMERCIEMENTS

Nous nous devons de manifester notre gratitude aux nombreux intervenants ayant participé au recueil des informations et la mise en forme de ce travail :

– Le personnel des unités de l'AURAR de Saint-Pierre, Saint-Joseph, Tampon et La Rivière Saint-Louis.

– Le personnel soignant de la clinique Sainte-Clotilde et Saint-Benoît.

– Les secrétaires et médecins du service de Néphrologie-Dialyse de l'hôpital de Saint-Pierre.

Ainsi que madame Nicaise Payet, qui a eu l'idée originale de ce projet qu'elle n'a pu poursuivre.

BIBLIOGRAPHIE

(1) Bertile W., *La Réunion. Atlas thématique et régional*. Editions Arts Graphiques Modernes, Saint-Denis, la Réunion, 1987.

(2) Desport J.-M., *De la servitude à la liberté : Bourbon des origines à 1848*. Océan Editions, Saint-André, La Réunion, 1989.

(3) Benoist J., *Anthropologie Médicale en société créole*. Presses Universitaires de France, 1993.

Personnes âgées

en dialyse

(4) Souprayen C., Lauret D., *Survie en dialyse dans le Sud de l'île de la Réunion*, Revue de l'AFIDTN 1992, 26 : 21-24.

(5) Lavergne R., *Tisaneurs et plantes médicinales indigènes de l'île de la Réunion*. Editions ORPHIE, Livry Gargan, 1990.

(6) Boivin M., Souprayen C., *Evolution pondérale en hémodialyse*. Revue de l'AFIDTN 1992, 25 : 63-66.

(7) Echelon statistique de la DASS de la Réunion. Ministère des Affaires Sociales, de la Santé et de la Ville. *Personnes âgées et solidarité familiale*. Réunion 1995.

(8) Lauret D., Souprayen C., *Le soignant et la mort du dialysé*. Bulletin de la Dialyse Péritonéale 1992, 3 : 86-89.

(9) Touzet J., *Volonté de mourir, soins palliatifs et responsabilité médicale*. Néphrologie 1996, 17 : 221-223.

(10) Milongo R., Meftahi H., Guer-gour M., Hachache T., Kuentz F., Maynard C., Foret M., *Prise en charge du sujet âgé en dialyse péritonéale*. Echanges de l'AFIDTN 1997, 43 : 41-44.

(11) Bénévent D., Issad B., Lavaud S., Dubot P., Aguilera D., Milongo R., Durand P.-Y., Gary J., *DP chez les patients de plus de 75 ans : étude multicentrique française sur 213 cas*. Bulletin de la Dialyse Péritonéale 1995, 5 : 68-72.

(12) Gouaze-Rodrigues S., *Prédominance féminine en dialyse à l'île de la Réunion*. Revue de l'AFIDTN 1994, 33 : 60-62.

(13) Kress J.-J., *Changement de langue et traumatisme psychique*. Psychologie Médicale 1984, 16 : 1369-1373.

