

# BDP

le bulletin de  
la dialyse péritonéale

**Tiré à Part du BDP volume 9 n°2**

**IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS  
LE SUIVI DES PATIENTS EN DIALYSE PERITONEALE :  
ENQUETE D'OPINION**

**P. CLUZEL, Anne KOEHRER, Isabelle ROCHE-LACHAISE**

Service de Médecine Interne et Néphrologie  
Centre hospitalier - 58000 Nevers

# IMPLICATION DES MEDECINS GENERALISTES DANS LE SUIVI DES PATIENTS EN DIALYSE PERITONEALE : ENQUETE D'OPINION

**P. CLUZEL, Anne KOEHRER,  
Isabelle ROCHE-LACHAISE**  
Service de Médecine Interne et Néphrologie  
Centre hospitalier - 58000 Nevers

L'objectif de ce travail était d'apprécier au moyen d'une enquête d'opinion le sentiment qu'ont les médecins généralistes (MG) de leur implication passée et à venir dans les soins aux patients en insuffisance rénale chronique (IRC) terminale et d'approcher, par là, les possibilités de collaboration à des stades plus précoces de l'IRC. La dialyse péritonéale (DP), technique d'épuration extra-rénale à domicile par excellence, la situation géographique de nos patients, souvent éloignés du centre hospitalier et de « l'équipe de DP », les relations particulières, enfin, établies avec les MG grâce à l'activité de Médecine Interne du service, nous ont paru justifier cette étude.

## I - METHODES

De juin 1991 à octobre 1996, à Nevers, 39 patients soignés par 32 MG ont été installés en DP à domicile, dont 30 en dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) et 9 en dialyse péritonéale automatisée (DPA). La majorité (25) des MG a suivi un seul patient, 7 MG ont suivi 2 patients chacun. Une patiente résidant alternativement à Nevers et dans le Morvan a été suivie par 2 MG.

L'éducation (du patient ou de l'IDE libérale) a lieu au cours d'une hospitalisation complète. Le suivi ultérieur habituel comporte une consultation mensuelle et un bilan semestriel en hospitalisation de jour. Tous les « replis » (liés ou non à la technique) se font en hospitalisation complète dans le service. Toute consultation ou hospitalisation fait l'objet d'un courrier dicté le jour même et les bilans semestriels d'une fiche de synthèse adressée au MG. Il existe une astreinte téléphonique 24h / 24h.

Les 32 MG ont reçu par courrier (avec un unique rappel 3 mois plus tard) 39 questionnaires.

Chaque questionnaire comportait :

1°) Une enquête rétrospective (12 questions + un commentaire libre) visant à recueillir l'impression des MG sur la façon dont ils avaient été impliqués dans le suivi de leur(s) patient(s) pris en charge en DP.

2°) Une enquête prospective (5 questions + un commentaire libre) visant, au cas où un autre de leurs patients aurait à être pris en charge en DP, à connaître leur souhait d'implication et les moyens de celle-ci.

Pour chaque questionnaire et pour l'analyse des réponses, nous avons distingué de façon un peu arbitraire les soins de Médecine Générale (MGle) de ceux liés à l'IRC (équilibre hydrosodé, bilan phosphocalcique...) ou à la DP (soins du cathéter, péritonites...).

## II - RESULTATS

### A - TAUX DE RETOURS

Vingt-cinq MG sur 32 (78 %) ont répondu. Par ailleurs 31 questionnaires sur 39 (80 %) ont été renvoyés pour l'enquête rétrospective. Pour l'enquête prospective 30 questionnaires sur 39 ont été renvoyés, un MG partant en retraite n'ayant souhaité répondre que de façon rétrospective.

Parmi les 25 MG, 16 exercent en milieu rural ou dans des agglomérations distantes de Nevers de plus de 20 Km, 9 dans l'agglomération neversoise.

Concernant les 31 patients, leur âge moyen lors de la prise en charge en DP est de 62,4 ans (extrêmes : 15 à 89 ans). Le mode de traitement est le suivant : DPCA chez 22 patients (71 %) et DPA chez 9 patients (29 %). Parmi eux, 10 sont diabétiques. Les manipulations de DP sont assurées par une IDE chez 11 des 31 patients (35 %).

### B - REPONSES

Les réponses aux enquêtes rétrospective et prospective figurent dans les tableaux I à IV.

Tableau I : Réponses aux questions concernant l'enquête rétrospective

1 Avez-vous eu l'impression d'être trépliqué ? Pas du tout : 7 / 31 Un peu : 17 / 31 Beaucoup : 7 / 31
2 Auriez-vous souhaité être trépliqué ? Moins : 0 / 31 Autant : 17 / 31 Plus : 13 / 31 Pas de réponse : 1 / 31
3 Vous estimez votre formation ? Suffisante : 5 / 31 Insuffisante : 19 / 31 Inexistante : 7 / 31
4 Avez-vous vu votre patient ? Non : 5 / 31 Oui : 26 / 31 (régulièrement : 11 ; occasionnellement : 14 ; sans précision : 1)
5 Avez-vous fait des ordonnances régulières ? Non : 16 / 31 Oui : 15 / 31 (en dehors de DP : 9 ; hors de DP : 6 ; pour DP : 0)
6 Avez-vous eu du courrier du service ? Pas du tout : 1 / 31 Pas assez : 1 / 31 Assez : 26 / 31 Trop : 3 / 31 NB : pas de réponse pour consultations et hospitalisations
7 Le contact avec le médecin hospitalier est : Suffisant : 22 / 31 Insuffisant : 9 / 31
8 Avez-vous participé à la technique de DP ? Pas du tout : 14 / 31 Un peu : 6 / 31 Beaucoup : 2 / 31
9 Avez-vous collaboré avec l'IDE libérale (22/31) ? Pas du tout : 14 / 22 Un peu : 6 / 22 Beaucoup : 2 / 22
10 Avez-vous été impliqué dans les soins liés à l'IRC ? Pas du tout : 13 / 31 Un peu : 15 / 31 Beaucoup : 3 / 31
11 Avez-vous continué de prendre en charge les soins des patients diabétiques en retraite ? Oui : 26 / 31 Non : 4 / 31 Pas de réponse : 1 / 31
12 Avez-vous eu l'impression que votre patient vous a "chappé" ? Oui : 10 / 31 Partiellement : 8 / 31 Non : 13 / 31

Tableau II : Commentaires libres au cours de l'enquête rétrospective

j ai totalement court-circuit "

'jen ai revu mon malade que dans le cadre de l'urgence"

'les viviparane qui pesp cialis emerassureplut t"

'un patient n cessitant des dialyses doit tre dans des maines experiment es"

'le courrier est nombreux et informatif, mais pas formateur"

'j ai particip al installation domicile d'un patient"

'manque d'implication de ma part li un manque de formation"

'par manque de competence et de formation, il n est pas honn tepour un g n raliste de suivre un patient en dialyse priton ale"

'le patient tant trait domicile, j ai t tr simpliqu "

'ilya 10ans, jemesera simpliqu "

'probl me pratique: quels médicaments ne peut-on pas prescrire chez le dialys ?"

'laout puissance inefficace dusyst m hospitalier de route les patients"

'ilest important de pouvoir revoir le patient de temps autren routine"

'le m decitraitant tous les l ment pour surveiller l'volution"

'le traitement devraient tre renouvel par le m decitraitant"

Absence de commentaire l 2 fois sur 31 (3%).

Tableau III : Réponses aux questions concernant l'enquête prospective

1 Souhaiteriez-vous tre plus impliqu dans le suiv ?  
Oui : 23 / 30  
Non : 7 / 30

2 S'ui souhaiteriez-vous tre plus impliqu :  
Dans les soins de M decine G n rale : 22 / 30  
Dans les soins de DP et d IRC : 20 / 30

3. Comment concevez-vous la participation du MG (plusieurs rponses possibles)  
Consultations altern es MG/N phrologue : 16 / 30  
R daction de l'ordonnance par le MG : 11 / 30  
Le carnet (la carte) de Sant est utile : 18 / 30  
Les moyens multim diasont utiles : 21 / 30

4 Comment envisagez-vous la formation pr alabl (plusieurs rponses possibles)  
FMC en groupe : 15 / 30  
FMC individuelle au cas par cas : 11 / 30  
FMC pratique l h pital : 13 / 30  
FMC th orique : 11 / 30  
Livret de formation : 10 / 30

5 Seriez-vous d'accord pour participer nel march experiment al cf. ordonnance u24/04/96 relative la natriem dicalis edes pense de sant ?  
Oui : 14 / 30  
Non : 11 / 30  
Quid ? : 4 / 30  
Pas de rponse : 1 / 30

Tableau IV : Commentaires libres au cours de l'enquête prospective

les courriers pourraient être formatés
'le carnet de santé ne peut être utilisé par manque de place'
'il faudrait un accès plus interactif (plusieurs réponses)
'la dactylo des ordonnances par le néphrologue est capitale'
'il faudrait une formation par petits groupes de MG dans les hôpitaux'
'implication pour servir une formation préalable'
'il est important de revoir le patient en consultation de routine'
'en 20 ans, j'en ai eu un patient en DP: une formation au cas par cas me para plus utile'
'je ne souhaite pas impliquer plus en raison du cheff de service'
Absence de commentaire 19 fois sur 30 (63%).

### C - COMMENTAIRES

Les limites évidentes de ce travail sont celles d'une enquête d'opinion, traduisant un vécu plus qu'une réalité objective (certaines réponses apparaissent contradictoires). En outre, il concerne uniquement la DP, a un caractère très local et s'est adressé à un faible nombre de patients et de MG, ce qui doit rendre les interprétations prudentes.

Néanmoins, un certain nombre d'idées se dégagent nettement :

1°) Le taux de retours important et inattendu (voisin de 80 % aussi bien en termes de MG que de questionnaires) traduit au minimum un intérêt.

2°) Les MG se sont sentis impliqués et souhaiteraient l'être plus, y compris pour les soins liés à l'IRC et à la DP.

3°) Ils ont cependant eu l'impression que leur patient leur a « échappé », ce qui est une réalité si l'on considère qu'ils ont fait des consultations et des ordonnances de façon régulière dans moins de 50 % des cas.

4°) Le courrier n'est pas un moyen suffisant de coopération.

5°) La formation est insuffisante et inadaptée.

Toutefois, ce travail ne permet pas de proposer des modalités de formation et / ou de collaboration MG / Néphrologue précises et univoques.

### III - DISCUSSION

De nombreux travaux et rapports, en France notamment (1,2,3,4), ont insisté sur le bénéfice d'une prise en charge néphrologique précoce de l'IRC.

Cela ne fait guère de doute, à condition de se rappeler que le MG est le pivot du système de soins, que les maladies rénales sont le plus souvent asymptomatiques, et que les patients ne seront pas adressés s'il y a crainte de « captation ». Les réseaux fort à la mode ne peuvent, si l'on s'en réfère à l'étymologie du « rete », fonctionner que sous la forme d'un maillage visant à améliorer la qualité des soins et non comme un filet où le « patient-poisson » serait piégé par le spécialiste. En d'autres termes, le

MG ne peut être considéré comme un simple « sergent recruteur » et il importe de définir une vraie collaboration à double sens.

Le travail présenté ici, avec toutes les limites d'interprétation rappelées plus haut, apporte, à notre avis, deux indications :

1°) Les MG sont demandeurs de continuer à participer aux soins de leurs patients y compris au stade de l'IRC terminale et de la technique d'épuration extra-rénale. Cette position est légitime dans notre système de santé et d'autant plus justifiée lorsque le patient est soigné « hors centre » et à distance de l'équipe néphrologique. Cela ne remet nullement en cause le rôle de « maître d'oeuvre » du néphrologue à ce stade, ni le caractère indispensable d'une formation préalable (que par ailleurs les MG réclament) mais impose de réfléchir aux modalités de cette participation.

2°) Il indique une possibilité de coopération aux stades plus précoces, dans le but de dépister les néphropathies curables, de ralentir la progression de l'IRC et d'en traiter les complications et les comorbidités.

La nature de la formation et les modalités de la collaboration restent à préciser. On pourrait suggérer que des messages clairs et adaptés à la pratique des MG au moment de la formation initiale, à long terme, et dans les recommandations cliniques (sociétés savantes, ANAES) à moyen terme, ainsi que l'utilisation, à plus court terme, de l'obligation légale récente de FMC et des outils de communication multimédia modernes font partie des voies à explorer.

Nous remercions Mmes et Mrs les Drs Bonnin, Cazin, Clément, Coignet, Connan, Debitus, Domart, Dufour, Dujol, Dupont, Gaillot, Garcin, Grosjean, Guillemain d'Echon, Hermans, Migaud, Mousques, Neant, Paponneau, Petit, Poiret, Roche, Saulnier, Stoupak et Vannereux d'avoir bien voulu répondre aux questions et fournir leurs commentaires.

## **BIBLIOGRAPHIE**

1 - IRC 2000 Livre Blanc de la Néphrologie. Société de Néphrologie-SANESCO avec la collaboration de la Société francophone de dialyse. Néphrologie 1996, 17, 1.

2 - Avis sur la prévention de l'insuffisance rénale et son diagnostic précoce. Rapport du Haut Comité de la Santé Publique. Avril 1997.

3 - JUNGERS P., SKHIRI H., ZINGRAFF J., MULLER S., FUMERON C., GIATRAS I., TOUAM M., NGUYEN A.T., MAN N.K., GRUNFELD J.P.  
Bénéfices d'une prise en charge néphrologique précoce de l'insuffisance rénale chronique. Presse Med. 1997, 26, 1325-1329.

4 - KESSLER M.  
Dépistage et prise en charge de l'insuffisance rénale chronique avant le stade de la dialyse. Dyalog Octobre 1996, n° 77.