



Première consultation d'annonce de la dialyse et ces modalités



PRE-SUPPLEANCE



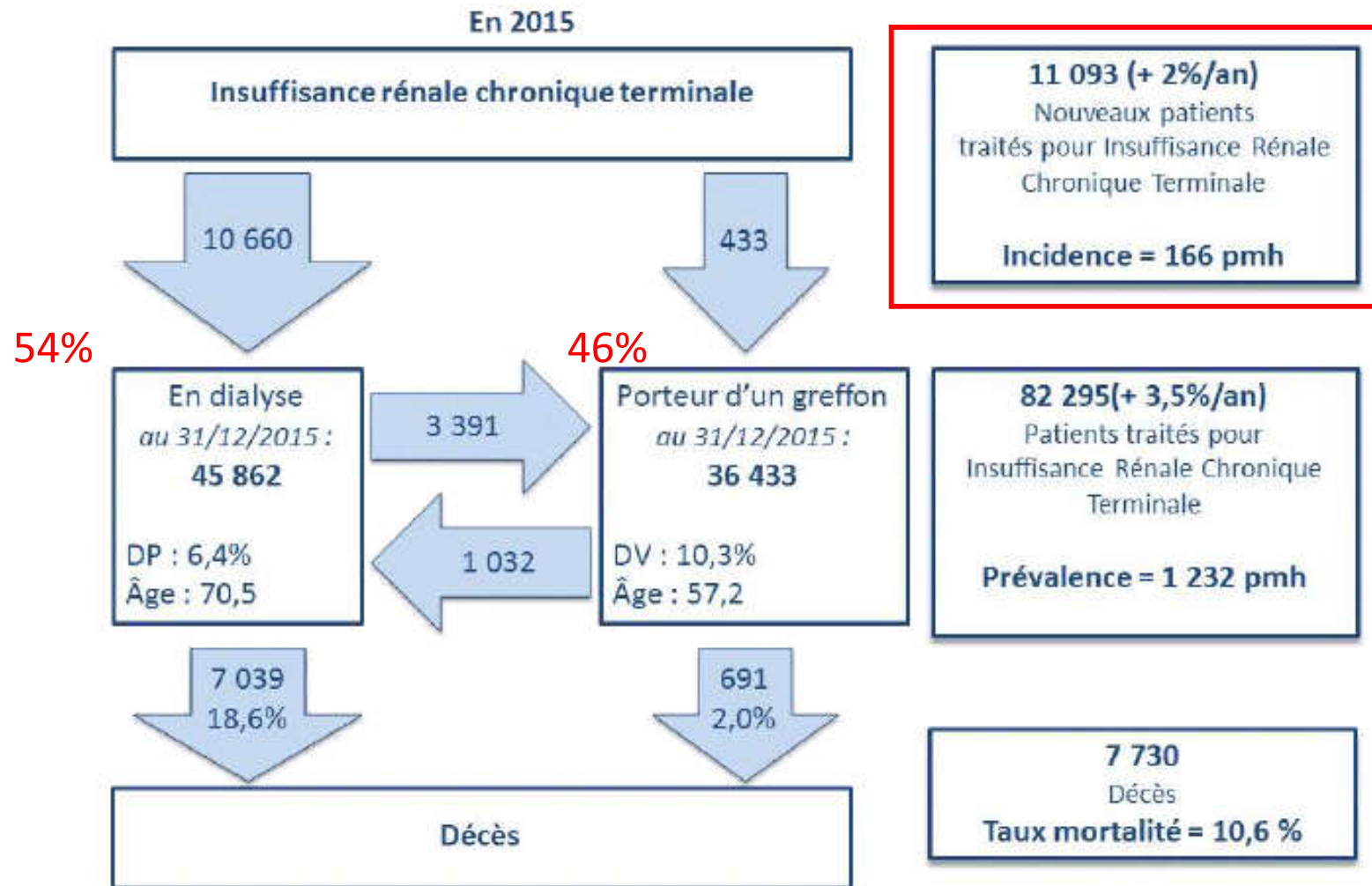
M François



IRCT...Un peu d'épidémiologie



REIN 2015



DP : dialyse péritonéale. DV : donneur vivant. pmh : par million d'habitants

Etat des lieux des pratiques: parcours des patients avant l'évolution vers le besoin de suppléance

➤ **Recours au néphrologue, une prise en charge coordonnée**

↓ de la mortalité à partir de 3 mois et jusqu'à 5 ans après l'initiation, ↓ durée H initiale, meilleure préparation à la dialyse, ↑ du recours à la DP, meilleure adaptation des traitements Black and al. Health Technol Assess 2010; Smart and al. Am J Med 2011; Smart and al. The cochrane database of systematic Reviews 2014

➤ **Caractéristiques, orientation et préparation des patients**

Etude PREPARE Daugas and al. Nephrol Therap 2012

« Etude transversale observationnelle sur la prise en charge de l'IRC en néphrologie avant le stade de l'épuration extra rénale en France »

* Tous les néphrologues de France pour tous les patients ayant une IRC < 60ml/min en 11/2009

* 308 investigateurs ont inclus 2089 patients: 59% ♂, âge moyen = 69 ans, 15% stade V, 37% stade IV et 48% stade III de la MRC. La néphropathie était le plus souvent vasculaire (43%).

FRCV: 88% HTA, 53% Hypercholestérolémie, 37% diabète.

Délais moyen entre le diagnostic de néphropathie et 1ère cs = 1 année 1/2

Mise en œuvre des mesures de néphroprotection et le TT des complications étaient satisfaisant.

Etat des lieux des pratiques: parcours des patients avant l'évolution vers le besoin de suppléance

➤ **Caractéristiques, orientation et préparation des patients**

Etude PREPARE

Préparation au traitement de suppléance = tardive et majoritairement vers l'HD aux dépens de la DP, sans anticipation à la préparation à la transplantation.

Parmi les patients orientés vers la dialyse au stade IV de la MRC (DFG moyen = 21,4 ml/min/m², la voie d'abord avait été confectionnée chez 19,1% d'entre eux (dans 9 cas sur 10 un accès pour l'HD et 1 cas sur 10 pour la DP)

➤ **Prise en charge de la personne âgée (> 75 ans) et traitement conservateur**

Si l'âge n'est pas une CI au traitement par dialyse, le bénéfice en terme de survie et de qualité de vie de ce traitement pour les personnes très âgées et fragile avec de nombreuses comorbidités reste très controversé.

SCORES (couchoud 2009, couchoud 2015) ont été établies

Etude PSPA Moranne and al. J Gerontol A Biol Sci Med 2012

Etude prospective multicentrique de suivi des patients âgés > 75 ans inclus si DFG selon MDRD < 20ml/min. A l'inclusion: plus âgées, sexe féminin, moins autonome, souvent plus de démences

Outils de déclinaison du parcours des patients insuffisants rénaux en prétraitement de suppléance

Suite à la continuité des travaux publiés en 2012 sur le parcours de soins des patients atteints de maladies rénales chroniques, la HAS a sollicité par la DGOS pour mettre en place et élaborer des outils.

Le dispositif d'expérimentation est prévu pour une durée max de 4 ans. Les 6 régions pilotes ont été désignées en avril 2015: Aquitaine, Alsace, Languedoc-Roussillon, Pays de la Loire, Réunion et Rhône-Alpes.

➤ Le dispositif d'annonce d'expérimentation

➤ Le dispositif d'annonce

➤ La check-list du parcours de la maladie rénale chronique et pré-suppléance

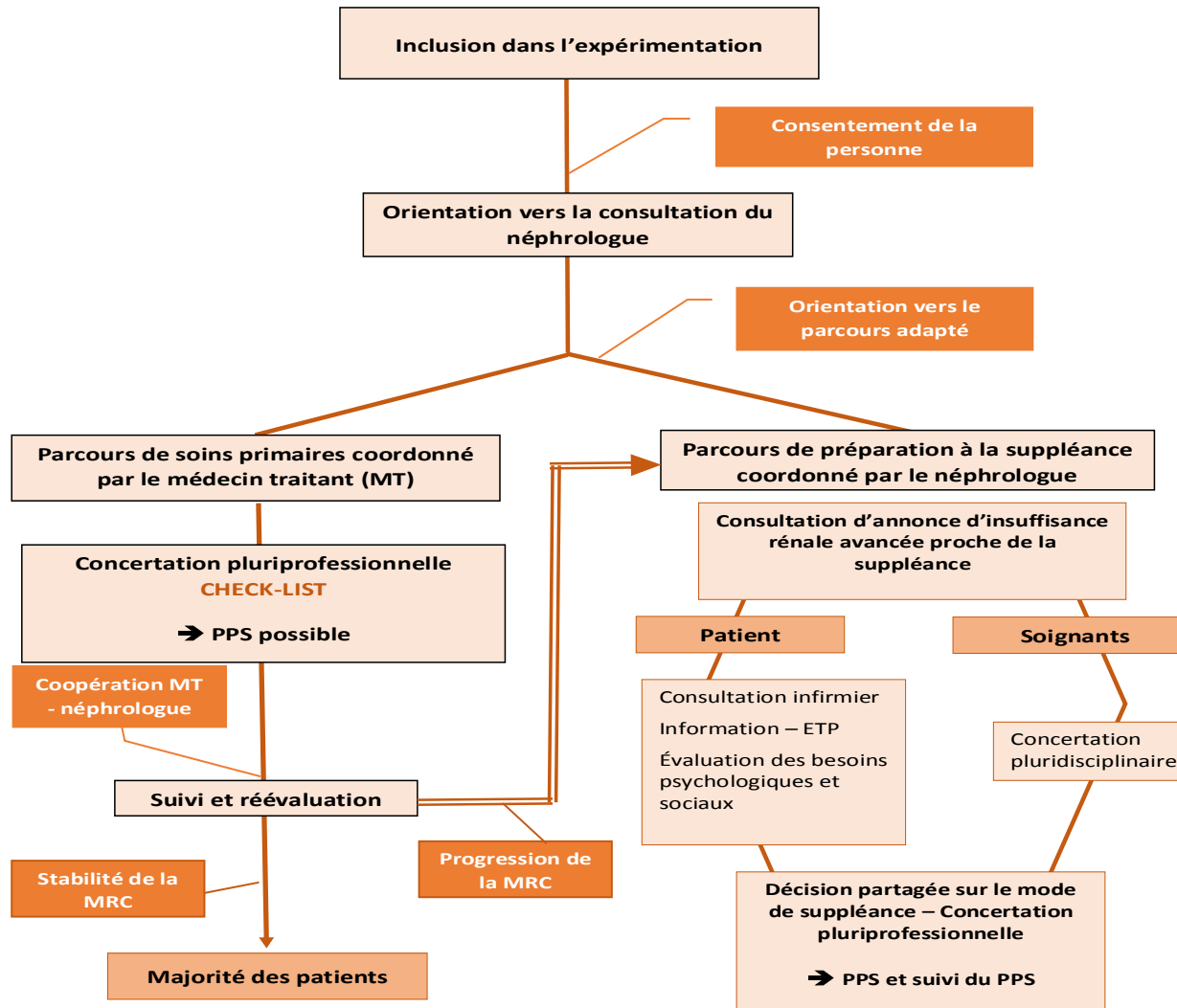
➤ La méthode pour décider ensemble d'un mode de suppléance

➤ Maladie rénale chronique: préparation à la suppléance-informations pour les personnels de santé et les équipes de soin

➤ Dialyse péritonéale et hémodialyse: informations comparatives

Suivi de l'IRC

Document réalisé pour les expérimentations pilotées par la DGOS sur le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique
(Article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)



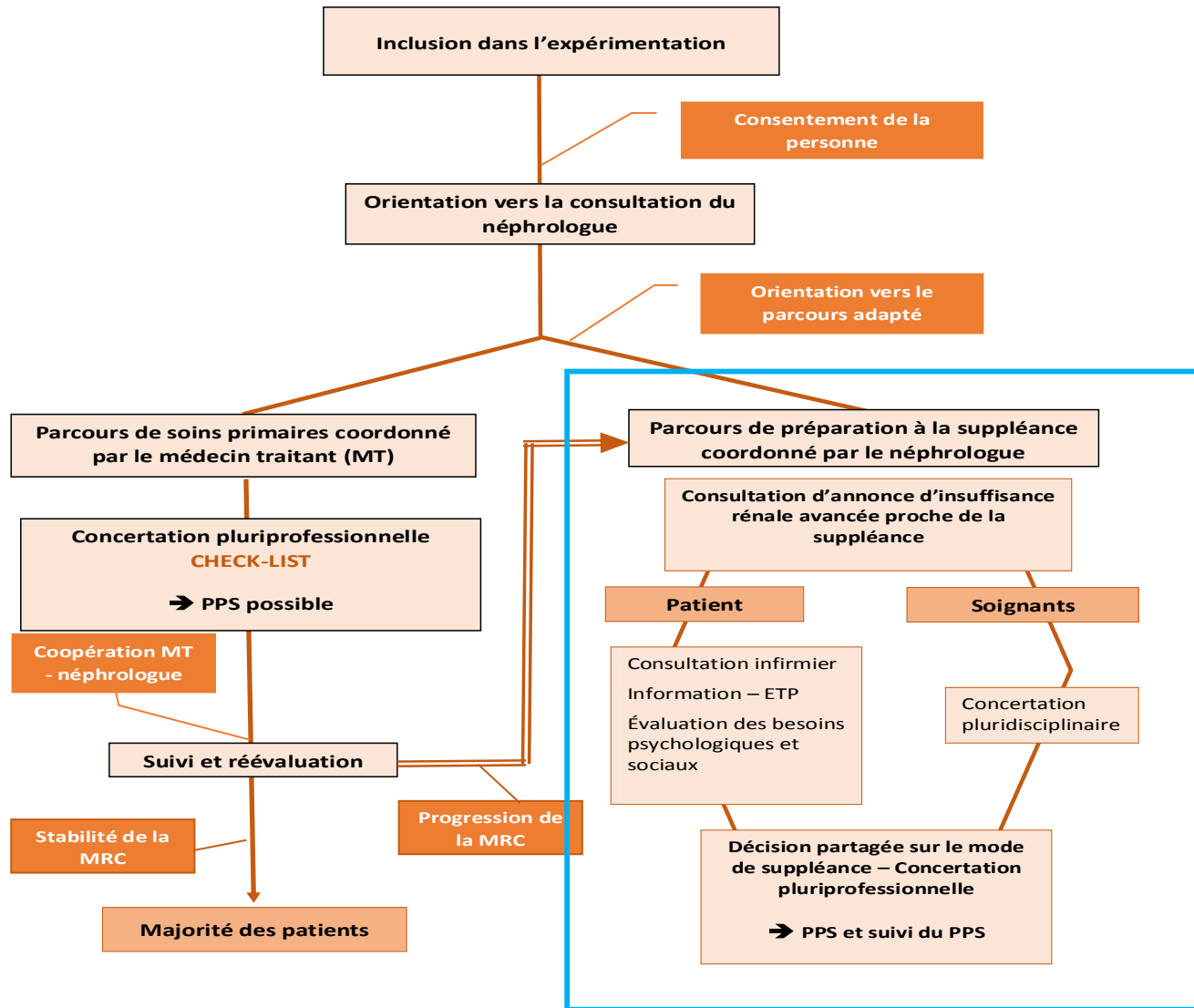
Check-list du parcours Maladie rénale chronique (MRC) pré-suppléance

O : Préciser si l'intervention d'un ou plusieurs professionnel(s) est nécessaire? : Préciser si l'intervention d'un professionnel est nécessaire pour l'évaluation

Maladie rénale chronique, ses traitements, son suivi, les comorbidités	Inclusion (O/N/?)	Suivi	Contexte de vie de la personne	Inclusion (O/N/?)	Suivi
Adaptation du mode de vie, difficultés			Vie quotidienne, projets de vie		
Arrêter de fumer			Grossesse		
Perdre du poids ou maintenir un poids stable			Sexualité		
Mettre en œuvre ou suivre les prescriptions diététiques			Voyage		
Mettre en œuvre ou poursuivre l'activité physique recommandée			Emprunts, assurances		
Auto-surveillance, difficultés pour			Emploi, études		
Réaliser l'auto-mesure de la pression artérielle			Risque de perte d'emploi, conditions du maintien dans l'emploi, reclassement professionnel		
Surveiller son poids, en particulier en cas d'insuffisance cardiaque			Projets professionnels, études		
Adopter les mesures de protection du capital vasculaire					
Repérer les signes d'alertes de la MRC ou des complications			Perte de fonctions et d'autonomie		
Médicaments			Au plan de la mobilité		
Prise de médicaments nécessitant une adaptation par la personne : AVK, diurétiques, hypoglycémifiants			Dans les activités de base de l'activité quotidienne		
Prise de médicaments néphrotoxiques			Difficultés à prendre soin de soi		
Automédication à risque			Souffrance psychique		
Problèmes d'observance			Besoin / Impossibilité de parler de la maladie		
Explorations radiologiques ou endoscopiques			État dépressif		
Injection de produits de contrastes iodés ou gadolinés			État anxieux		
Préparation pour coloscopie (néphropathie au phosphate)			Isolement – Entourage des aidants		
Organisation du suivi			Isolement		
Déplacements des soignants au lieu de vie			Aidants		
Multiples intervenants, investigations diagnostiques et/ou actes thérapeutiques nombreux et/ou complexes (comorbidités)			Situation sociale		
Coopération médecin traitant / néphrologue			Précarité financière		
Complications de la MRC			Précarité énergétique		
Anémie			Habitat		
Troubles phosphocalciques			Couverture sociale - ALD		
Troubles hydro-électrolytiques					
Prévention des risques					
Infectieux (vaccinations grippe, pneumocoque, hépatite B)					
Insuffisance rénale aiguë					
Dénutrition					
Risque d'immunisation					

Suivi de l'IRC

Document réalisé pour les expérimentations pilotées par la DGOS sur le parcours de soins des personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique
(Article 43 de la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014)



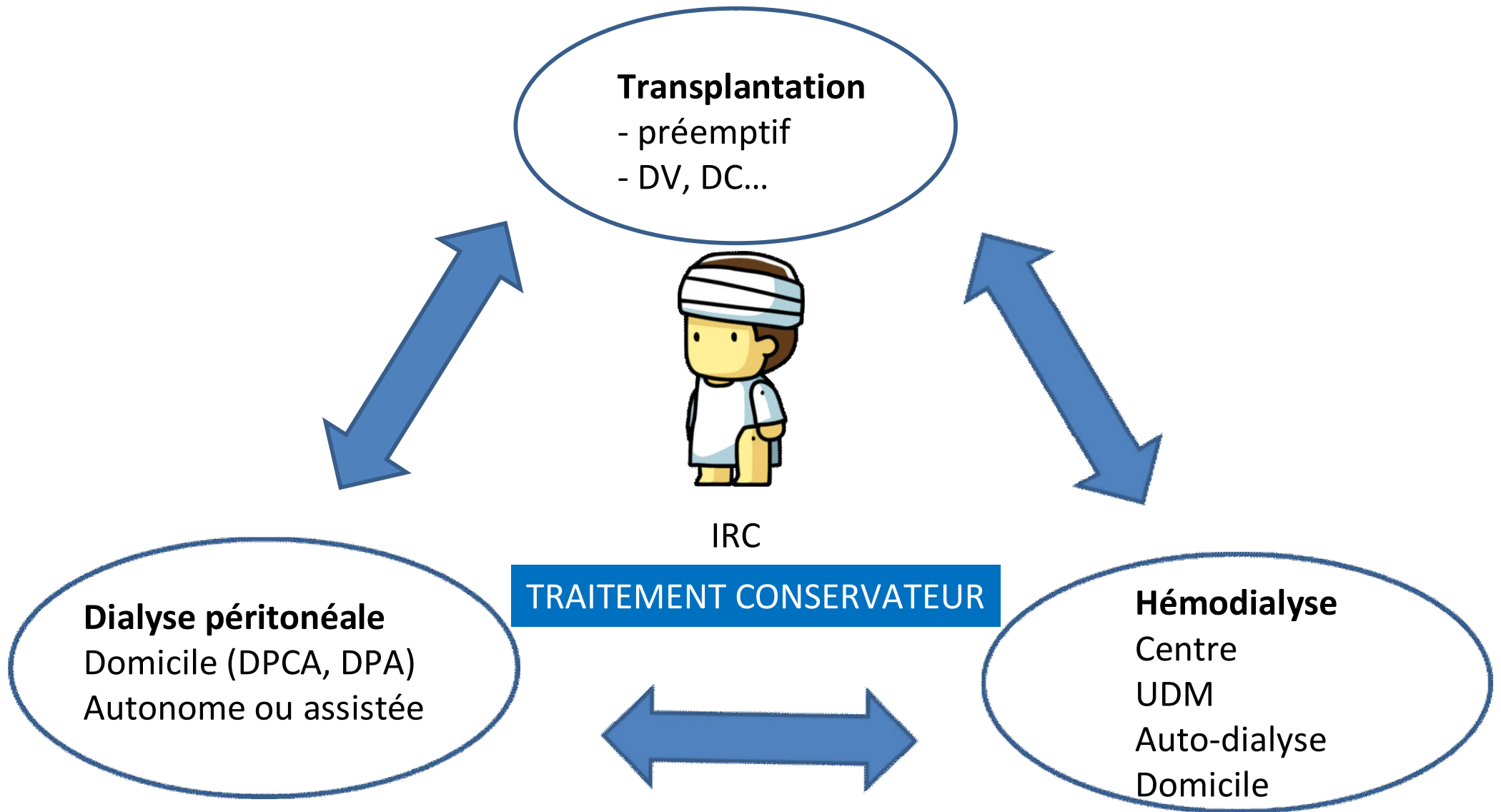
A quel stade de l'IRC mettre en place la Cs de pré suppléance?

À partir du stade 3B de la maladie (si l'insuffisance rénale a été diagnostiquée à ce stade ou avant), les objectifs sont :

- Prendre les mesures de **protection du capital veineux** (limiter les ponctions et les faire préférentiellement au dos des mains ;
- Informé sur les traitements de suppléance**, puis préparer le patient à son futur traitement
- lorsque le DFG est $< 20 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ et qu'il n'y a pas de contre-indication définitive, **inscrire le patient sur la liste d'attente de transplantation rénale.**

Il s'agit donc d'anticiper le besoin de traitement de suppléance au mieux 12 à 18 mois avant son instauration.

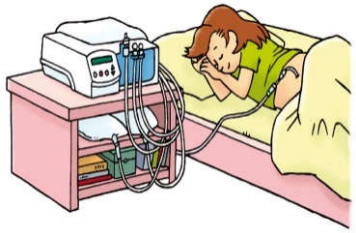
Consultation de Pré-Suppléance coordonnée par le néphrologue...L'objectif: Le(s) choix





Transplantation rénale

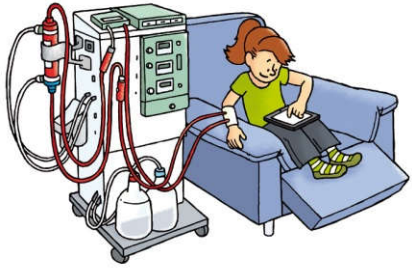
- Considérée, pour les patients pour lesquels la transplantation est indiquée, comme le traitement de suppléance le plus efficient, plus efficace et moins coûteux que les stratégies de dialyse évaluées dans tous les catégories d'âge .
- < 85 ans porteur d'une MRC irréversible de stade 4 évolutive ou de stade 5 dialysés ou non ... accès greffe sauf CI ou situations complexes liées aux comorbidités (travail étroit entre néphrologue référent et équipe de greffe)
- A partir de donneur vivant est considérée comme le meilleur traitement de l'IRC (évite le passage en dialyse: 31,6% greffe préemptive contre 14,6% tout donneurs confondus; qualité du greffon optimal; meilleure compatibilité tissulaire; chirurgie programmée...)
- Expliquer et dialoguer sur les principes et conséquences de la transplantation, le bilan de pré-greffe et suivi médical, pour le patient et d'éventuel donneur vivant



Dialyses ...péritonéale et hémodialyse

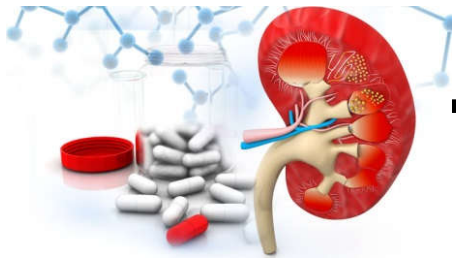
Détailler les modalités de suppléance à partir de ce que le patient sait déjà:

- ✓ Grands principes de chaque traitement de suppléance
- ✓ Les explorations nécessaires et geste ou temps opératoire notamment pour créer un abord vasculaire si le choix s'oriente vers l'HD ou l'implantation d'un KT de DP
- ✓ Bénéfices escomptés de chaque traitement et les risques associés en l'absence de traitement
- ✓ Contre indication à rechercher (ex: Pour DP : Insuffisance respiratoire sévère, stomies) et les limites de chaque technique
- ✓ Les avantages et les inconvénients des traitements susceptibles d'affecter le bien-être physique ou mental



Dialyses ...péritonéale et hémodialyse

- ✓ La périodicité du traitement (séance quotidienne, 3*/semaine, DP manuel ou automatisé) et la durée selon les techniques
- ✓ Les aménagements à prévoir pour les activités habituelles (familiale, formation, professionnelles...)
- ✓ Les infrastructures ou lieux (UDM, autodialyse...) qui peuvent l'accueillir, ou la mise en œuvre au domicile
- ✓ Les coûts liés aux modalités de suppléance
- ✓ La date approximative et prévisible du début du traitement par dialyse
- ✓ L'estimation de l'attente de transplantation une fois inscrit sur la liste nationale de transplantation... et la nécessité de se préparer à ces techniques



Traitement conservateur

- Traitement de confort à la fois physique et psychique, qui vise à soulager les symptômes (respect de la qualité de vie), à préserver la fonction rénale résiduelle le plus longtemps possible, et à accompagner le patient vers une fin de vie.
- Proposé aux patients:
 - ✓ en pré-suppléance ou suppléance pour qui les contraintes ne sont pas acceptables et qui ne peuvent- ou ne veulent pas- être greffé
 - ✓ Espérance de vie est limitée à court terme (comorbidité de cancer de type métastasé, insuffisance cardiaque très sévère...)
 - ✓ Personnes très âgées
- Discuté en détail avec l'équipe soignante et correspondre au choix du patient, à ses directives anticipées et/ou choix de l'entourage ou des ces représentants légaux. Et il s'accompagne d'un plan de soin.
- Néanmoins, il faut informer le patient qu'il a **la possibilité de changer d'avis à tout moment.**

Dispositif d'annonce d'IR avancée et de décision partagée sur le mode de suppléance en 6 points

Étapes et Professionnels	Contenu	Actions des professionnels
1. Préalable à l'annonce Néphrologue Médecin traitant	Préparer la consultation d'annonce en prenant en compte : <ul style="list-style-type: none"> - les éléments liés à la maladie - les éléments liés au contexte médico-psycho-socio-professionnel du patient 	<ul style="list-style-type: none"> - Planifier la consultation dédiée (prévoir 45 mn) - Échanger avec le médecin traitant et l'équipe de soins primaires - Rechercher les informations nécessaires à prendre en compte
2. Consultation médicale d'annonce Néphrologue (présence possible d'un infirmier spécialisé)	Écouter, <i>avant de dire</i> , ce que sait le patient et ce qu'il souhaite savoir Annoncer la progression de la maladie et l'évolution prochaine vers la perte complète de la fonction rénale Quitter le patient en donnant un espoir réaliste, insister sur les autres étapes avec des objectifs concrets Lorsque plusieurs consultations sont nécessaires, fixer des délais précis pour des consultations ultérieures avec des échéances courtes	<ul style="list-style-type: none"> - Réaliser l'annonce dans un lieu approprié, se rendre disponible (éviter les sollicitations extérieures) - Faire suivre la consultation par une consultation paramédicale ou la planifier selon l'avis du patient - Si nécessaire planifier d'autres consultations - Informer le médecin traitant

Dispositif d'annonce d'IR avancée et de décision partagée sur le mode de suppléance

Étapes et Professionnels	Contenu	Actions des professionnels
3. Consultation paramédicale d'accompagnement et de reformulation Infirmier	<ul style="list-style-type: none"> - Écouter : les préoccupations, doutes, angoisses exprimés par le patient - Reformuler : reprendre les termes de l'annonce faite par le néphrologue - Clarifier : répondre aux questions - Evaluer le besoin d'une aide à la prise de décision sur le mode de suppléance. Proposer, si besoin, au patient et à ses proches de participer à des séances d'ETP 	<ul style="list-style-type: none"> - Proposer une ETP complémentaire des informations délivrées par le médecin pour préparer le patient à prendre une décision fondée sur ses valeurs, ici choisir avec le professionnel de santé un mode de suppléance
4. Évaluation des besoins d'aide psychologique et social Psychologue, Assistant social Association de patients	Repérer les besoins psychologiques et apporter un soutien psychologique ou une prise en charge psychothérapeutique au patient et à ses proches Réaliser un bilan social, apporter les informations et les aides nécessaires Proposer l'offre de services proposés par les associations Proposer des échanges / soutiens entre pairs	Engager une démarche de concertation pluridisciplinaire pour : <ul style="list-style-type: none"> - élaborer une proposition de traitement de suppléance qui offre une égalité des chances de bénéficier des traitements les plus adaptés : greffe, dialyse autonome, dialyse non autonome, traitement conservateur...
5. Information sur le choix du premier traitement Néphrologue Équipe pluridisciplinaire Médecin traitant Association de patients	<ul style="list-style-type: none"> - Information - Soutien - Accompagnement 	<ul style="list-style-type: none"> - assurer un accompagnement, une information de qualité et adaptée, la réalité du libre choix - Remédier aux disparités géographiques et sociales observées / homogénéiser les pratiques - Tracer la concertation dans le dossier du patient

Dispositif d'annonce d'IR avancée et de décision partagée sur le mode de suppléance

Étapes et Professionnels	Contenu	Actions des professionnels
6. Décision partagée Même professionnels	S'accorder sur le mode de suppléance à parties égales Adopter des objectifs communs et se mettre d'accord sur les interventions à réaliser	<ul style="list-style-type: none">- Élaborer un programme personnalisé de santé (PPS), lorsque le patient ne bénéficie pas encore de ce suivi formalisé, ou réévaluer le PPS lorsque le patient en bénéficie déjà