

SOMMAIRE

Avant propos: "Premier contact avec la greffe"Page 6

1ère partie

"Premier constat et réflexion d'une étudiante infirmière affectée dans des services de transplantations"Page 9

1.1 Situations d'appels et premières réflexionsPage 10

1.1.1 Stages en unité de transplantation cardio-pulmonaire et hépatique.....Page 10

1.1.2 Situation d'appel en unité de greffe hépatiquePage 11

1.1.3 Stage de travail de fin d'étude (T.F.E): Unité de transplantation rénalePage 14

-Constats sur la prise en charge faite en amont de la greffe.....Page 14

-Constats sur l'appel à la greffe.....Page 15

-Constats sur l'accueil du patient dans le service de greffe.....Page 16

1.2 Questionnements et problématique.....Page 16

1.3 Objectifs de recherche.....Page 18

2ème partie

"A la rencontre des personnes ressources".....Page 19

2.1 Méthodologie de l'enquête.....Page 20

2.1.1 Présentation de la structure et du service de transplantation rénale.....Page 20

2.1.2 Entretiens effectués auprès du psychologue et de quatre infirmières du service de transplantation rénale.....Page 20

2.1.3 Limites de l'enquête.....Page 21

2.2 L'enquête:Page 21

2.2.1 Analyse descriptive et explicative de chaque entretien.....Page 22

2.2.1.1 Les différents besoins psychologiques du patient de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire.Page 22

2.2.1.2	Les moyens mis en place par l'infirmière pour prendre en charge le patient psychologiquement de l'appel à la greffe à son départ au bloc opératoire.	Page 25
2.2.1.3	Les difficultés rencontrées par l'infirmière dans sa prise en charge et ses ressources.....	Page 28
2.3	<u>Synthèse</u>	Page 29
2.4	<u>Conclusion</u>	Page 30
	<u>Bibliographie</u>	Page 32
	<u>Annexes</u>	Page 34

Cadre conceptuel:

-	Annexe n°1: Définition de l'insuffisance rénale chronique	Page 35
-	Annexe n°2: Les traitements évolués de l'I.R.C.....	Page 42
-	Annexe n°3: L'alimentation et la dialyse	Page 48
-	Annexe n°4: Les différentes "voies d'abords".....	Page 52
-	Annexe n°5: Protocole d'appel à la greffe.....	Page 55

Autres:

-	Annexe N°6: Grille d'entretien vierge pour les quatre infirmières du service de transplantation.....	Page 60
-	Annexe N°7: Grille d'entretien vierge pour le psychologue du service de transplantation.....	Page 62
-	Annexe N°8: Tri à plat des entretiens infirmiers.....	Page 64
-	Annexe N°9: Restitutions intégrales des entretiens	Page 66
-	Annexe n°10: Théorie des besoins fondamentaux de Maslow	Page 72
-	Annexe n°11: Charte du patient hospitalisé	Page 80
-	Annexe n°12: Les différents besoins psychologiques du patient	Page 82

Pour votre bienveillance et vos encouragements, Je souhaiterais vous dire

Merci

A vous madame Duchemin Pelletier, et madame Martin-Cocher pour votre patience, et pour m'avoir guidé durant ce chemin sinueux,

A toi Ma cousine pour m'avoir fait découvrir ce merveilleux métier.

A toi Papily et Mamie Péla pour votre temps et vos compétences.

A vous mes parents, pour votre objectivité et votre soutien.

A toi ma sœur pour tes talents d'informaticienne.

A toi Sylvain, pour m'avoir accompagné et supporté durant ces trois longues années.

Je n'oublie pas non plus les équipes des deux services de stages support de mémoire qui m'ont accueilli avec tant de gentillesse, et pour leurs précieux conseils.

Merci au psychologue pour son intérêt pour le sujet.

Enfin, je souhaite dire merci à ces personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique pour m'avoir ouvert vos cœurs, afin que je puisse faire partager votre expérience.

Texte de Carl Rogers :

Voici cette autre personne, mon client. ¹

J'ai un peu peur de lui, de pénétrer ses pensées qui sont en lui, comme j'ai un peu peur des profondeurs qui sont en moi.

Pourtant, en l'écoutant, je commence à éprouver un certain respect pour lui, à sentir que nous sommes parents.

Je devine combien son univers lui paraît terrifiant, quelle tension il met à essayer de le contrôler.

Je voudrais sentir ses impressions, qu'il sache que je le comprends.

Je voudrais qu'il me sache près de lui, dans son petit univers compact et resserré, capable de regarder cet univers sans trop de frayeur.

Je puis peut-être le lui rendre moins dangereux.

J'aimerais que mes sentiments dans ce rapport avec lui soient aussi clairs et évidents que possible, afin qu'il les reçoive comme une réalité discernable à laquelle il pourra retourner sans cesse. Je voudrais entreprendre avec lui cet effrayant voyage en lui-même, au sein de la peur ancrée en lui, de la haine, de l'amour qu'il n'a jamais réussi à laisser l'envahir.

Je reconnais que c'est un voyage très humain, et imprévisible pour moi, aussi bien que pour lui, et je risque, sans même savoir que j'ai peur, de me rétracter en moi-même devant certains des sentiments qu'il découvre.

Je sais que cela imposera des limites dans ma capacité à l'aider.

Je me rends compte que ses propres craintes peuvent par moment l'amener à voir en moi un intrus, indifférent et repoussant, quelqu'un qui ne comprend pas.

Je veux accepter pleinement ses sentiments en lui, tout en espérant que mes propres sentiments éclateront si clairement dans leur réalité qu'avec le temps, il ne pourra manquer de les percevoir.

Et surtout, je veux qu'il rencontre en moi une personne réelle.

Je n'ai pas à me demander avec gêne si mes propres sentiments sont "thérapeutiques".

Ce que je suis et ce que je sens peut parfaitement servir de base à une thérapie, si je sais "être" ce que je suis et ce que je sens, dans mes rapports avec lui de façon limpide.

Alors il arrivera peut-être à être ce qu'il est, ouvertement et sans crainte.

¹ <http://www.epanouissement.net/acp/relation-aide.html>

AVANT PROPOS

"Premier contact avec la greffe".

Notre être et notre corps souffrent souvent de déséquilibres, de contrariétés, de manques, etc. Ces tares peuvent être héréditaires, comme elles peuvent être accumulées par nous-mêmes. Elles peuvent être durables comme elles peuvent être passagères. Quelles qu'en soient leurs origines, le corps réagit très tôt à ces dysfonctionnements, dont il est le révélateur par les signes qu'il émet. Il importe alors, de savoir non seulement écouter mais aussi comprendre ces signes.

Incontestablement, il y a d'abord les maladies causées par des conditions physiques, mais il y a aussi les maux issus des contradictions ressenties dans notre être profond. Les signes du corps ne sont jamais gratuits. Et vouloir les dominer par la volonté revient à les ignorer.

Lorsqu' un de ces organes ne fonctionne plus c'est tout l'équilibre qui est mis en jeu. Certes, l'évolution de la science permet aujourd'hui, de greffer certains organes de substitution à celui qui est non fonctionnel. Beaucoup de chemin, a été parcouru entre la peinture de Fra Angelico - qui représente la greffe d'une jambe au Diacre Giustiniano par Saint Côme et Saint Damien datant du 3^{ème} siècle - jusqu'à ce jour.



² http://belcikowski.org/la_dormeuse/images/fra_angelico.JPG

Le système de santé s'est beaucoup développé au cours de ces dernières années. Il vise non seulement à développer des techniques de soins, mais aussi à mettre en place des aides relationnelles pour les patients et leurs familles.

*"Les politiques d'humanisation fondées sur la reconnaissance des besoins des malades ont été conçues pour un meilleur accueil et une prise en compte de la dimension psychologique. Pourtant l'hôpital est un lieu d'expression des souffrances et de la détresse face auxquelles nous restons parfois impuissants. Connaître les facteurs d'anxiété et savoir repérer ces symptômes permettraient un accompagnement et une prise en charge globale plus adaptée au patient durant son hospitalisation. "*³

En 2006, plus de 4400 personnes ont été greffées en France, un chiffre en progression de 38% par rapport à 2000. Nous pouvons tous être concernés par le don d'organes et/ou par la greffe, d'où mon intérêt pour le sujet, bien avant mon entrée dans la formation d'infirmière.

Par la suite, j'ai constaté par le biais de mes lectures et de mes stages, des difficultés dans l'accompagnement des patients en attente d'une greffe ; point de départ de ma réflexion. Celles-ci sont décrites dans la première partie de mon sujet.

De mon premier contact avec la greffe à aujourd'hui, trois ans ont passé et le questionnement demeure. Il a juste évolué avec l'apport de cette formation.

La transplantation intègre, chez les sujets qui y sont soumis, quantité d'affects et de fantasmes qui ne doivent pas être négligés par les équipes de soins. Ce vécu psychologique peut-être en effet à l'origine de décompensations anxieuses, dépressives, voire délirantes, qu'il importe de prévenir dans la mesure du possible.

Le facteur humain et les relations personnelles qui s'établissent avec le patient ont donc un aspect primordial. D'après le Pr. Léon SCHWARTZENBERG: *"Le malade, surtout celui qui va mal, est l'être le plus seul qui soit au monde victime d'une maladie encore inconnue, objet de soins mystérieux, confié à des mains étrangères, isolé face à l'équipe médicale qui tire les ficelles de son destin, tenu à distance par sa famille, à l'écart de la société,*

³ Moreau, Nadège, L'anxiété des patients hospitalisés en chirurgie : comprendre pour soulager, revue l'aide-soignante, Février 2002, n° 34, pages 24 – 25

*Il est seul comme il ne l'a jamais été de toute sa vie avec au fond de lui-même la pensée lancinante de la mort, de la mort possible, de la mort prochaine*⁴.

Durant notre cursus, on apprend et on comprend que les techniques de soins, mêmes les plus performantes, ne pourront jamais assurer l'intégralité de la fonction "soin".

Au-delà des décrets d'actes, l'infirmière donne de sa personne, elle réagit en fonction de sa sensibilité.

Selon Olivier Cotillaud: *"L'être humain, conscient de son immersion dans un monde dangereux et imprévisible, éprouve fortement le besoin de communiquer, d'échapper à l'isolement, de partager avec d'autres ce qu'il ressent, ses désirs, ses rêves et ses craintes. En tant que personne, le malade éprouve les mêmes besoins que le soignant"*⁵.

⁴ Source: SCHWARTZENBERG Léon, VIANSSON PONTE Pierre. *Changer la mort*. Paris : Ed. Albin Michel.

⁵ Source: COTINAUD Olivier, *INFIRMIERES D'AUJOURD'HUI .Psychologie et soins infirmiers* 299pages p23.

1^{ER} PARTIE

"PREMIERS CONSTATS ET RÉFLEXIONS, D'UNE ÉTUDIANTE INFIRMIÈRE AFFECTÉE DANS DES SERVICES DE TRANSPLANTATIONS "

1.1 Situations d'appels et premières réflexions

Lors de mes premiers stages effectués en services de transplantation, j'ai été particulièrement interpellée par les conséquences psychologiques d'une attente de greffe sur le patient et son entourage.

Ce sont des éléments conséquents dans leur vie et aucun d'entre eux ne le vivra de la même façon et cela me semble être le cas pour n'importe quelle pathologie: *"C'est en*

*acceptant l'altérité du malade, c'est-à-dire le fait que je peux ni le réduire à ce que je suis, ni me mettre à sa place, que j'ai quelques chances d'entendre ses besoins"*⁶

Par définition:

*"Une greffe ou transplantation est une opération chirurgicale consistant à remplacer un organe malade par un organe sain, appelé greffon et provenant d'un donneur".*⁷

C'est aussi un acte traumatisant, qui peut engendrer un stress important.

1.1.1 Stages en unité de transplantation cardio-pulmonaire et hépatique:

Au cours de ma première année à l'institut de formation, j'ai effectué un stage de chirurgie cardiaque, où j'ai pu rencontrer des personnes greffées cœur- poumon. Au vu de mon niveau de formation, la prise en charge du patient dans sa globalité était pour moi encore prématurée. Pourtant, par le biais de mes observations dans ce service et par le "ressenti "des soignants, j'ai pu mesurer la difficulté de la prise en charge de ces soignés. En effet, il semblait malaisé aux infirmières (I.D.E) d'évaluer la qualité de leurs soutiens. Face à cela je me suis souvent retrouvée moi aussi démunie. Madame FARHAT pense que" *Connaître sa limite permet de faire place à l'autre*"⁸

Je comprends alors, que la greffe est une intervention délicate, qu'elle implique des changements considérables dans la vie du patient et de son entourage.

C'est pour cela que ceux-ci doivent être suivis à partir du moment où ils sont inscrits sur une liste d'attente de greffe sur le plan médical et sur le plan psychologique.

Au vu des problèmes rencontrés dans ce service, d'une part au niveau du patient et d'autre part au niveau du soignant, je me demande en quoi consiste cette prise en charge et si elle est suffisante.

En deuxième année de formation, j'obtiens un stage dans une unité de greffe hépatique. J'ai pu de ce fait, me rendre compte des moyens existants pour accompagner le patient vers la greffe et donc approfondir mon expérience en la matière: visite du service, possibilité de faire déplacer une association d'anciens greffés; rencontre avec des patients du service; psychologue ; brochures explicatives. Cela m'a permis de répondre

⁶ COTINAUD Olivier, *INFIRMIERES D'AUJOURD'HUI .Psychologie et soins infirmiers* p25.

⁷ http://fr.wikipedia.org/wiki/Greffe_%28m%C3%A9decine%29

⁸ FAHRAT (M) – « Prendre soin de soi » extrait du dossier « Prendre soin de soi pour prendre soin des autres » – Soins n°634, avril 1999, p. 11

en partie aux questions posées ci-dessus. Il existe bel et bien des outils et "des personnes ressources" pour préparer au mieux le patient dans cette étape, mais encore une fois, est-ce suffisant ?

1.1.2 Situation d'appel:

Je repense à ce patient, premier sur la liste d'espérance de don, ce quinquagénaire qui attend depuis trois ans, l'appel de l'espoir. C'est cette fameuse nuit, vers trois heures du matin où j'étais présente, que l'infirmière, avec l'accord du chirurgien de garde, l'invite à se présenter d'urgence à l'hôpital pour la greffe.

Stupeur, l'intéressé refuse de venir de suite, il propose de venir plutôt demain, peut-être, sinon plus tard puis raccroche. Surprise par la réaction de ce monsieur, l'infirmière rappelle le chirurgien de garde. Celui-ci lui demande d'appeler le deuxième sur la liste, puis il ajoute "qu'on ne peut pas les forcer à venir et que l'on a pas le temps pour la psychologie".

Le suivant sur la liste des compatibilités fut greffé quelques heures plus tard.

Dans cette situation, il me manque certaines informations sur l'aboutissement de l'appel à la greffe, ma compréhension reste donc difficile sur l'état d'esprit du patient à ce moment précis, telles que:

- Quelles explications ont été données au patient avant la greffe ?
- Qu'a-t-il compris de sa pathologie et de l'importance vitale de sa greffe ?
- Est-il suivi psychologiquement ?

Par ailleurs, d'autres questions me viennent à l'esprit sur cet appel à la greffe :

- L'infirmière aurait-elle pu faire changer l'avis de ce monsieur ?
- Communiquer par téléphone est-il le meilleur moyen existant pour une telle annonce?
- De quels moyens l'infirmière disposait-elle pour rassurer au mieux le patient ?
- La prise en charge faite en aval est-elle suffisante en règle générale ?
- Comment quelqu'un qui attend depuis trois ans une greffe peut-il refuser de se déplacer? Etait ce un mécanisme de défense ?
- Dans quelle mesure un soignant peut-il accompagner un patient vers la greffe?
- Comment l'infirmière ressent-elle le refus d'un patient d'être greffé ?

A la suite de cela, j'ai effectué quelques recherches, et je me suis aperçu que :

➤ Selon la loi du 4 Mars 2002:

Art. L. 1111-4. – *"Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables."*⁹

Au regard de la législation, le soignant doit respecter la décision prise, mais dans ce cas, l'infirmière aurait-elle du demander au médecin d'intervenir auprès de celui-ci ? Sa réaction aurait-elle été différente ?

De plus, un appel à la greffe se fait par "communication" téléphonique, or selon cette définition: *"La communication est le fait de communiquer, d'établir une relation avec quelqu'un. C'est une relation dynamique qui intervient dans un fonctionnement; échange de signes, de messages entre un émetteur et un récepteur"*¹⁰

Cette définition induit deux personnes en présence, ce qui n'est pas complètement le cas par téléphone, la communication en est donc forcément plus difficile.

Néanmoins, on peut se rendre compte aujourd'hui que beaucoup d'entreprises démarchent par téléphone et que celles-ci proposent de plus en plus à leurs employés des formations tels que *"Mieux communiquer par téléphone"*¹¹; *"Formation accueil téléphonique"*¹²

On sait aujourd'hui, qu'il n'existe aucune autre possibilité que le téléphone pour prévenir les personnes en attente de greffe, d'autant qu'il s'agit d'une situation où les actions doivent s'enchaîner rapidement.

Mais n'y aurait-il pas possibilité d'approfondir les méthodes de communication que l'on apprend durant notre cursus, afin de pouvoir répondre au mieux aux besoins du patient lors de l'appel à la greffe?

⁹ <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/medilega/pages/lois/loi02-303.html>

¹⁰ Dictionnaire "le petit Robert" édition France

¹¹ <http://www.cegos.fr/Catalogue/Pages/produit.aspx?ProductID=20081082>

¹² <http://www.frederic-chartier.com/ressources-en-ligne/index.php?2006/10/31/60-formation-accueil-telephonique>

Ces interrogations, n'ont fait qu'approfondir mon envie d'en savoir plus sur l'impact de cette prise en charge faite en amont. C'est pourquoi, j'ai demandé en troisième année, des unités de transplantation pour mes stages supports T.F.E.

1.1.3 Stage en unité de transplantation rénale: Constatations et premières analyses.

J'ai fait le choix de me positionner sur les personnes atteintes d'insuffisance rénale chronique (cf. annexe 1) en attente d'une greffe rénale pour les raisons suivantes :

- C'est une maladie chronique et selon le Dr Moley-Massol: *"L'annonce d'une pathologie chronique est toujours difficile à accepter pour le malade."*

Elle inflige une profonde blessure narcissique et le malade craint de perdre sa personnalité et d'être réduit à sa maladie. Ne dit-on pas : *" C'est un insuffisant rénal, c'est une diabétique ?"¹³*

C'est aussi une maladie de longue durée, ayant un coté irréversible, sans espoir de guérison, ni d'issue possible, donc notion de lourdeur des soins.

- De plus, au stade terminal de l'insuffisance rénale, intervient la dialyse (cf. annexe 2) soin vital qui inclue des conséquences non négligeables dans la vie des personnes, telles que des contraintes horaires. En effet, selon le type de dialyse utilisé, une I.R.C (insuffisance rénale chronique) nécessite une séance trois à quatre fois par semaine pendant quatre à six heures chacune, pour le bon fonctionnement de l'organisme, pouvant rendre difficile toute vie sociale. S'ajoute à cela, une alimentation plus ou moins stricte (cf. annexe 3), ainsi qu'une grande fatigue. Ceci étant valable pour tout type de dialyse.

- Enfin, pour dialyser, il est nécessaire d'être porteur d'une fistule artérioveineuse (F.A.V) ou d'un cathéter de dialyse péritonéale (cf. annexe 4) qui compromet à des degrés divers l'image corporelle du patient.

Ces *"voies d'abords artérioveineuses"*^{*} nécessitent une surveillance accrue du patient au risque de devoir recommencer l'intervention.

Ces trois notions: maladie chronique, dialyse, "abords veineux", sont, me semble t-il, des éléments essentiels à prendre en compte. Ces patients n'attendent pas la greffe pour

¹³ Dr MOLEY-MASSOL Isabelle:L'annonce de la maladie une parole qui engage". Edition DA TE BE.

* Voie d'abord: Abords veineux pour la dialyse et cathéter péritonéale pour la dialyse péritonéale

pouvoir "vivre" mais pour "revivre" à nouveau presque comme tout le monde. La dialyse permet le maintien en vie mais peut paradoxalement réduire tout lien social nécessaire à celle-ci.

L'attente d'une greffe de rein est donc vécue de façon différente des autres greffes.

Au cours de ces deux stages j'ai eu la possibilité de prendre en charge des patients greffés du rein, puis d'autres, d'une double greffe rein/pancréas. Les greffons provenaient soit de donneur en mort encéphalique, soit vivant, soit de "*cœur arrêté*".*

Selon la technique utilisée, il faut avoir notion que la prise en charge diffère ainsi que le vécu de la greffe.

Constats sur la prise en charge faite en amont de la greffe

Les patients de ces deux services, semblent assez satisfaits de leur prise en charge faite en amont. Le seul reproche évoqué est le manque d'information sur l'intervention, sur l'après greffe, ainsi que sur les traitements immunosuppresseurs. Ils m'ont informé être assez soutenu et que leurs questions étaient rarement restées sans réponse. Donc, à priori, la prise en charge faite en amont semble suffisante. De plus, j'ai repéré que la prise en charge d'un futur greffé hépatique était différente de celle du futur greffé rénal. En effet, la dialyse nécessite une prise en charge médicale plus lourde, des visites hospitalières plus fréquentes ainsi que des entretiens médicaux plus réguliers.

Cela pourrait expliquer le refus de ce patient décrit dans ma situation d'appel, moins habitué et peut-être moins informé.

Constats sur l'appel à la greffe

En questionnant les infirmières du service, j'ai découvert que les appels faits en journée sont souvent effectués par le médecin qui est, généralement méconnu du patient. Par ailleurs, contrairement à ce que j'ai pu voir auparavant, la nuit, c'est aussi le médecin qui le contacte sauf dans le cas où il est difficile à joindre. A leurs connaissances, il y a eu aussi des refus. Ce qui m'amène à penser que le fait que soit un médecin qui appelle le malade n'a pas forcément une grande influence sur celui-ci. Néanmoins, le fait que

* Cœur arrêté: Nouvelle technique de prélèvement d'organe, sur personne déclaré décédé d'un arrêt cardio-respiratoire. Utilisé depuis 2006 sur Lyon.

l'interlocuteur soit connu ou non de l'individu à certainement une plus grande incidence sur le choix du patient.

Plusieurs autres éléments pourraient entrer en ligne de compte sur le refus d'être greffé dont le facteur nuit. D'après Anne PERRAUT-SOLIVERÈS: *"La nuit à l'hôpital, c'est une inversion des valeurs dans le soin. La maladie est à l'individu ce que la nuit est au jour: une somme d'inconnues, d'invisibilités dont il ne sait que faire, mais qui sont indissociables de lui. L'hôpital, la nuit, est un espace où le malheur, la misère, la souffrance s'expriment sans fard, stimulés par la perte de repères et encouragés par une réelle confidentialité."*¹⁴

N'oublions pas non plus que selon la phase d'acceptation de sa maladie dans lequel peut se trouver le patient à ce moment "T", cela peut influencer son acceptation ou son refus à la greffe.

Constats sur l'accueil du patient dans le service de greffe

- Dans un premier temps, j'ai perçu certains aspects qui m'étaient jusque là inconnus. L'état d'esprit dans lequel se trouve le malade à son arrivée à l'hôpital semble différent en fonction du temps d'attente de la greffe, du nombre d'années de dialyse (si dialyse il y a eu). En effet, j'ai demandé à un patient non dialysé comment il perçoit cette intervention ? Il m'a répondu: "Pour échapper à la dialyse et vivre normalement, je suis prêt à passer sur le billard". En posant la même question à une personne, qui elle, dialysait depuis plusieurs années, j'ai eu cette réponse: "Enfin je vais pouvoir vivre comme tout le monde".

- Dans un deuxième temps, à l'arrivée de l'intéressé dans le service, l'infirmière doit suivre le "protocole d'appel à la greffe" qui est assez conséquent (Cf. annexe N°5). Le temps passé à exécuter tous ces actes, limite sa présence auprès du patient. Sans oublier le fait qu'il y a le reste du service à gérer. Ce premier contact, du à la préparation médicale pour la greffe, est restreint par manque de personnel.

Ces limites ont été soulevées par les soignants, déjà conscients de ce manque de temps. Ils avaient de ce fait proposé qu'une infirmière soit présente uniquement pour les appels à la greffe, comme on peut le voir dans les équipes de coordination. Cette demande a été rejetée pour manque de moyen financier et par la complexité de sa mise en place.

¹⁴ <http://www.ccic-cerisy.asso.fr/nuit04.html>

Les patients quant à eux, m'ont aussi signalé que l'attente du résultat du "cross match"* (cf. annexe N°5) leurs paraissaient interminable et qu'ils auraient apprécié partager plus de temps avec quelqu'un. Ceci étant, le service peut faire appel à un psychologue lors de l'arrivée du patient. Celui-ci est disponible en journée et passe un peu de temps avec le futur greffé. Les patients peuvent lui confier leurs sentiments et être accompagnés dans cette épreuve.

Cette collaboration avec le psychologue me semble utile, voir indispensable pour le patient, pourtant il existe une réelle difficulté de transmission des informations entre les infirmières et lui, au sein des deux stages que j'ai effectué.

1.2 Questionnements et problématique

A mon sens, le premier entretien téléphonique ainsi que l'accueil du patient dans le service, après l'appel, sont des moments fondamentaux pour le patient et pour la bonne continuité des soins. En effet, le premier contact est celui où la relation soignant-soigné s'installe par la confiance et la sécurité.

Dans le cadre d'un appel à la greffe d'une personne atteinte d'insuffisance rénale chronique, la mise en confiance, commence au téléphone, se poursuit à son arrivée jusqu'à son départ au bloc opératoire. Ceci mobilise chez l'équipe soignante des techniques de communications diverses, une prise en charge globale du patient rapide et une capacité d'adaptation importante face aux différentes réactions du patient.

Vu les éléments observés dans mes différents stages, des questions et réponses apportées dans cette première partie, je m'interroge: Que peut-on dire ou pas au téléphone lors de cet appel ? Quel est le poids des mots dans ce type d'intervention ?

Selon le Dr MOLEY-MASSOL: "*Aucune annonce n'est anodine, chacune va résonner auprès du patient d'une manière qui lui est propre et que plus que jamais, la parole est alors nécessaire pour tenter de se rejoindre dans l'épreuve à traverser ensemble. Le pire écueil reste le silence*"¹⁵

L'annonce de la greffe, qui surprend l'intéressé, est perçue d'une façon violente par celui-ci, malgré les informations données au préalable. Cet instant génère des quantités

* Cross Match: Test ultime de compatibilité faite sur le greffon et sur le receveur.

¹⁵ Dr MOLEY- MASSOL Isabelle: "L'annonce de la maladie une parole qui engage". Edition DA TE BE.
Page 29

d'émotions que l'infirmière doit pouvoir comprendre et reconnaître, en restant disponible afin de répondre aux besoins du patient.

Ce dernier, peut aussi mettre en place des mécanismes de défenses permettant de mieux gérer ce débordement émotionnel. Ceux-ci doivent être aussi repérés et respectés. Comment l'infirmière peut-elle faire face aux diverses réactions à ce moment précis ?

Un simple coup de téléphone et c'est une vie qui prend brusquement un autre tournant. En ce sens quel est le rôle et la place de l'infirmière dans cet appel à la greffe ?

De plus, rapidement après ce premier choc, le malade doit se présenter dans le service où il doit subir une quantité importante d'examens et une fois de plus, attendre, le résultat du test ultime.

Comment l'infirmière peut-elle l'accueillir afin de créer un climat de confiance sans négliger les examens à effectuer ? Comment peut-elle répondre au mieux à ces besoins dès son arrivée dans le service ?

Enfin, le patient arrive avec toute son histoire de vie, sa pathologie vécue de manière très personnelle que l'infirmière doit prendre en compte. Mais quelles peuvent être les limites de cette prise en charge ?

Toutes ces questions posées pendant ces trois années m'amène à me demander :

Dans quelle mesure l'infirmier(e) affecté(e) dans un service de transplantation rénal peut-il/elle optimiser la prise en charge psychologique du futur greffé atteint d'I.R.C, de l'appel à la greffe jusqu'à son départ au bloc opératoire ?

1.3 Objectifs de recherches

1.3.1 Objectifs:

- **Repérer** les différents besoins psychologiques du patient à ce moment "T"*
- **Découvrir** les moyens mis en place par l'infirmière pour prendre en charge le patient psychologiquement de l'appel à la greffe à son départ au bloc opératoire.
- **Cibler** les différentes difficultés de l'infirmière dans sa prise en charge et ses ressources.

1.3.2 Pistes d'investigation:

- Entretien avec l'infirmière et le psychologue qui sont les premiers en contact du patient, afin d'évaluer leurs rôles auprès de ces personnes.
- Suivi et demande d'information auprès des autres personnes ressources susceptibles d'aborder ce temps difficile avec le patient dans les jours suivants: médecins néphrologues; infirmières de dialyse; diététicienne.
- Observation d'un appel à la greffe effectué en temps réel, si possible.

* "T": de l'appel à la greffe au bloc opératoire.

DEUXIÈME PARTIE

"À LA RENCONTRE DES PERSONNES RESSOURCES"

2.1 Méthodologie de l'enquête:

2.1.1 Présentation de la structure et du service:

Le service que j'ai choisi pour effectuer mes enquêtes est un service de transplantation rénale et pancréatique.

Le service possède six lits, en chambre seule. Chaque chambre possède une salle de bain, un tableau mural effaçable, où les infirmières inscrivent les traitements immunosuppresseurs que les patients vont prendre à vie, ainsi que les consignes d'utilisation de ceux-ci, dans le but de les familiariser avec leurs thérapeutiques pour une plus grande autonomie. Plusieurs autres outils sont utilisés pour l'éducation thérapeutique, tels que: un dossier papier intitulé "recommandations aux transplantés", des questionnaires d'auto-évaluation sur les traitements et leur surveillance, des fiches récapitulatives sur la vie du greffé au quotidien; un ordinateur portable sur lequel est installé un logiciel simple d'utilisation pour l'apprentissage et l'auto-évaluation des patients ainsi que des jeux éducatifs en groupe. Le service est équipé d'une salle d'attente où les familles doivent sonner avant d'entrer dans le service.

2.1.2 Population cible et outils de recherche

- J'ai fait le choix d'élaborer une grille d'entretien semi-directive effectuée auprès de quatre infirmières du service de transplantation où j'ai effectué mon premier stage support T.F.E. Mon travail étant basé sur l'accompagnement psychologique infirmier, il m'a semblé plus aisé d'aborder ces informations oralement avec elles. De plus, mes questions étant assez ouvertes, la rédaction de celles-ci aurait été longue et beaucoup d'éléments n'auraient sans doute pas été abordés.

- Ensuite, je souhaitais réaliser un entretien exploratoire avec le psychologue du service, afin d'avoir un autre point de vue sur les besoins des patients pendant la période étudiée. Mon thème étant la prise en charge psychologique, sa compétence et son expérience peuvent m'être précieuses. Généralement présent à l'accueil des patients, il recueille les réactions du patient "à chaud" lorsque l'infirmière est occupée.

Ces entretiens doivent me permettre de comparer les expériences vécues que peuvent avoir les infirmières et lui même, afin de mieux comprendre quels sont les besoins de ces patients pour en évaluer la prise en charge.

2.1.3 Limites de l'enquête

Je n'interrogerai pas les patients du service dans lequel ils ont été greffés, car le recul, me semble insuffisant; l'appel à la greffe étant trop proche. Il faudrait suivre un patient pendant au moins trois mois (durée moyenne du séjour) pour que les données soient recevables, or, cette démarche m'est difficile à réaliser.

Lors des enquêtes faites auprès des infirmières, nous avons été plusieurs fois dérangés à cause de l'impossibilité de s'entretenir dans un bureau fermé. De ce fait, les entretiens ont été souvent perturbés, m'obligeant parfois à reprendre les questions.

Enfin, le nombre d'entretien n'est que peu représentatif par rapport à une étude statistique élargie, mais il est à rapporter au nombre d'infirmière du service qui s'élève à neuf personnes.

2.2 L'enquête:

Les pré-tests effectués sur des étudiantes infirmières de troisièmes années ont été concluants, mais non utilisables pour mon analyse; ces stagiaires n'ayant jamais travaillé en service de greffe.

Profils de la population interrogée

Professionnel	Ide 1	Ide 2	Ide 3	Ide 4	Psychologue
Age/sexe	20/30 f	20/30 f	20/30 f	40/50 f	30/40 m
Expérience	6 ans	3 ans	5 ans	15 ans	8 ans
Dans le service depuis	2002	2005	2003	1999	2006
Expérience antérieure	1^{er} poste	1^{er} poste	1^{er} poste	Orthopédie/urgence	urgence
Fréquence d'appels à la greffe	Souvent, (tout dépend de la période jusqu'à 4 à 5 fois en 2 jrs)	Très souvent	Cela dépend, ce n'est pas régulier.	Assez souvent quand je suis là.	Contacté le plus possible lors des appels.

Les grilles d'entretiens vierges et les réponses apportées sont reportées en annexe 6-7-8.

2.2.1 Analyse descriptive et explicative de chaque entretien

Pour l'analyse, j'ai préféré classer les résultats des entretiens en trois thèmes qui correspondent aux objectifs de recherche rappelés ci-dessous. Ils sont la base de mon travail sur lesquels je me suis appuyée pour élaborer mes grilles d'entretiens:

- **Repérer** les différents besoins psychologiques du patient au moment "**T**"*
- **Découvrir** les moyens mis en place par l'infirmière pour prendre en charge le patient psychologiquement de l'appel à la greffe à son départ au bloc opératoire.
- **Cibler** les différentes difficultés de l'infirmière dans sa prise en charge et ses ressources.

2.2.1.1 Les différents besoins psychologiques du patient de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire.

Selon les professionnels de santé interrogés, les besoins psychologiques du patient sont multiples. En effet, les attentes divergent selon l'individu, son histoire personnelle et son temps de dialyse (s'il y en a une). Néanmoins, certaines données ressortent plus particulièrement de mes entretiens, mettant parfois en discordance, l'avis du psychologue et celui des infirmières.

- Selon le psychologue, le patient doit être bien informé **avant** l'appel à la greffe pour qu'il puisse effectuer son cheminement dans les meilleures conditions possibles. Le changement de mode de vie que la greffe implique dans l'histoire d'un malade nécessite un temps de réflexion. Celui-ci doit pouvoir se préparer pour l'appel à la greffe et ses suites, avant que la procédure ne se déclenche. Le jour "j" sera si intense émotionnellement que les informations qu'on lui donnera ne pourront pas toutes être intégrées.

Par ailleurs, du point de vue infirmier, les quatre soignantes interrogées, m'ont dit que tout acte de la procédure est systématiquement réexpliqué au patient, **lors de son arrivée**, selon le protocole établi (Cf. Annexe n° 5).

Dans l'article 5 du décret n°2002 du 11 février 2002 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier : Dans le cadre de son rôle propre, l'infirmier

* "T": de l'appel à la greffe au bloc opératoire.

accomplit les actes ou dispense les soins suivants, visant à identifier les risques et à assurer le confort et la sécurité de la personne et de son environnement et **comprenant son information et celle de son entourage.**

Au niveau législatif, il est précisé que l'infirmière doit informer le patient, mais, les informations sont-elles toutes entendues par le futur greffé ? Ne peut-on pas simplement évaluer ce que le patient sait déjà et réajuster si besoin ?

- D'autre part, le psychologue m'explique que lors de sa première visite à un patient, à son arrivée dans le service, c'est pour parler d'autres choses, (sa vie quotidienne par exemple), parce qu'il aurait besoin, je le cite : "qu'on évoque l'être humain et qu'on ne le voit pas comme un organe ". Selon Olivier COTINAUD: *"L'être humain, conscient de son immersion dans un monde dangereux et imprévisible, éprouve fortement le besoin de communiquer, d'échapper à l'isolement, de partager avec d'autres ce qu'il ressent, ses désirs, ses rêves et ses craintes"*¹⁶. On peut donc en déduire que le patient a besoin de communiquer. Mais quels sont les sujets dont le patient pourrait avoir envie d'aborder avec les infirmières?

Celles-ci m'indiquent qu'elles discutent avec le patient de la greffe, du protocole, qu'elles lui demandent s'il a toujours envie d'être greffé ? Et qu'elles tentent de relativiser l'intervention, pour détendre le patient.

Une des problématiques de la transplantation est qu'il faut pouvoir accepter et assimiler à son propre corps un élément du corps d'une personne étrangère. Sur le plan psychique le malade doit donc faire un important travail d'intégration du nouvel organe; temps qui peut être très long. Lors de l'appel à la greffe, l'état psychologique du futur transplanté est perturbé et donc pas toujours en capacité de commencer ce travail. Pendant les mois, voir les années qui suivront l'intervention, la vie du greffé, rythmée par de nombreuses consultations à l'hôpital, tournera autour de se nouvel organe: Va-t-il tenir ? Les traitements vont-ils faire effet ?

Au jour de sa transplantation, quand sa vie prend brusquement un autre chemin, n'a t-il pas besoin de partager autre chose que sa greffe avec les infirmières ? N'a t-il pas envie de parler plutôt de se qu'il ressent à cet instant, de sa famille ou de sa vie tout

¹⁶ COTINAUD Olivier, *INFIRMIERES D'AUJOURD'HUI .Psychologie et soins infirmiers 299pages p23.*

simplement. Ceci permettant ainsi, de voir si le cheminement a été suffisant et si c'est bien le moment pour lui d'être greffé.

Là encore, se pose la question du temps. L'infirmière peut-elle en si peu de temps faire connaissance avec le patient, parler d'autre chose que de la transplantation, tout en l'informant des étapes de la greffe?

Lorsque le patient parle avec un(e) soignant(e), quelque soit le sujet de conversation, il entre en relation avec la personne qu'il a en face de lui. Cette relation fait partie des besoins fondamentaux. "Parler, est sans doute un des actes le plus humain, à condition de parler à quelqu'un qui vous écoute". La liberté de parole du malade dépend en effet de la qualité de l'écoute du soignant pour permettre deux choses:

- Le malade sait mieux ce qu'il pense et par conséquent sa peur, ses angoisses, ses craintes se dissipent peu à peu.
- Le malade se délivre de ce qui le préoccupe, le perturbe, le tourmente, ce qui soulève des émotions.

De ce fait, on peut envisager que quelque soit le sujet de conversation et le temps que l'infirmière y accorde, il y a quand même une communication bénéfique qui se crée avec le malade, si l'écoute soignante est active.

- L'appel à la greffe, qui est au départ formalisé, est adapté par l'infirmière qui le pratique en fonction de sa sensibilité. Le psychologue m'explique l'importance d'une prise en charge individuelle: "apprendre à connaître le patient et son histoire de vie". L'infirmière, qui elle, n'est pas connue du patient, se met en contact avec lui dès l'appel.

On peut parler de contact, plutôt que de relation au vu du temps restreint. Sur les quatre soignantes interrogées à la question : "quels sont selon vous, les différents besoins psychologiques du patient à l'appel à la greffe ?" Toutes ont répondu qu'il a besoin : d'être rassuré, accueilli, écouté et d'une présence, ce qu'elles tentent de satisfaire au mieux. Une soignante a évoqué néanmoins le fait que tous les besoins ne peuvent pas être satisfaits. Par exemple, les patients souhaiteraient avoir les résultats du "cross match" plus rapidement, or cela est difficile du point de vue technique. Certains malades demandent s'ils vont être greffés, avant même d'avoir eu les tests de compatibilités.

En d'autres termes, le patient aurait besoin d'être informé, la question reste à savoir quand l'information est nécessaire et comment la pratique-t-on? Selon le docteur Moley-

Massol: "Le langage médical ne fait entendre que le signifiant, indispensable pour communiquer avec précision entre professionnels qui s'accordent sur ce qui est signifié, mais qui résonne comme une langue étrangère auprès des non-initiés. Il devient alors hermétique qui tient l'autre à distance et empêche la communication."¹⁷

Toutes les notions qui sont données au patient, que se soit avant ou après la greffe, prendront du sens au fil du temps. De plus, selon d'autres infirmières du service, le patient ne se souvient pas forcément de ce qui a été dit en consultation pré transplantation. Pour ma part, au vu de toutes ces interrogations, j'arrive à me demander s'il ne vaut pas mieux partir du point de vue du patient, en reprenant ces termes à lui, en reformulant ce qu'il nous explique afin que les renseignements soit mieux compris et intégrés par celui-ci. De ce fait l'infirmière pourra en doser la quantité et en évaluer la qualité.

Par la suite, j'ai noté que le psychologue insistait sur l'importance d'individualiser la prise en charge. A mon sens, ceci doit être fait dans n'importe quel service. Par ailleurs, il me semble nécessaire que le patient soit rapidement installé dans une chambre afin qu'il se prépare tranquillement et puisse être avec ses proches en toute intimité.

Enfin, le fait de parler de sujets divers, autres que de la greffe, paraît difficile pour les soignantes du fait que le temps est restreint. C'est pourquoi la présence du psychologue est fondamentale. Il serait souhaitable que celui-ci soit prévenu le plus souvent possible, lors des appels à la greffe, même quand il s'agit d'un patient qu'il ne connaît pas. Utiliser les différentes compétences de chacun permet une meilleure prise en charge globale du patient. Il en va de même pour les aides-soignantes et les agents de services hospitaliers qui sont des personnes ressources pour l'infirmière et le patient.

2.2.1.2 Les moyens mis en place par l'infirmière pour prendre en charge le patient psychologiquement de l'appel à la greffe à son départ au bloc opératoire.

Suites aux différents besoins psychologiques, évoqués ci-dessus, les infirmières mettent en place des moyens pour prendre en charge le patient dans les meilleures conditions possibles.

- Au cours de ces entretiens pré-transplantation, le psychologue fait connaissance avec le patient, du point de vue médical et personnel.

¹⁷ Dr MOLEY-MASSOL Isabelle: "L'annonce de la maladie une parole qui engage". Edition DA TE BE page 16

Il informe les patients d'un certain nombre d'éléments importants, pour gérer au mieux l'angoisse, que la greffe peut engendrer. Il leur parle de la douleur et de la possibilité de s'en plaindre aux soignantes. Il leur dit qu'ils peuvent le voir quand ils le souhaitent, leur explique comment se passe un appel à la greffe et le fait qu'ils peuvent ne pas être greffés suite à des incompatibilités éventuelles.

Il donne des informations sur l'après greffe et l'immobilisation qu'ils devront respecter pendant un certain temps. Le psychologue aborde avec eux les incidents de parcours d'après greffe, afin que le malade admette de vivre au jour le jour pour éviter trop de déceptions.

Le psychologue m'indique aussi utiliser l'information avant la transplantation, l'écoute avec une grande ouverture d'esprit, pendant l'appel à la greffe, comme moyen de prise en charge.

Au niveau infirmières, toutes donnent au départ des informations très concrètes sur le protocole. Par la suite, chacune prend en charge le patient d'une façon plus personnalisée, donnant les informations qui lui semblent importantes et gère l'accompagnement en fonction de son expérience, et de ses convictions.

La 1^{er} infirmière, m'indique faire la différence entre les informations médicales et paramédicales; elle n'hésite pas à demander le médecin si besoin est. La 2^{ème}, ne donne pas d'information sur l'hospitalisation parce que pour elle, cela angoisse d'avantage le patient. La 3^{ème} pense qu'il ne faut donner aucune information par téléphone, parce que c'est un outil qu'elle juge inapproprié. Enfin, la 4^{ème}, indique au patient s'il est prioritaire sur la greffe ou pas et le type de donneur, mais ne donne aucune autre information.

Certaines infirmières sont partisans du " tout dire ", d'autres préfèrent émettre une réserve sur certaines informations.

- A la question du moment le plus important dans la prise en charge, les quatre soignantes m'ont répondu : l'accueil. Pour elles, l'accueil c'est le premier regard, le premier contact quand on lui dit bienvenu dans le service, c'est un moment fondamental. Chacune considère que la première impression est la bonne et que cette mise en confiance a un intérêt certain pour la durée de l'hospitalisation.

Par la suite, l'infirmière n°2 m'explique que, dans la mesure du possible, elle essaie d'accompagner le patient jusqu'au bloc opératoire. Pour elle, les deux moments fondamentaux sont l'arrivée et le départ au bloc. Et la présence d'une infirmière à ces

deux moments lui semble importante pour le patient. La 3^{ème} et la 4^{ème} me parlent du "cross match" qui fait partie de la prise en charge, c'est un moment qui peut-être source de joie comme de déception en fonction du résultat de celui ci.

Pendant l'appel à la greffe, les infirmières du service sont particulièrement attentives à un certains nombres d'éléments, notamment à la manière dont le patient réagit; s'il est particulièrement angoissé et dans ce cas quel en est la cause ? La n° 2 m'indique faire attention à connaître s'il va être observant pour anticiper la futur prise en charge. La 3^{ème} évoque le fait de savoir si le patient a bien tout compris. Enfin la dernière insiste pour répondre le mieux possible à toutes les questions du malade

Le psychologue quant à lui m'explique être attentif sur l'acceptation du malade à être greffé. Il tente d'aborder le sujet par le biais de sa vie quotidienne afin d'évaluer si c'est le moment opportun pour le patient d'être transplanté.

Afin d'évaluer leur prise en charge, les infirmières se basent sur leur "ressenti"; leur expérience, puis par des éléments qu'elles détectent chez le patient. Elles les évaluent différemment. Pour la 1^{ère} et la 4^{ème} c'est quand le malade part à peu près détendu au bloc opératoire, et que le stress généré pendant la préparation n'a pas été trop intense ou, à contrario, si le patient n'est pas greffé et qu'il reparte en ayant compris que le rein n'était pas bon pour lui. Pour la 2^{ème}, c'est quand il n'y a pas trop de personnes différentes qui se sont occuper du malade, et qu'il y a une bonne cohésion d'équipe, qu'elle reste fluide dans les taches à effectuer, et que les médecins visitent la personne pour qu'il y ait une prise en charge médicale et paramédicale plus globale.

- Au niveau de l'amélioration des moyens à utiliser pour la prise en charge psychologique du patient, la 1^{ère} infirmière, évoque l'utilité d'avoir plus de temps à leur accorder, pour ne pas être contraint au strict nécessaire.

La 2^{ème} améliorerait la prise en charge des familles et mettrait l'accent à employer des termes moins techniques auprès des patients. La 3^{ème} parle d'être moins "speed" avec les patients.

Tous ces moyens mis en place par l'infirmière pour prendre en charge psychologiquement le patient, tendent vers un premier contact. Le fait de soigner l'accueil, les moments essentielles (résultats du cross match, départ au bloc) sont fondamentaux dans la prise en charge. Par ailleurs, la relation soignant/soigné se met en place dans la durée. Elle ne peut se faire que lorsqu'un climat de confiance s'instaure entre les deux personnes. Or dans ce délai étudié, le temps n'est pas suffisant pour

débuter une relation. Faute de quoi, l'infirmière tente toutefois de répondre à certains des besoins du patient évoqués dans la première partie de l'analyse.

2.2.1.3 Les différentes difficultés de l'infirmière dans sa prise en charge et ses ressources.

- La première difficulté évoquée par le psychologue est que le patient n'a aucune représentation ou très peu de ce qui va se passer après l'intervention. De ce fait, toutes les informations données à ce sujet, le moment venu, seront difficiles à intégrer. D'où l'intérêt que cela lui soit expliqué avant.

Par ailleurs, les infirmières ont l'obligation d'expliquer (ou réexpliquer) les informations car elles n'ont pas la garantie que celles-ci ont été données au préalable.

Les autres difficultés évoquées sont d'ordre individuel. Par exemple, la soignante n°1, éprouve quelques problèmes face à un patient peu ou pas coopérant.

La 2^{ème} évoque certain embarras à gérer les familles des patients trop envahissantes, ou des patients qui ne prennent pas en compte l'importance de la greffe. La 4^{ème} me dit que c'est l'annonce du "cross match positif" qui est délicate. La 3^{ème}, plus expérimentée, n'a pour sa part éprouvé aucune difficulté dans ses prises en charge.

Toutes ont aussi évoqué le problème du téléphone. A priori, les patients sont souvent difficiles à joindre lors de l'appel à la greffe, faisant perdre un temps précieux aux infirmières.

- Afin de gérer au mieux ces difficultés et la prise en charge du patient, chacune d'elle a des ressources qu'elle utilise dès que possible. Ce qui résulte des quatre entretiens, est que l'expérience, la bonne entente entre collègues, sont des facteurs primordiaux pour que les conditions de travail soient les plus favorables et donc bénéfiques pour le malade. Le fait que ce soit une petite équipe permet une meilleure cohésion entre les infirmières et profite au futur greffé qui est suivi par les mêmes personnes ; ce qui améliore la relation soignant/soigné.

Par la suite, chacune utilise ses "atouts" pour entrer en contact avec le patient et le mettre le plus à l'aise possible, tels que le sourire, l'empathie, l'écoute, la bonne humeur et être présente le plus possible auprès de lui.

Chacune de ces soignantes est unique, a des ressources individuelles qu'elle utilise dans le soin au patient. Le fait de travailler en équipe permet une complémentarité de ressource et parfois quand c'est nécessaire, passer le relais à sa collègue. La prise en

charge psychologique fait partie du soin que doit apporter l'infirmière, cela fait partie de son rôle propre quand elle a la possibilité de le faire. Avoir recours à des personnes telles le psychologue et les autres soignantes me paraissent être une chance pour le patient.

2.3 SYNTHESE

Le retentissement de l'appel à la greffe est imprévisible. Il dépend de l'individu, de sa personnalité, de son histoire et de ce qu'il vit à ce moment précis de sa vie.

Prendre en charge psychologiquement ces patients en est d'autant plus complexe. Les infirmières doivent gérer les actes médicaux lourds tout en restant avant tout des soignantes.

De ces entretiens ressortent que l'information est un outil particulièrement nécessaire pour le patient. Il importe par ailleurs aux infirmières de savoir comment l'utiliser pour que celle-ci soit bénéfique pour le malade.

Dans ce type de prise en charge, le temps est restreint empêchant toute construction d'une relation entre le soignant et le soigné pendant ce temps étudié. L'infirmière met tout en œuvre pour aborder le malade, le mettre le plus en confiance possible par le biais d'un accueil chaleureux, d'une présence parfois difficile, d'une écoute, et d'une prise en charge individuelle.

Le manque de temps est un facteur que j'avais abordé dans ma première partie, mais ce n'est qu'après analyse de mes entretiens, que j'ai compris à quel point cela pouvait mettre en difficulté les soignantes dans leur prise en charge psychologique.

En effet, il est difficile de prendre en charge et le malade dans sa globalité et ses proches. De plus il leur est compliqué d'effectuer les actes médicaux demandés tout en prenant du temps pour l'individu concerné.

Ce que le psychologue m'a fait partager ne peut pas toujours s'adapter actuellement à une réalité de terrain. Si la science permet d'augmenter les délais nécessaires pour la transplantation, peut-être pourrons-nous éventuellement envisager d'avoir plus de temps à consacrer au patient et pourquoi pas optimiser la prise en charge psychologique de celui-ci, de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire.

Le jour où j'ai conçu ma problématique, je n'avais pas notion des difficultés pour tendre à y répondre. Aujourd'hui, il me semble qu'il ne s'agit de savoir dans quelle mesure l'infirmier(e) peut optimiser la prise en charge psychologique d'un « insuffisant rénal

chronique », de l'appel à la greffe au bloc opératoire, mais plutôt : dans quelle mesure, le manque de temps peut-il influencer sur la qualité des soins du malade ?

Il semblerait que l'infirmier(e) optimise cette prise en charge et puisse l'accroître en s'appuyant davantage sur d'autres personnes ressources (médecin, cadre de santé, psychologue, aide soignante, agent de service hospitalier...) tout en apportant, autant que faire ce peu, une forme de réconfort aux proches du patient.

2.4 CONCLUSION

Ce travail a été très enrichissant à réaliser. Il m'a permis de constater l'importance du travail d'équipe et l'utilité des autres corps de métier.

J'ai pu réaliser que le temps est un facteur indispensable pour construire une relation avec le patient et que sans lui, toutes les techniques relationnelles et de communication que l'on apprend durant notre cursus sont compliquées à mettre en place.

La greffe rénale est une situation difficile pour l'individu concerné mais aussi complexe pour le soignant. Parce qu'on ne peut ni se mettre à sa place, ni comprendre réellement ce qu'il ressent; l'infirmière ne pouvant répondre à tous ses besoins. Chacune d'entre elle tend pourtant de s'en rapprocher avec les moyens dont elle dispose.

La prise en charge psychologique du patient est, à notre niveau partie intégrante de notre métier d'infirmière et pas seulement en service de greffe. Cela implique de connaître au mieux le patient pour en retirer les attentes. De l'appel à la greffe jusqu'au départ au bloc opératoire, l'infirmière n'a que peu de temps pour rencontrer le patient, ceci se faisant essentiellement à son retour de l'intervention. Pourtant on peut quand même dire que le premier contact amorce cette future relation .Il est donc essentiel.

Personnellement ce travail m'a permis de mieux comprendre la problématique de la transplantation et comment la prendre en charge le mieux possible. Souhaitant travailler dans un service de greffe, ce prémices d'analyse m'a permis d'apprendre à évaluer une pratique professionnelle et de l'approfondir dans le but d'une meilleure prise en charge du patient.

De plus en plus de personnes sont en attente d'une greffe; on en rencontre souvent dans les autres services ; cette réflexion sur l'accompagnement psychologique m'aidera à en parler avec eux afin de les soutenir.

Enfin, ce que je retiens, lorsque la charge de travail est trop élevée :

Toujours s'interroger à connaître ce qui est le plus important pour le patient : de quoi à t-il besoin et comment aller à l'essentiel pour le satisfaire?

Annexes

Bibliographie:

- BACHELOT Huguette, INFIRMIERES D'AUJOURD'HUI : " le patient, le soignant et l'analyse transactionnelle pour développer des relations positives."
Édition le centurion 201 pages.
- MERCADIER Catherine : "le travail émotionnelle des soignants à l'hôpital".
Edition seli orslam
- Dr MOLEY-MASSOL Isabelle: "L'annonce de la maladie une parole qui engage". Edition DA TE BE 243 pages.
- COTINAUD Olivier:INFIRMIERES D'AUJOURD'HUI : "Psychologie et soins infirmiers approche relationnelle". Edition le centurion 299 pages
- Dictionnaire "le petit Robert " édition France
- MOREAU, Nadège, "L'angoisse des patients hospitalisés en chirurgie : comprendre pour soulager", revue l'aide-soignante, Février 2002, n° 34, pages 24 – 25
- FAHRAT (M) – " Prendre soin de soi " extrait du dossier " Prendre soin de soi pour prendre soin des autres " – Soins n°634, avril 1999, p. 11
- Cours de Soins infirmiers sur la relation d'aide. Année 2007-2008 – IFSI Esquirol.
- Cours de Soins infirmiers et de médecins d'Urologie – Néphrologie. Année 2008- IFSI Esquirol.

Sites internet:

- <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/medilega/pages/lois/loi02-303.html>
consulté le 10/10/07
- <http://pagesperso-orange.fr/gregory.bottier/chap4.htm> consulté le 05/01/08
- <http://www.ccic-cerisy.asso.fr/nuit04.html> consulté le 06/12/07
- http://fr.wikipedia.org/wiki/Greffe_%28m%C3%A9decine%29 consulté le 12/01/08
- <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/sante/medilega/pages/lois/loi02-03>. Consulté le 3/11/2008
- <http://www.cegos.fr/Catalogue/Pages/produit.aspx?ProductID=20081082>
consulté le 08/09/07
- <http://www.frederic-chartier.com/ressources-en-ligne/index.php?2006/10/31/60-formation-accueil-telephonique> consulté le 06/04/08
- <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2> consulté le 03/07/2008
- <http://membres.lycos.fr/papidoc/573besoinsmaslow.html> consulté le 18/08/08

Film:

Documentaire audiovisuel : "Urgent la vie en suspens" diffusé sur M6 Le 20/03/2008

Sommaire des annexes

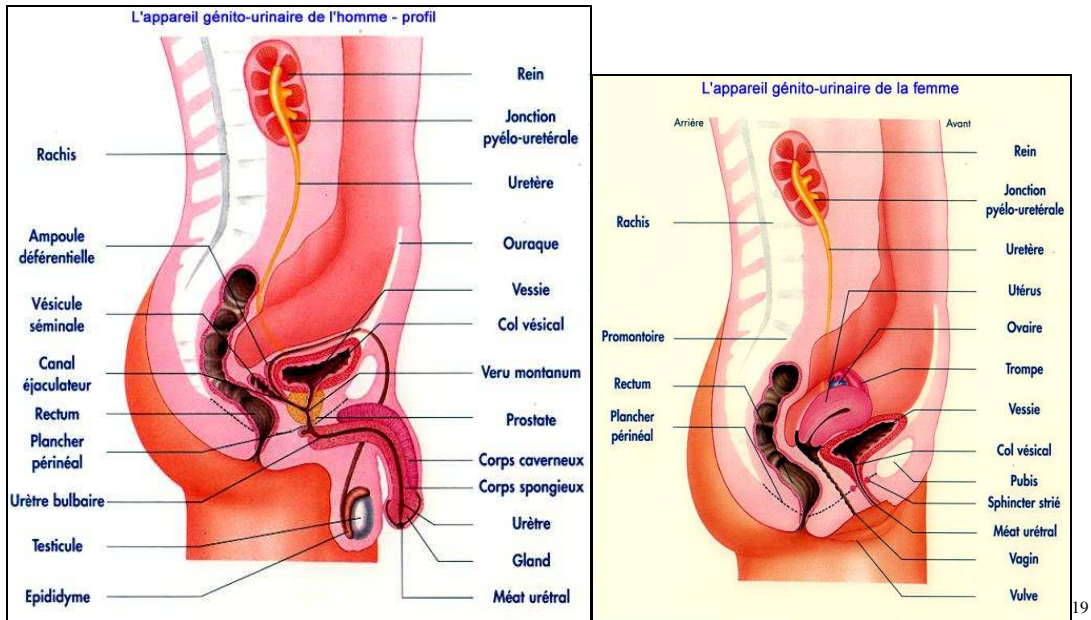
Cadre conceptuel:

- **Annexe n°1:** Définition de l'insuffisance rénale chroniquePage 35
- **Annexe n°2:** Les traitements évolués de l'I.R.C.....Page 42
- **Annexe n°3:** L'alimentation et la dialysePage 48
- **Annexe n°4:** Les différentes "voies d'abords"Page 52
- **Annexe n°5:** Protocole d'appel à la greffe.....Page 55

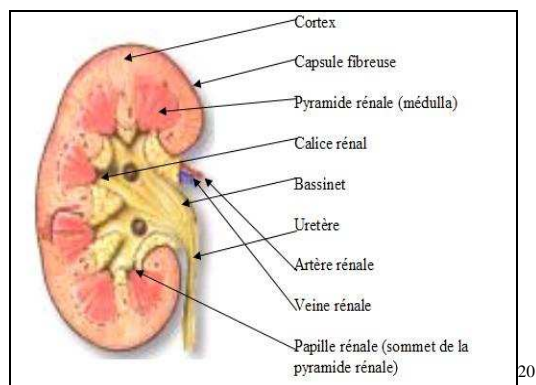
Autres:

- **Annexe N°6:** Grille d'entretien vierge pour les quatre infirmières du service de transplantation.....Page 60
- **Annexe N°7:** Grille d'entretien vierge pour le psychologue du service de transplantation..... Page 62
- **Annexe N°8:** Tri à plat des entretiens infirmiers.....Page 64
- **Annexe N°9:** Restitutions intégrales des entretiensPage 62
- **Annexe n°10:** Théorie des besoins fondamentaux de MaslowPage 72
- **Annexe n°11:** Charte du patient hospitaliséPage 80
- **Annexe n°12:** Les différents besoins psychologiques du patientPage 82

ANNEXE N°1 Définition de l'insuffisance rénale chronique 18



Le rein:

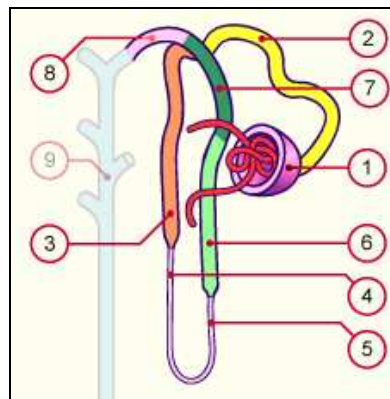


¹⁸ Cours de Néphrologie IFSI Esquirol

¹⁹ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

²⁰ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

Le Néphron: Le rein contient un million de néphrons qui sont des unités productrices d'urine.



- 1 corpuscule rénal
- 2 tube contourné proximal
- 3 tube droit proximal
- 4 partie descendante du tube intermédiaire
- 5 partie ascendante du tube intermédiaire
- 6 tube droit distal
- 7 tube contourné distal
- 8 segment d'union
- 9 tube collecteur

Les reins:

Les reins sont des machines à épurer très sophistiquées capables de filtrer jusqu'à 170 litres de sang par jour. En filtrant le sang, les reins produisent l'urine, un mélange composé d'eau et de sels minéraux (sodium, potassium, calcium...) et de déchets toxiques comme l'urée et la créatinine.

Outre la filtration du sang et la production d'urine, les reins remplissent également d'autres fonctions physiologiques importantes. :

- Le maintien de la teneur en eau du corps à un niveau d'équilibre.
- La production d'érythropoïétine, indispensable à la formation des globules rouges.
- La production de la forme active de vitamine D qui intervient dans le maintien de la teneur en calcium sanguin.
- La régulation de la composition des liquides corporels.
- La production de rénine intervenant dans la régulation de la pression artérielle.

Qu'est-ce que l'insuffisance rénale chronique?

Le terme "insuffisance rénale chronique"(I.R.C) est la conséquence de la réduction du nombre de néphrons fonctionnels qui résulte de l'évolution d'une atteinte chronique qui touche les deux reins. L'I.R.C désigne une détérioration graduelle et irréversible de la fonction rénale, généralement sur plusieurs années. Cette maladie évolue fréquemment

²¹ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

vers une perte totale de la fonction rénale. Un traitement de substitution de la fonction rénale, la dialyse ou la transplantation, devient alors nécessaire.

L'I.R.C est souvent la conséquence d'une détérioration des reins causée par certaines maladies telles que le diabète, l'hypertension, ou encore par la consommation abusive de médicaments comme certains antidouleurs; de pathologies auto-immunes et maladies héréditaires.

La réserve fonctionnelle des reins est énorme. Dès lors, le fait de ne posséder qu'un seul rein n'empêche pas de mener une vie normale. Les troubles liés à la déficience rénale n'apparaissent que lorsque le rein a perdu environ 50% de ses capacités.

Cette énorme réserve fonctionnelle est responsable du diagnostic souvent tardif de l'insuffisance rénale. En effet, aucun symptôme réellement gênant n'apparaît au cours des premières années de la maladie, la définition de cette affection est purement biologique. L'évaluation de la filtration glomérulaire se fait en pratique par la clairance de la créatinine. Elle permet de reconnaître une insuffisance rénale et d'en apprécier son importance.

La formule de Cockcroft et Gault, la plus employée, permet d'apprécier la clairance de la créatinine à partir de la créatinémie :

Clairance créatinine (ml/mn)=

$$\frac{(140-\text{âge}) \times \text{poids (kg)}}{0.814 \times \text{créatininémie}}$$

$$0.814 \times \text{créatininémie}$$

Chez la femme, la valeur obtenue doit être multipliée par 0.85.

La créatinine est une substance produite par les muscles, de façon fixe d'un jour à l'autre pour un individu donné, et son élimination est exclusivement rénale. En cas d'I.R.C, la filtration glomérulaire est réduite, l'élimination urinaire de la créatinine se fait au prix d'une augmentation de sa concentration sanguine. Les fonctions de production hormonale du rein sont également perturbées.

Conséquences:

Au terme de plusieurs mois voire plusieurs années d'évolution commencent à se manifester les conséquences de l'I.R.C qui sont principalement:

-Métaboliques:

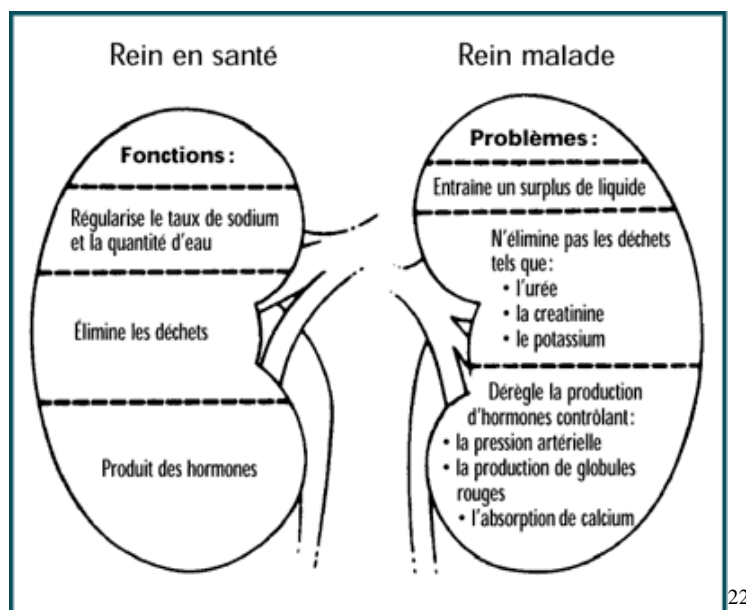
1. Perturbation de l'équilibre hydro sodé
2. Perturbation de l'équilibre acido-basique
3. Toxicité des déchets azotés (Urée)
4. Ostéodystrophie rénale

- Hématologique:

5. Anémie, troubles de l'immunité et de l'hémostase

- Cardiovasculaires:

6. Hyper tension artérielle, cardiomyopathie, artérome.



22

²² <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

Insuffisance rénale chronique: signes biologiques et cliniques:

1. Biologiques:

-Sanguins:

Augmentation de la créatinine
Augmentation de l'urée sanguine
Acidose
Hyperkaliémie
Hyperphosphorémie
Hyper uricémie
Hypocalcémie
Anémie

-Urinaire:

Variation de la créatinine
(Reflet de la masse musculaire)
Variation de l'urée
(Reflet des apports protéiques)

2. Cliniques:

Anurie
Asthénie, anorexie
Pâleur, essoufflement, vertiges, prurit
Rétention hydro sodée œdèmes
Hypertension artérielle
Troubles digestifs
Neuropathies (fourmillements, crampes, impatience)

Les maladies chroniques:

Deux causes principales: le diabète et l'hypertension

Le nombre de patients présentant des troubles rénaux aigus est en augmentation ces dernières années. Cette tendance est liée à l'augmentation de certaines maladies chroniques qui peuvent être responsables d'une insuffisance rénale. Parmi ces maladies, le diabète et l'hypertension forment le peloton de tête en rendant compte ensemble de 50 à 60% des cas d'insuffisance rénale terminale. Il existe de nombreuses autres causes probables de l'insuffisance rénale. Dans des cas rares, certaines maladies héréditaires peuvent être impliquées. Mais dans 10 à 15% des cas, aucune cause d'insuffisance rénale ne peut être déterminée.

Le diabète:

Environ 25% des patients contraints de suivre une dialyse sont diabétiques. L'atteinte rénale causée par le diabète est due à une détérioration des petits vaisseaux au sein des glomérules. Cette maladie est appelée néphropathie diabétique.

La micro albuminurie: un signe précoce :

Les signes d'atteinte des reins doivent être activement recherchés en cas de diabète. Un des marqueurs les plus intéressants et les plus précoces est la micro albuminurie.

Il s'agit de la présence de très faibles quantités de protéines dans l'urine (30 à 299 mg d'albumine par 24 heures).

La micro albuminurie ne peut être démontrée avec les tiges habituellement utilisées pour détecter la présence de protéines dans les urines.

Dans le diabète de type I (diabète juvénile), la micro albuminurie apparaît après une dizaine d'années d'évolution.

Le diabète de type 2 (diabète "gras") n'est souvent décelé qu'après plusieurs années d'évolution. Dès lors, 15 à 20% des patients présentent déjà une micro albuminurie au moment du diagnostic.

L'hypertension:

La tension artérielle mesure la pression sanguine dans les artères. On distingue la pression supérieure (pression systolique) – lorsque le cœur se contracte et que le sang est propulsé – de la pression inférieure (pression diastolique), qui correspond à la pression sanguine entre 2 battements du cœur. Ces pressions sont mesurées en millimètres de mercure (mmHg) et notées sur la base de deux chiffres. Une pression sanguine normale est inférieure à 130/85 mmHg au repos. Les reins jouent un rôle important dans la régulation de la tension artérielle car ce sont eux qui gèrent la teneur en sel et l'équilibre hydrique du corps.

Le contrôle strict de la pression artérielle

Une maladie rénale peut donc conduire à l'apparition d'une hypertension. La pression artérielle élevée est nocive pour les reins et va aggraver l'insuffisance rénale: il s'installe alors un cercle vicieux. C'est pour briser ce cercle vicieux que l'on recommande un contrôle strict de la pression artérielle (< 130/85 mmHg) chez les

patients insuffisants rénaux. Ce contrôle strict a pour but de protéger les reins mais aussi de réduire le risque de complications cardiovasculaires

D'autres causes:

Les médicaments néphrotoxiques:

Certains médicaments sont la cause d'insuffisance rénale. La prise, pendant plusieurs années, de certains médicaments – anti-inflammatoires, paracétamol, phénacétine (un analgésique aujourd'hui retiré du marché) ou lithium entre autres – peut avoir une responsabilité dans l'apparition d'une insuffisance rénale.

Infections chroniques des voies urinaires :

Une mauvaise implantation d'un uretère dans la vessie est la cause principale des infections urinaires et rénales chroniques. Chez les enfants, ces infections doivent être détectées à temps afin de prévenir une inflammation du bassinet rénal (pyélonéphrite) et éviter ainsi l'apparition de troubles rénaux.

ANNEXE N°2 : Traitements de l'I.R.C évoluée 23

Lorsque les néphrons sont détruits à plus de 90%, la fonction rénale doit être supplée par une épuration extra rénale ou une transplantation rénale.

Qu'est-ce que la dialyse?

Il arrive généralement un moment où, malgré le régime et le traitement médicamenteux, les reins ne sont plus capables d'assurer leurs diverses fonctions. Les déchets s'accumulent, l'eau excédentaire n'est plus éliminée et l'équilibre ionique (sodium, potassium...) n'est plus respecté. Un traitement de substitution de la fonction rénale, appelé dialyse, devient alors nécessaire afin de purifier le sang régulièrement. La décision de commencer une dialyse dépend également des plaintes du patient.

La dialyse, un processus de filtration:

La dialyse est un processus de filtration par lequel les déchets sont séparés des substances indispensables au fonctionnement de l'organisme. Ce processus de filtration a lieu à travers une cloison (membrane) partiellement perméable. Les déchets contenus dans le sang s'écoulent à travers la membrane dans le liquide de dialyse (de l'autre côté de la membrane). Ce liquide à une composition proche de celle du plasma sanguin.

La membrane à travers laquelle se réalise la filtration est dite semi-perméable car elle laisse passer les petites molécules comme le sodium ou le potassium, mais retient les globules rouges et les protéines, par exemple.

Il existe 2 types de dialyse: l'hémodialyse et la dialyse péritonéale:

L'hémodialyse:

Dans le cas de l'hémodialyse, le sang du patient est envoyé par un petit tuyau vers le rein artificiel, qui renferme les membranes de filtration et la solution de dialyse. Le sang, une fois filtré, est renvoyé vers le patient. L'hémodialyse a lieu à l'hôpital, dans un centre d'auto dialyse ou à domicile. L'hémodialyse consiste à faire circuler le sang du patient dans un circuit extra corporel où il est épuré. L'épuration du sang est réalisée

²³ Cours de néphrologie Esquirol

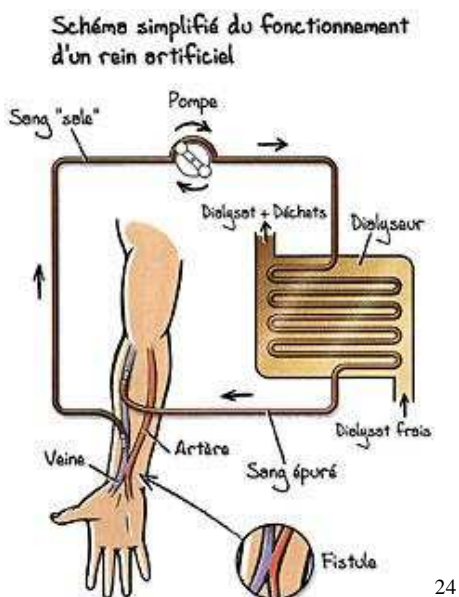
par le rein artificiel, sorte de récipient partagé en deux compartiments par une membrane.

D'un coté se trouve le sang du malade et de l'autre une solution appelée dialysat. Des échanges s'effectuent selon un gradient de concentration. C'est à travers cette membrane que se réalisent les échanges entre le sang et le liquide de dialyse de manière à permettre de rééquilibrer la composition sanguine et éliminer les déchets comme la créatinine ou l'eau excédentaire.

Le patient est pesé avant chaque séance d'hémodialyse afin de déterminer sa prise de poids depuis la séance précédente.

Après la ponction de la fistule à deux endroits différents (arrivée et sortie du sang), l'hémodialyse peut commencer. Pendant la séance de dialyse, le patient peut lire, dormir, écouter de la musique ou regarder la télévision.

En fin de dialyse, il sera repesé, afin de connaître son poids sec, c'est-à-dire le poids obtenu après l'élimination de l'eau excédentaire.



L'hémodialyse en pratique:

Le patient est couché à côté de l'appareil à dialyse.

²⁴ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

²⁵ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

Le sang est pompé par une aiguille placée dans la fistule et envoyé vers le rein artificiel par un cathéter.

Dans le rein artificiel, le sang est envoyé, grâce à la pompe, vers le dialyseur. C'est au sein de celui-ci que le sang entre en contact avec le liquide de dialyse, à travers la membrane semi-perméable qui assure le processus de filtration. Le sang filtré est ensuite renvoyé dans l'organisme par un autre cathéter.

Une dialyse dure entre trois et cinq heures. Pendant ce laps de temps, le sang est continuellement pompé et renvoyé dans le corps, jusqu'à ce que suffisamment de déchets et d'eau aient été éliminés.

Le patient doit rester couché pendant toute la durée de la dialyse.

Le placement d'une fistule:

Pour faciliter le prélèvement du sang, un chirurgien doit préalablement placer une fistule au niveau de l'avant-bras du patient. Cette fistule réalise une jonction entre une artère et une veine. Sous l'effet de la pression du sang artériel, la veine se dilate.

Des aiguilles peuvent alors être insérées dans la veine élargie afin d'amener, avec une pression suffisante, le sang du patient jusqu'à l'appareil de dialyse.

Après son passage par le rein artificiel, le sang est renvoyé dans l'organisme du patient par une autre ponction réalisée au sein de la fistule.

Bien entendu, cette fistule doit, pour rester fonctionnelle le plus longtemps possible, faire l'objet de soins attentifs. Environ 70 à 80% des fistules sont encore utilisables après trois ans.

En centre hospitalier ou à la maison

La dialyse péritonéale

Ici, le sang n'est pas conduit à l'extérieur du corps, mais c'est le péritoine du patient, c'est-à-dire la membrane qui recouvre les organes de l'abdomen, qui sert de membrane de filtration. La solution de dialyse est amenée jusque dans le ventre par un tube ou cathéter. La dialyse péritonéale a lieu à domicile. Le péritoine est une membrane semi-perméable naturelle.

Dans ce traitement, le sang n'est pas conduit à l'extérieur du corps car c'est le péritoine du patient lui-même qui fait office de membrane partiellement perméable. Le péritoine est une double membrane qui tapisse d'une part, la paroi de l'abdomen (ventre) et

d'autre part, les organes abdominaux: intestin, estomac, foie, etc. Normalement, ces deux membranes sont collées et c'est dans l'espace infime entre elles qu'est amené, par un cathéter, le liquide de dialyse.

Le péritoine, qui mesure environ 2 m², est richement irrigué par de petits vaisseaux sanguins. Les échanges se réalisent donc entre le sang contenu dans les vaisseaux sanguins du péritoine et le liquide de dialyse qui a été introduit dans l'abdomen.

Les types de dialyse péritonéale les plus courants sont :

- la P.C.A (Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire)
- la D.P.A (Dialyse Péritonéale Automatisée)

La DPCA ou Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire

En DPCA, le patient laisse s'écouler une poche d'environ deux litres de solution de dialyse dans son abdomen au moyen d'un tube qui y a été préalablement inséré en dessous du nombril. Cette solution reste environ trois à quatre heures dans la cavité péritonéale et prélève petit à petit les déchets, l'eau et les molécules excédentaires du sang qui s'écoulent à travers le péritoine et seront éliminés avec le dialysat. Ensuite, le patient vide sa cavité abdominale en laissant s'écouler le dialysat usagé dans une poche vide avant de remplir à nouveau sa cavité péritonéale avec un dialysat neuf.

L'échange de substances dure une trentaine de minutes. L'ensemble du processus est répété 3 à 4 fois par 24 heures. En journée, le dialysat reste en contact avec le péritoine pendant quelques heures, et la nuit, entre 8 et 12 heures. Entre chaque échange de dialysat, le patient peut reprendre ses activités normales.

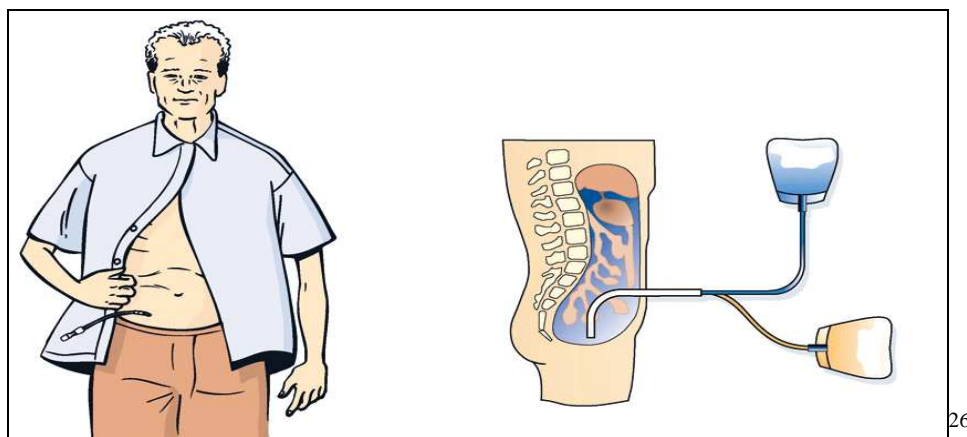
La DPA ou Dialyse Péritonéale Automatisée: Une dialyse nocturne

La DPA repose sur le même principe mais elle est uniquement réalisée de nuit, pendant le sommeil, sur une période de 8 à 12 heures. Avant le coucher, le patient relie le cathéter abdominal à un certain nombre de poches de dialysat (16 à 20 litres), elles-mêmes raccordées à un appareil préprogrammé. L'échange des substances se fait automatiquement. C'est l'appareil qui règle les heures de l'échange, laisse s'écouler le dialysat usagé et remplit l'abdomen avec une solution neuve.

Une méthode moins contraignante

Pour certains patients, la DPA représente une solution moins contraignante car il ne faut pas procéder aux échanges de poches pendant la journée. Il s'agit là du traitement idéal pour les personnes qui travaillent et pour les enfants en âge scolaire.

La dialyse péritonéale en pratique:



Une fois que le patient a relié le cathéter à la poche vide, la cavité abdominale se vide du dialysat usagé, qui est drainé vers la poche par gravité. Ce processus dure de 15 à 20 minutes.

Le patient raccorde une poche de dialysat neuf et préchauffé qui s'écoule dans la cavité péritonéale par gravité.

Lorsque le sac s'est vidé au bout de 10 à 15 minutes, le cathéter est rebouché. La solution de dialyse séjourne dans la cavité abdominale jusqu'au prochain échange.

L'état de santé sous dialyse

Peut-on encore envisager une vie "normale"?

Il est évident que la dialyse implique de lourdes contraintes. La fréquence des séances est souvent vécue comme une entrave à la liberté. Malgré tout, la majorité des patients s'en accommode. Celui qui parvient à voir le bon côté des choses acceptera plus facilement le traitement: la période d'insécurité précédant la dialyse est bel et bien passée, la vie peut reprendre son cours et des projets sont à nouveau envisageables. Enfin, pour les patients en attente d'une greffe, l'étape de la dialyse est synonyme d'espoir.

²⁶ <http://images.google.fr/images?hl=fr&q=le+rein&gbv=2>

Relations sociales

Mener une vie sociale normale peut paraître impossible pour un patient sous dialyse. Pourtant, dans la pratique, ce n'est pas forcément le cas. Les liens avec le ou la partenaire, la famille et les proches se trouvent souvent renforcés par l'épreuve de la maladie. Les conjoints doivent cependant être attentifs à ne pas adopter des schémas de rôles incorrects, en se conduisant en parents vis-à-vis d'un patient infantilisé. S'informer sur ce type d'attitude et en prendre conscience permet de réagir à temps et de donner une autre tournure à la relation

ANNEXE N°3: L'alimentation en dialyse²⁷

Pour conserver un bon état physique en hémodialyse, il est essentiel de bien se nourrir et de conserver une alimentation variée.

Cependant, il ne faut pas ignorer que certains constituants des aliments que le rein élimine lorsqu'il fonctionne normalement peuvent s'accumuler dans l'organisme et provoquer divers problèmes de santé.

Certaines règles doivent donc être respectées par les hémodialysés, en fonction de leur état et de leurs résultats biologiques.

Contrôler le Potassium :

Il s'agit d'un minéral, qui est normalement filtré par le rein, et éliminé dans les urines.

Le potassium K⁺ intervient dans la contraction musculaire et en particulier celle du muscle cardiaque. La kaliémie normale varie de 3.5 à 4.5 mmol/l. L'hyperkaliémie (K⁺ > 4,5) comporte un risque cardiaque.

Chez les insuffisants rénaux au stade terminal, les reins ne fonctionnent plus et le potassium s'accumule dans le sang. Il peut provoquer des dysfonctionnements cardiaques allant jusqu'à l'arrêt cardiaque s'il y est présent en trop grande quantité.

La dialyse permettra son élimination, mais dans la mesure où elle ne se produit que tous les deux ou trois jours, il est important d'en limiter les apports et de bien les gérer durant ce laps de temps. Tous les aliments contiennent du potassium en plus ou moins grandes quantités, les plus riches devront être proscrits Les légumes secs : haricots secs, flageolets, fèves, pois chiches, lentilles...

Les fruits secs : raisins, pruneaux, figues, dattes, etc.

Les oléagineux : cacahuètes, amandes, noisettes, noix, pistaches, pignons, avocats...

Certains légumes frais : radis noirs, champignons crus, épinards, fenouil, bettes, endives crues, artichauts crus, mâche

Certains fruits : les bananes, châtaignes, noix de coco, abricots...

Le chocolat, le cacao et toutes les préparations chocolatées

Toutes les boissons instantanées : café, chicorée, etc.

Le beurre d'arachide

²⁷ Cours de la diététicienne en néphrologie Esquirol

Le ketchup

Tous les aliments avec substitut de sel : sel de régime, jambon sans sel, etc. En effet, le sodium y est remplacé par du sel de potassium.

La plupart des légumes ainsi que les pommes de terre sont également riches en potassium lorsqu'ils sont crus. Il existe cependant des astuces de cuisson qui permettent d'éliminer une grande part de ce potassium, et donc de les inclure dans le régime des hémodialysés.

Il suffit de les couper en petits morceaux puis de les cuire dans une grande quantité d'eau et de proscrire tout autre mode de cuisson (à l'étouffée, à la vapeur, braisés, sautés...).

Dans le cas des pommes de terre, on peut, au préalable à la cuisson à l'eau, les faire tremper pendant quelques heures : cela diminuera encore leur taux de potassium. Rien n'empêche après la cuisson à l'eau de les accommoder comme on le souhaite, les faire dorer dans un peu de matière grasse, etc.

L'utilisation du **Kayexalate®** pourra permettre de traiter les excès ou d'élargir les régimes...

Contrôler le phosphore :

Tout comme le potassium, le phosphore est un minéral nécessaire au bon fonctionnement de l'organisme. Avec le calcium, c'est un des principaux composants des os et des dents.

Il peut s'accumuler dans le sang chez les insuffisants rénal. L'élimination rénale des surplus de phosphore est soit insuffisante soit inexistante et l'élimination par l'hémodialyse ou la dialyse péritonéale est habituellement insuffisante d'où le risque d'hyperphosphorémie (taux de phosphore dans le sang > 2 mmol/l).

Quand le taux de phosphore sanguin est élevé, il s'associe avec le calcium présent dans le sang et se dépose dans divers tissus. Les complexes ainsi formés peuvent se déposer dans les articulations, dans les muscles, les yeux, les valves cardiaques et les vaisseaux sanguins, entraînant des démangeaisons cutanées, des faiblesses musculaires, une calcification du cœur, de la peau, des articulations ou des vaisseaux sanguins.

La formation de ces complexes entraîne également une baisse du taux de calcium sanguin, et une surproduction d'hormone parathyroïdienne. Cette hormone, produite par les glandes parathyroïdiennes (localisées dans le cou), va permettre à l'organisme de compenser le déficit en calcium en allant en puiser directement dans les tissus osseux.

Ainsi, les os sont peu à peu affaiblis et décalcifiés et des fractures ou des déformations osseuses peuvent se produire.

Un des moyens pour limiter la production d'hormones parathyroïdiennes est de fournir à l'organisme de la vitamine D. Si cela ne suffit pas, les glandes parathyroïdiennes peuvent être retirées chirurgicalement.

Le phosphore est présent en grandes quantités dans tous les produits laitiers, les légumes secs, les abats, les poissons, les crustacés et coquillages, les œufs, les charcuteries industrielles (jambon, pâtés, saucissons...) en raison de la présence d'un conservateur à base de phosphore...

En fonction du taux de phosphore présent dans le sang, certains de ces aliments pourront être à proscrire ou consommer de façon limitée. Il est aussi conseillé de préférer le pain blanc et le riz blanc aux céréales complètes.

Certains médicaments (carbonate de calcium...) pris au moment des repas diminuent l'absorption intestinale du phosphore et permettent donc d'élargir les quantités d'aliments riches en phosphore

Contrôler l'apport en liquides:

L'eau est un des composants principaux des aliments et des boissons.

Une alimentation variée et équilibrée apporte naturellement de l'eau.

Lorsque les reins ne fonctionnent plus, l'eau ne peut plus être éliminée. Elle s'accumule dans les tissus de l'organisme, provoquant des œdèmes (principalement dans les chevilles et sous les yeux) allant parfois jusqu'à l'œdème pulmonaire.

L'hémodialyse corrige cette accumulation à condition que les apports entre deux séances soient modérés.

Entre deux séances de dialyse, la prise de poids (qui traduit principalement l'accumulation de l'eau dans l'organisme, et reflète donc les apports depuis la dernière séance) ne doit pas dépasser 5% du poids du corps.

Il existe une relation entre le volume de boissons et le volume uriné :

S'il existe une diurèse résiduelle :

Volume de boissons / jour = volume uriné + 1/2 l /jour

Si anurie :

Volume de boissons / jour = 500 ml /jour

Ces restrictions en liquide peuvent être très difficiles à respecter, car on ne boit pas "à sa soif". Certaines astuces peuvent aider à limiter la sensation de soif, par exemple manger peu salé et peu sucré et sucer des glaçons (qui désaltèrent malgré un faible volume de liquide).

Contrôler l'apport en sel :

Il y a deux raisons principales qui peuvent conduire à l'établissement d'un régime pauvre en sel: l'existence d'une hypertension, qui est relativement fréquente chez les hémodialysés, et la restriction en eau, puisque le sel donne soif.

Concrètement, il s'agit de cuisiner sans sel, de ne pas rajouter de sel aux aliments, d'éviter les aliments salés, de consommer du pain sans sel.

Les aliments les plus salés sont les charcuteries (jambon cuit et cru, saucisson, saucisses, pâtés...), les fromages, les coquillages, les conserves, les plats cuisinés industriels, les potages industriels, les biscuits à apéritifs, les olives, le viandox, les cubes aromatiques pour bouillon, sauce de soja, Nnoc man, les jus de tomates et jus de légumes et de nombreux autres produits industriels.

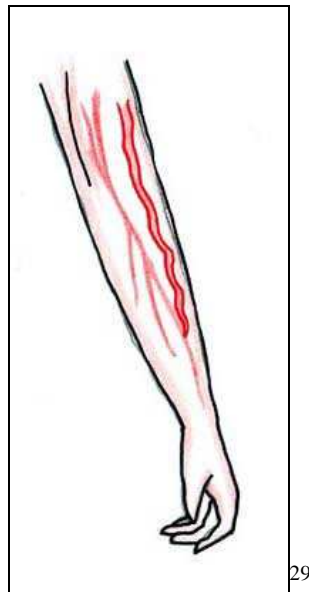
Les aliments modérément salés sont le pain, les biscottes, les gâteaux secs, les jus de fruits en boîte ou en bocaux, les pâtisseries du commerce.

Les différents types d'accès vasculaires pour l'hémodialyse:

L'hémodialyse doit permettre à chaque séance l'épuration d'une grande quantité de sang. Afin que les séances durent le moins longtemps possible, on doit être en mesure d'obtenir un débit sanguin élevé. Les veines périphériques sont de trop petit calibre pour autoriser l'obtention d'un tel débit de manière itérative.

La Fistule artério veineuse : la "ligne de vie" des hémodialysés:

Il s'agit de la méthode de choix pour l'hémodialyse, celle qui à la plus grande longévité et qui provoque le moins d'infection.

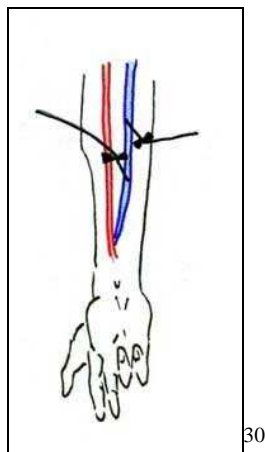


La fistule est créée chirurgicalement en connectant une artère et une veine du bras.

La veine (superficielle, donc facilement accessible) sera ainsi artérialisée, son débit augmentera, son calibre également, et elle pourra supporter la ponction par les aiguilles de dialyse.

²⁸ Cours de néphrologie Esquirol

²⁹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Grefte_%28m%C3%A9decine%29



La fistule se trouve le plus souvent dans l'avant bras, mais son site d'implantation peut varier en cas d'impossibilité ou de difficulté particulière. Il est préférable qu'elle soit située dans le bras "non dominant" (c'est à dire le bras gauche pour les droitiers et réciproquement) car c'est le bras le moins sollicité dans la vie courante.

Il faut normalement quelques semaines voire quelques mois à la fistule pour se développer correctement, c'est à dire pour permettre la dialyse.

Une fistule doit normalement durer plusieurs années, cependant des problèmes de sténose (rétrécissement en un point de la veine ou de l'artère) peuvent empêcher son bon fonctionnement, voire même provoquer la formation d'un caillot.

Elle nécessite quelques précautions de façon à ne pas mettre en jeu sa longévité, par exemple éviter toute prise de sang ou pose de garrot (par exemple pour une mesure de tension artérielle) ou pression quelconque sur le bras qui en est porteur, ne pas porter de bijoux (bracelet, montre...) qui pourrait entraver le débit sanguin, ne pas porter d'objets lourds.

A plus ou moins long terme, des anévrismes peuvent se développer sur la fistule. On peut tenter de les prévenir en changeant systématiquement les sites de ponction.

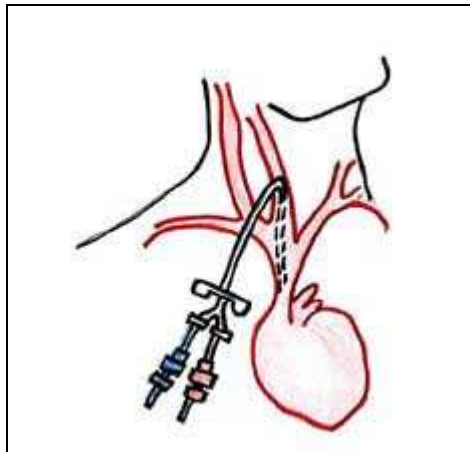
Le cathéter de dialyse (KT) :

Il s'agit d'un tube creux et flexible, introduit par la veine jugulaire ou sous-clavière jusque dans l'oreillette droite du cœur. Il peut également être placé dans la veine fémorale, en haut de la cuisse.

³⁰ http://fr.wikipedia.org/wiki/Grefte_%28m%C3%A9decine%29

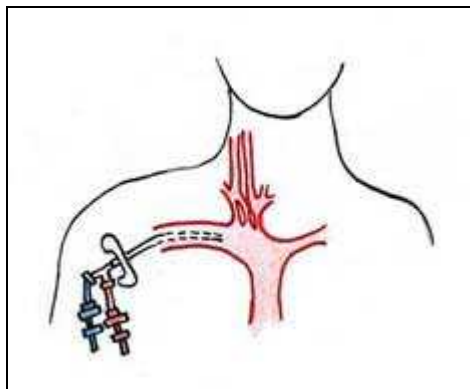
Un cathéter est en général utilisé de manière temporaire (quelques semaines ou quelques mois), lorsque la dialyse doit être débutée avant que la FAV n'ait pu être créée ou si elle n'est pas suffisamment développée ou encore défaillante. Le débit sanguin obtenu est en général moins bon que celui d'une fistule, ce qui conduit à une dialyse moins efficace.

Un cathéter comporte un "site de sortie", composé d'une tubulure en Y munie d'un clamp sur chaque extrémité. Ainsi, il n'est plus nécessaire d'avoir recours à des aiguilles, il suffit de brancher les lignes du dialyseur directement sur le cathéter.



31

Cathéter jugulaire



32

Cathéter sous Clavière

³¹ http://fr.wikipedia.org/wiki/Grefte_%28m%C3%A9decine%29

³² http://fr.wikipedia.org/wiki/Grefte_%28m%C3%A9decine%29

ANNEXE N° 5 : Protocole d'appel à la greffe 33

CONDUITE À TENIR POUR UN MALADE ENTRANT EN URGENCE POUR UNE TRANSPLANTATION

PREALABLES

La coordination régionale prévient le néphrologue de garde de la disponibilité d'un greffon affecté à notre service et faxe la liste des patients pré sélectionnés, elle précise l'heure d'arrivée des organes. Tous ces appels sont répertoriés par l'Ide et/ou le néphrologue sur place dans le cahier " coordination" situé en salle de soins. Le néphrologue de garde consulte les dossiers de BTP (classés aux archives RDC) et appelle le patient sélectionné. Le néphrologue restera en contact avec la coordination et l'équipe du bloc pour organiser la greffe.

1. AU TELEPHONE LORS DE L'APPEL AU PATIENT

- Demander la date de la dernière EER et le lieu (en fonction des délais, le médecin demandera à réaliser la dialyse avant l'arrivée à P Greffes). Si patient en DPCA : lui demander de venir avec son matériel.
- Demander l'état de santé du patient.
- Demander l'heure présumée d'arrivée et lui dire de bien rester à jeun.
- Pour un Rein + Pancréas : dire de ne pas faire d'insuline (rester à jeun).

PREVOIR POUR SA PRISE EN CHARGE ADMINISTRATIVE :

- **Si patient français** : lui demander de faire son entrée administrative muni de sa carte de sécurité sociale et d'identité, soit à l'accueil du pavillon I de 8h00 à 15h30 en semaine, soit au pavillon A en dehors de ces jours et horaires (34-73-76) et leur préciser le motif de la greffe.
- **Si patient étranger** : même chose muni de sa prise en charge (volet E112 pour les italiens). Si le malade n'a pas sa prise en charge il devra passer dans le service se faire remettre un certificat d'admission en urgence écrit, signé et daté par le néphrologue d'astreinte puis se rendre avec cette attestation au bureau des entrées.

³³ Protocole du service de transplantation ou j'ai effectué mon stage support T.F.E

2. LE DOSSIER MEDICAL

Vérifier que l'on trouve dans le dossier médical du patient appelé la carte de groupe sanguin (deux déterminations). Dès l'arrivée une comparaison sera faite avec ses papiers d'identité.

3. LES ORGANES

- Dès leur arrivée, s'inquiéter de la bonne conservation des organes (renouveler la glace) jusqu'à la transplantation (si pb avertir la coordination). Acheminer les ganglions au laboratoire d'histocompatibilité (voir ci-après → cross match). Confirmer au néphrologue l'arrivée du greffon (pour lui permettre d'organiser l'heure de greffe avec le bloc ou un éventuel examen du greffon par le chir.) ;
- Vérifier la présence du tube de sang pour la vérification ultime (au bloc).
- Le service de coordination, gère certains organes en transit et peut en cas de besoin nous aider, leur signaler aussi d'éventuels retards / au délai prévu.

4. A L'ARRIVEE DU PATIENT

Rappeler tout patient en retard de 30 minutes sur horaire prévu.

Faire réaliser l'admission si elle n'a pas été faite. Vérifier la concordance de l'identité + date de naissance inscrite la carte d'identité, la carte de groupage (réalisée en BPT) et les étiquettes du receveur. En cas de modification, refaire faire des étiquettes (tel bureau des entrées + fax carte d'identité...) et réaliser les 2 déterminations (fiche modification pour ETS à signer par médecin en annexe).

- Prévoir si besoin (en fonction du iono) une dialyse dans le service si DPCA après avis des médecins.
- Si pancréas : faire un dextro à l'arrivée.
- Utiliser une fiche "receveur" pour y cocher toutes les informations requises.

4.1 Examens à prélever à l'arrivée :

- ***Iono complet en urgence + analyse pour les pancréas*** (10cc tube vert clair – bon bleu labo biochimie) à envoyer à la biochimie par curseur. S'inquiéter du résultat de la kaliémie et le communiquer soit à l'anesthésiste soit au néphrologue, de même pour la glycémie si le patient est diabétique. Noter Potassium en urgence. CRP systématique.
- ***NFP*** (4,5cc tube violet EDTA – bon gris hémostase (demande en urgence)
- ***TP – TCA – Fibrinogène*** (4,5cc tube bleu ciel – bon gris hémostase (demande en urgence)
- ***Temps de coagulation*** (2cc tube sec rouge) à prélever à l'arrivée du patient (retourner/min jusqu'à formation du caillot)

- **ACI** (7cc tube bouchon orange – bon rose + préciser urgent – 4 étiquettes) tous les jours de la semaine et à n'importe quelle heure à faire porter par les taches annexes au CTS (centre de transfusion sanguine).
- **Groupage sanguin** : faire une vérification systématique (7cc tube bouchon violet EDTA – bon rose + préciser urgent et groupe I). Tous les jours de la semaine et à n'importe quelle heure à faire porter par les taches annexes au CTS par les taches annexes.
- **Groupage détermination II** : réaliser dans le cas où il n'existe qu'une détermination sur la carte trouvée dans le dossier ou à faire pratiquer l'heure après la première vérification par une IDE différente (ou lors d'un prélèvement différent) s'il n'y avait rien dans le dossier. Mêmes conditions de prélèvement. Disponible sur cristalnet et sinon demander au CTS de faxer les résultats (carte de groupe + ACI) avant le départ au bloc.
- **Cross Match** (3 tubes jaunes clair 7,5cc + 1 tube séparateur de gel (jaune orangé) + 1 tube 10cc EDTA (grand violet) – 1 étiquette sur chaque tube – bon rose avec 8 étiquettes)
- **LDL / HDL** (5cc tube sec rouge – bon rose – 8 étiquettes)
- **β HCG** si femme (tube sec rouge) bon biochimie bleu + 4 étiquettes.
- **Sérologie HHV8** (tube jaune orangé) bon rose Virologie.

4.2 Radiologie pulmonaire :

- Du lundi au vendredi de 7 h 30 à 17 h 00 envoyer le malade muni d'un bon blanc + 4 étiquettes après avoir prévenu le service de radiologie
- En semaine après 17 h 00 et le W-E, biper le manip radiologie de garde (voir tableau en salle de soins), les prévenir et envoyer le patient muni de son bon + 4 étiquettes.

4.3 Préparation psychologique :

A chaque intervention de soins expliquer le déroulement de la préparation à la greffe, les délais d'attente et les suites en fonction du résultat. En journée proposer l'intervention du psychologue. Rester serein auprès du patient en cas de pression horaire pour lui éviter tout stress supplémentaire.

- **Bloc** : il sera possible d'avoir à préparer le patient avant le résultat du cross match si l'horaire d'intervention ne dépend que de la fin de sa préparation (au-delà de 16h, la nuit et le week-end).

5. SI CROSS MATCH NEGATIF

- voir avec le bloc l'horaire de l'intervention (si nuit voir chir. d'astreinte), prévoir le brancardage.
- Tondre le patient de la zone sous mamelonnaire à mi-cuisses (*réf. procédure tonte chirurgicale N°G.04.1 classeur hygiène II*).
- Faire doucher le patient + shampoing avec Bétadine rouge puis mettre les bracelets d'identification (*réf. procédure douche pré-opératoire N°G.04.1 classeur hygiène II*).
- Compléter les examens et reporter sur la fiche "receveur" les résultats :
 - Tps Saignement
 - Prélèvements nez, gorge
 - Poids + connaître PB
 - TA – Température et pouls
 - ECG
 - Recueil d'informations

6. PREPARER LE PRE TRAITEMENT

A partir de la NFP du jour et des protocoles en cours, le néphrologue présent devra prescrire par écrit le pré-traitement sur la fiche receveur.
Pour un pancréas le néphrologue ou l'anesthésiste auront réservé une place réanimation pour le post-opératoire immédiat (48h).

7. PREPARER LA DEUXIEME PARTIE DU BILAN

4 tubes jaunes orangé + 2 tubes rouges

- **Ag + Ac Hbs, c, e; VHC ; HIV ; HTLV1-2 + P24** (tube sec jaune + bon jaune demandes extérieures) (sac jaune).
- **Ferritine** (1 tube jaune) Biochimie – bon bleu (biologie spécialisée) – 4 étiquettes.
- **PTH** ((1 tube rouge sec 5cc) biochimie – bon bleu (biologie spécialisée) – 4 étiquettes.
- **Sérologies virales** (1 tube jaune) bon rose virologie
- **ElectroPhorèse + ImmunoElectroPhorèse + Profil Protéique** (10cc tube jaune – immunologie – bon orange).

- **Toxoplasmose** : (tube sec rouge – analyse extérieures – bon jaune/ sac jaune).

8. POUR BILAN PANCREAS FAIRE EN PLUS

- **Peptide C** (tube jaune) Biochimie (biologie spécialisée) – bon bleu.
- **Glucagon** (5cc tube rose pale) Hôpital Cardio – bon rose + 8 étiquettes.
- **Hémoglobine glycosylée** (5cc tube violet EDTA) Labo biochimie (biologie spécialisée) – bon bleu – 4 étiquettes.

Faire retenir, selon les consignes de l'anesthésiste, pour les pancréas seul ou rein pancréas, 2 PGR dé leucocytés CMV.

9. DEPART AU BLOC AVEC

- Montrer le(s) greffon(s) au bloc avant le départ patient + feuille EFG.
- Dossier médical.
- 4 planches d'étiquettes.
- Pré-traitement : selon le nombre de médicament et après avis de l'anesthésiste : soit donner le traitement avec la prémédication, soit fournir les médicaments correspondant à la prescription de manière à laisser apparaître le nom, le dosage et la date de péremption (seront donnés au bloc par SNG, le reste nous sera retourné en post op.).
- Tubes du bilan per opératoire dans un sachet transparent avec les étiquettes en nombre suffisant.
- En post op. ces tubes seront récupérés déjà étiquetés avec le patient (même s'il va en réa) et seront acheminés par P Greffes, **envoyer le jour même** les prélèvements bactériologiques : **ECBU et PTA** (liquide de conservation) à T° ambiante. Si WE les sérologies peuvent attendre le lundi au réfrigérateur.
- Fiche pré opératoire "receveur" bien remplie après avoir vérifié auprès du patient la **préparation cutanée irréprochable** (! ôter dentier, bijoux, vernis, vêtements...), port d'une chemise d'opérer.
- Carte de groupage sanguin et le résultat faxé du cross match.
- Vérifier la présence d'une couverture et d'un mât à perfusion sur le lit propre.
- 1 PCA morphine (stockée avec les seringues électriques).

ANNEXE N°6: Entretien infirmier(e) s :

Votre présentation:

- 1) Quel âge avez-vous? Entre :
 20-30 ans 30-40 ans 40-50 ans
- 2) Quelle est la date de votre Diplôme d'état ?
- 3) Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service de greffe?
- 4) Avez-vous des expériences antérieures ?
- 5) Faites vous souvent des appels à la greffe?
 Oui Non Fréquence :
- 6) Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?
- 7) Avez-vous eu à faire à un patient qui a refusé de venir?
 Oui Non

Si oui combien ?

Pour quelles raisons ?

Questions : Réponses précises attendues

- 8) Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?

- 9) Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez?
- 10) A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?
- 11) Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?
- 12) Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ?
Si oui, Lesquelles ?
- 13) Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous?
- 14) Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?

ANNEXE N°7: Entretien avec le psychologue:

Présentation:

- 1) Depuis combien de temps exercer vous dans ce service?
- 2) Êtes-vous contacté systématiquement lors des appels à la greffe?
- 3) Si vous deviez définir votre rôle auprès de ces patients pendant cette période vous le définiriez comment?
- 4) Combien de temps dure environ vos entretiens avec ces patients de leurs arrivés dans le service au départ au bloc opératoire?

Questions:

- 5) De façon générale comment réagissent les patients insuffisants rénaux chroniques à cet appel à la greffe?
- 6) Selon vous quelles sont leurs attentes psychologiques à ce moments là?
- 7) A quoi êtes-vous particulièrement attentifs pendant l'accompagnement de ces patients?
- 8) A votre avis ces patients savent –ils vraiment ce qui les attend par la suite?
- 9) A quoi pourrait être du selon vous un refus de se présenter dans le service?

- 10) Les patients vous paraissent-ils préparer psychologiquement pour cette intervention? Si non pourquoi?

- 11) Quels peuvent être pour vous les facteurs essentiels pour que le patient soit le plus accompagné possible?

- 12) Quels sont les facteurs qui pourraient nuire à cette prise en charge?

- 13) Comment les patients réagissent-ils quand l'appel est fait de nuit?

ANNEXE N°8: Tri à plat des entretiens

	Infirmière n°1	Infirmière n°2	Infirmière n°3	Infirmière n°4
Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?	Je suis infirmière donc je ne donne que des infos du protocole le reste c'est au médecin de le faire	Y'a des tas de choses à pas dire, je ne parle que ce qui concerne l'appel à la greffe	Je dis de rester à jeun, pas fumer, et de venir tout de suite le reste je le dit à leurs arrivés	Je demande s'il veut toujours se faire greffer, la dernière dialyse, s'il est premier ou pas, voilà tout ce qui est dans le protocole
Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?	Etre claire avec lui, dire si il est prioritaire, comment ça se passe. Faire une mise à plat sur leurs chances, qu'il n'est pas de faux espoirs.	Besoin d'une présence, je vais le voir même si je n'ai rien à lui faire. Les attentes sont multiples	Etre rassuré, accueilli, que l'on dédramatise les choses	Ce sont souvent des besoins que l'on ne peut pas satisfaire tels que d'avoir les résultats du cross match plus vite, après c'est de l'écoute, les rassurer sur l'intervention
Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez ?	L'accueil, le premier regard, quand on dit bienvenu dans le service	L'accueil, déterminant pour la suite de l'hospitalisation et le départ au bloc parce que c'est un moment dont il va se souvenir. Les accompagner au bloc si possible.	Je trouve que c'est l'accueil, parce que c'est la première fois qu'ils nous voient, après y'a le résultat du cross match, puis le départ au bloc	L'accueil et les résultats du cross match
A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?	La manière dont il prend les choses, s'il est angoissé et par quoi, des fois c'est les conjoints qui pleurent	A leurs comportements, s'ils vont être observant pour adapter la future prise en charge	A leurs comportements, s'ils sont stressés, j'aime bien les faire allongé pour prendre la tension, j'allume la télé.	Répondre le plus possible à leurs questions, leurs expliquer ce que l'on fait à eux et aux familles
Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?	Un patient qui part détendu au bloc, qu'on n'a pas stressé pour la préparation. Ou au contraire, un patient qui repart en ayant compris que le rein n'était pas bon pour lui.	C'est quand y'a pas trop de personnes qui s'occupent du malade en même temps, rester fluide dans les choses à faire, que les médecins sont passés voir le patient pour une prise en charge globale du patient	Quand il part au bloc dans son petit lit détendu et qu'il nous dit à tout à l'heure.	Si le patient est pas trop stressé, pas trop anxieux
Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ? Si oui, Lesquelles ?	Oui, Les patients pas coopérants, qui se rendent pas compte de la chance qu'ils ont.	Oui, avec les pathologies psychiatriques, mais surtout avec les familles trop envahissantes parfois	Non je ne crois pas	Quand y'a plusieurs personnes pour un seul rein, c'est compliqué à gérer, sinon, quand le résultat du cross

				match est positif
Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous?	Avoir plus de temps avec eux, pouvoir plus discuter.	La prise en charge des familles, et l'utilisation de moins de terme technique auprès du patient	Etre moins dans l'action	Mieux communiquer avec le bloc pour que la préparation se fasse plus tranquillement. Plus de temps
Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?	Mon humeur du jour, ma bonne entente avec mes collègues de travail	La manière d'entrer en communication avec le patient, dédramatiser la situation	Le sourire, dédramatiser, parler de notre petite équipe, les projeter dans l'avenir	L'expérience, les collègues, l'empathie, se mettre au maximum à la place du patient

ANNEXE N°9 : Retranscription des entretiens

Entretien avec le psychologue

<u>Moi</u>	<u>Le psychologue</u>
<p>Tout d'abord deux ou trois petites questions par rapport à vous ? Depuis combien de temps vous exercer au sein du service de P greffe ?</p>	<p>Euh... alors moi je suis arrivé en Avril 2006</p>
<p>D'accord</p>	<p>Donc, euh, ça fait deux ans seulement. D'où le faite que je ne connais pas tous les malades. Enfin ça, on en reparlera après.</p>
<p>D'accord. Je voudrai savoir si vous êtes contacté systématiquement lors de chaque appel à la greffe?</p>	<p>Bah, c'est un petit peu difficile à mettre en place, ce n'est pas simple. Le cadre de santé y tient beaucoup, il y a des infirmières qui m'ont eu appelé. Elles ne le font pas systématiquement. Euh...le mieux c'est qu'elles puissent toujours le faire. Moi j'ai un répondeur dans mon bureau, que je consulte toujours le matin en arrivant ou que je consulte dans la journée quand je suis allé dans un autre service parce que je fais plusieurs services. Donc il y a toujours la possibilité de m'informer qu'une personne est appelée à la greffe ; mais euh il faudrait bon au début c'était encore plus difficile car je ne connaissais pas les gens. Alors c'est encore plus difficile de rentrer en contact avec les gens qui sont dans cette attente là. Les infirmières, elles ont un travail immédiat à accomplir elles doivent faire des prélèvements sanguins etc. Bon moi ben voilà je suis là et on attend mais c'est quand même mieux quand on connaît la personne.</p>
<p>Euh Si vous devriez définir votre rôle auprès de ces patients pendant cette période, vous les définiriez comment ?</p>	<p>La période de l'attente on est bien d'accord. Mon rôle là il est ...euh je suis obligé de prendre d'abord les gens que je connais puis ceux que je ne connais pas. Ca c'est deux choses fondamentalement différentes. D'abord, parce que? Maintenant j'informe? Quand je fais une consultation ici dans ce bureau donc pour les bilans de transplantation mais aussi en essayant de les faire réfléchir aussi sur la "formation" je dis qu'ils peuvent être appelés qui peut y avoir un refus de faire la greffe parce que en affinant les examens de compatibilité y aura pas suffisamment de compatibilité donc on est obligé d'arrêter. Bon et ça je leur dis pour bien qu'ils se rendent compte que ce n'est pas volonté de quoi que ce soi, de pas faire la greffe. Ca me semble important. Et puis je leur dit que la période de la greffe va être très difficile, parce qu'immédiatement après la greffe ils sont immobilisés complètement entre les sondes urinaires, les drains, les perfusions ils sont complètement immobilisés et il faut qu'ils jouent le jeu de cette immobilisation pour que les aides soignants et les infirmières puissent travailler. Bon alors ça, ça permet je crois de renforcer le lien que j'instaure avec eux et je leur dis que si tt va bien mis à part le week-end ou pendant la nuit on pourra se voir dans cette espace d'attente euh voila et la il faut gérer avec eux cette attente qui est forcément</p>

	<p>anxiogène et créatrice d'angoisse alors maintenant je me rends compte avec ceux que j'ai vu avant tt revient ce qui est dit lors de la consultation alors ils sont plutôt contents de me voir.</p> <p>Voilà c'est sur que les infirmières, ils ne les connaissent pas et le médecin ce n'est pas forcément quelqu'un qu'ils connaissent donc effectivement je trouve que ça c'est quelque chose qui est pas mal. Alors pour les gens que je n'ai pas connu, alors maintenant ça va devenir de plus en plus critique, c'est parce que maintenant, ce sont des gens qui ont été inscrits depuis plus de deux ans. Bon et alors la j'en ai déjà vu qui ont été appelé qui ont déjà été refusé. Euh et puis la ils espèrent que ça va marcher. Alors le problème, bon moi, la j'arrive, je me présente en principe, je leur demande s'ils ont connu la psychologue qui était la avant moi" la ça permet un petit peu de détendre l'atmosphère. Moi je parle avec eux mais je fais une certaine présence, mais je ne vais pas leur poser des questions sur eux parce que c'est un peu compliqué: souvent ils ne sont pas seul, il y a soit un conjoint ou un parent, donc la c'est plutôt contenir cette attente angoissante. Alors autrement pour tous les questions c s'ils ont été informé, s'ils sont tt seul ou pas Parfois il y a des médecins c pas très bien de dire vous êtes en deuxième, vous êtes en troisième ...etc. c'est pas bien il n'y a pas besoin de le dire ça.</p>
<p>Ca potentialise derrière le stress qu'ils peuvent avoir déjà qu'il est important</p>	<p>oui, oui tout a fait. Et donc en fait il y a quelque chose pour tous qu'il faut proscrire : c'est qu'ils soient tous ensemble dans le SAS de Pgreffe. Ca c'est abominable, il y en a un qui s'est trouvé avec quelqu'un qui avait son nom inversé, il avait un nom inversé l'un l'autre et ce n'était pas une erreur et ils se sont retrouvé ensemble. Et là récemment, il y a une femme qui vient pour une deuxième greffe (première greffe il y a 17 ans je crois) et qui se souvient pendant toute une matinée, c'était un homme qui était en rivalité avec elle, elle m'a dit qu'il l'avait collé toute la matinée et qu'il en pouvait plus et qu'il avait compris qu'il était beaucoup plus anxieux qu'elle et qu'il ne pouvait pas rester tout seul et il y avait personne là, pour les séparer, il ne faudrait peut être pas faire la police mais il faudrait vraiment y arriver dans c'est cas là ; moi je sais pour en avoir parler avec la cadre c'est évident qu'il faut tout faire pour les séparer</p>
<p>Les mettent dans une chambre</p>	<p>Oui, mais les chambres ne sont pas forcément libres ou pas forcément faites. Euh... une fois on avait fait ça, c'était un jeune couple on les avait installé vers où on fait les étiquettes c'est pas bien non plus mais</p>
<p>Ca permet d'avoir un minimum d'espace chacun</p>	<p>voilà</p>
<p>Petite question combien dure à peu près vos entretiens du moment ou ils arrivent jusqu'aux résultats du cross match</p>	<p>C'est variable parfois ils vont à la radiologie faire une radio pulmonaire... euh, ça dure pas très longtemps autour d'un quart d'heure</p>
<p>D'accord. C'était les questions de présentation... Je voulais vous demander, De façon générale comment réagissent ces patients insuffisants rénaux chroniques par rapport à l'appel à la greffe.</p>	<p>euh... bah... de toute façon, ils disent tous que c'est la fin de la dialyse. Voila. Comme pour une grande majorité d'entre eux, ils sont dialysés, ça veut dire que là, il y a de l'ordre du mode de vie et de toute la contention que ça provoque. C'est un souhait en sachant aussi qu'ils vont perdre de la relation sociale avec le taxi qui les emmènent tout le temps</p>

	<p>et tous les gens qu'ils retrouvent au centre de dialyse. Voilà, donc mais euh... ils vivent tous assez bien cette perspective là. Alors c'est la question de l'attente des fois on se rencontre que c'est trop tôt entre le moment où ils ont été inscrit et le moment où l'appel a lieu. Bon alors, effectivement il y a une très grande disproportion entre les gens. Ça les gens ils ne comprennent pas mais c'est un peu difficile de leur faire comprendre puisque c'est des histoires de groupes sanguins, d'anticorps...etc. Ce qui fait que certains passent plus vite que d'autres ou d'autres passent moins vite que d'autres mais c'est surtout, plus le temps de dialyse a été long plus ils sont contents de se dire qu'il y a quelque chose qui va s'arrêter. Et après, c'est pourvu qu'il n'y ait pas de rejet puisque c'est à nouveau l'image de la dialyse qui repasse derrière ; je dois dire si il y a rejet c'est revenir à l'image du compteur qui revient à 0.</p>
<p>Je l'ai tout à fait ressenti quand j'ai fait mon stage. Selon vous quels sont leurs attentes psychologiques à ce moment là ?</p>	<p>Alors... euh... je crois maintenant que leurs attentes sont très dépendantes de leur personnalité et de la relation qu'ils ont eue avec moi. Moi, je m'adapte aux gens ; la plupart du temps j'ai vu au début avec "<u>Sophie Grangette</u>" qui elle aussi avait quelque chose à régler avec qu'est-ce que c'est qu'un psychologue? A quoi ça sert ? Et comment il intervient.</p> <p>Donc il a fallu que je travaille avec elle pour qu'elle transmette quelque chose de très ouvert parce que moi je ne brusque pas les gens si des gens ne veulent pas trop parler ne veulent pas me dire qui ils sont, moi je ne les brusque pas. Mais par contre, je trouve que les patients aiment bien se confier parce que les médecins ici ils vont quand même très vite, ils le disent très bien qu'ils les prennent pour des organes pas pour autre chose. Donc c'est bien de parler d'autre chose. Donc évidemment on ne parle pas du mode de vie, du taux de créatinine, voyez. Donc les attentes c'est ça, c'est être pris pour des sujets humains et que restaurer de l'humanité. Je crois que c'est ça dont il est question. Voilà je leur dis que l'on a fait connaissance et je leur dis que vous allez me retrouver. Et puis je leur dis s'il n'habite pas trop loin qu'ils peuvent revenir me voir en consultation pendant le temps d'attente.</p> <p>Donc au moment de l'appel à la greffe c'est tout le mode de vie qui va changer, avec tout ça a aussi il faut savoir gérer un changement de mode de vie c'est pas évident</p>
<p>A quoi êtes vous particulièrement attentif pendant l'accompagnement de ces patients? Pendant le temps d'attente?</p>	<p>euh...pendant le tps d'attente, euh ben il y a des gens qui ne veulent pas de la greffe. Récemment il y a une femme à Marseille qui a refusé. On n'a pas bien compris, enfin le médecin n'a pas bien compris en plus, ils ne la connaissaient pas. Bon j'ai reçu cette femme deux mois après et il a fallu mettre quelques petites choses au point sur qu'est ce que c'était que la greffe. Elle s'est fait une bouffée d'angoisse quand on l'a appelé .Euh... euh... je vois aussi une femme qui avait été un peu perdu de vue et le médecin ne savait pas qu'elle venait d'avoir deux enfants entre tps elle était prise dans le fait qu'elle était avec des enfants de très bas age donc quand on lui a dit que le cross match était positif et qu'elle ne pouvait pas être accepté</p>

	<p>ça a été un soulagement. Mais c'était un petit peu rigolo car elle me parlait de ses devoirs de mères et que en même temps son conjoint allait ouvrir une pizzeria la semaine suivante et que c'était évident qu'elle ne pourra pas aider son conjoint à ouvrir une pizzeria. Elle était préoccupée par autre chose, mais elle était en dialyse. Eh bah son mode de vie à ce moment là c'était ça. C'était celui-là. Donc on ne peut pas tirer de conclusions morales mais bon voilà. C'est certainement une femme qui va revenir dans deux ans et puis la elle sera peut être ok et heureusement voilà. Et puis effectivement, il ne faut pas qu'il y ait d'angoisse autour quoi. On a eu le problème d'un type complètement décompensé qui insultait tout le monde pendant le temps d'attente. Bon on a di non, on ne greffe pas c'était la première fois. Alors qu'en plus c'était une deuxième greffe. Alors ça c'était déjà mal passer au téléphone quand le médecin avait appeler, il est venu mais il était insultant c'est à dire un cas que je n'ai pas bien saisi mais avec un profil de psychopathe et puis il n'était pas dans la problématique "greffe". Donc moi je suis attentif à ça que ça ne déborde pas, que si quelqu'un se sent trop mal ça veut dire que ça va tt partir "a Volo" que les médecins ne vont pas supporter</p>
<p>A votre avis est ce que les patients s'attendent vraiment de ce qui les attendent par la suite ?</p>	<p>oui après le bloc, on est d'accord. On reste sur "l'immédiateté" alors après le bloc moi je m'en suis rendu compte car j'ai fait mes armes depuis le temps; je me suis rendu compte que les gens n'avaient aucune représentation ou très peu de ce qu'il allait se passer après le bloc; même si en dialyse ils ont fréquenté des gens qui ont été greffés et c pour ça qu'en allant voir ces gens greffé que je ne connaissais pas que maintenant c'est pour ça que je prépare vraiment les gens comme je vous l'ai di tt à l'heure de vraiment les informer sur cette question de l'immobilisation ; alors en plus bon ensuite je peux aller un peu plus loin la question qui est frappante à P greffe comme ailleurs, surtout à P greffe, c'est la question de l'infantilisation ; c'est-à-dire effectivement bon quand on est dans pipi/caca toute la journée et demander si les gens ont uriner ou eu des selles....etc. il y a aussi la question de la toilette... on est complètement dans le soin aux enfants. Et moi je leur dit pas justement que vous allez vous retrouver comme un enfant parce que ça serait mal compris. Mais c'est pour ça que je parle d'immobilisation. Et de dépendance aux équipes infirmières pour justement qu'ils acceptent. Bon, il y a ça, il y a la question de la douleur de savoir la gérer, de demander en espérant que les médecins feront toujours attention à ça. Et puis voilà il y a des incidents de parcours, ça j'en parle mais pour dire qu'il faut prendre les jours les uns à la suite des autres sans faire de projet. Pour que il ne dise pas que c'est trop long, qu'ils ne sont pas sur pied comment ça se fait ? Etc. Et comme on remarque il y a pas mal d'incidents de parcours et qu'il y a du retard qui se prend .Donc c ça qu'il me semble très important de travailler pour qu'on ne soit pas immédiatement au bout de trois jours dans si j'avais su je ne me serai pas fait greffer.</p>
<p>c'est vrai car ils nous disent souvent que c'est trop long et qu'on les a greffé pour se débarrasser de la</p>	<p>Tout a fait.</p>

<p>dialyse mais ils continuent à être dépendant d'autre chose.</p>	
<p>A quoi pourrai être selon vous un refus de se présenter dans le service ? J'ai déjà eu affaire à des appels à la greffe, c'était pour le foie c'est pas tt à fait pareil mais qui était la première démarche de mon mémoire le patient a tout bonnement refuser de venir Je ne comprenais pas pourquoi surtout que c'était un patient qui avait vraiment besoin.</p>	<p>c'est-à-dire que les gens se rendent bien compte qu'il n'y a pas de notion d'urgence avec le rein ce qui n'est pas le cas pour le cœur et le foie. Euh voila alors moi j pense qu'il y a une préparation même s'il se dise qu'il y a un organe à soi qui ne fonctionne pas ou plus c difficile à se représenter et a accepter un organe qui vienne pour supplanter le sien qui ne fonctionne pas. D'autant plus que l'on est dans des maladies pour un certain nombre qui sont génétiques. Moi je trouve qu'il n'y a pas beaucoup d'agressivité envers les parents exprimés. Donc c'est vrai que l'on retrouve des personnes malades dans la génération d'avant et qu'on se dit tant pis c'est la faute à pas de chance. On est tous embarqué dans le même bateau.</p>
<p>voila c'est pas comme quand on trouve des familles qui sont porteurs d'une maladie qui ne déclenche pas et il y a un enfant pourquoi sur quatre qui va déclencher la pathologie. Et la on retrouve des patients vraiment en colère.</p>	<p>ouais, ouais, bon je crois que effectivement; bon puis la question que les gens banalisent car ils sont obligés de banaliser bon Ils banalisent bien, ils rationalisent bien, ils se disent que c'est quelqu'un qui va les aider à vivre en étant mort. Bon ce qui est tout a fait entendable mais bon je crois que ce n'est pas pour tout le monde. Voila.</p>
<p>quoique ça dépend dans quelle stade s'il appellent y'en a qui vont m'être un an, y en a ça va être beaucoup plus long d'autres beaucoup plus court, ça dépend du moment ou ils en sont avec ça quoi</p>	
<p>Les patients vous paraissent ils bien préparés pour cette intervention ?</p>	<p>Ben, de toute façon, on voit bien quand les gens saisissent ce que c'est que d'avoir une consultation avec un psychologue, que c'est pas quelqu'un qui va lire dans leurs têtes et dire dans leur pensées, mais que c'est quelqu'un qui va pouvoir accompagner autrement sur la question du sujet humain, moi j'y tient beaucoup dans la prise en charge dans leur globalité, ben pour eux c'est un gain énorme et puis les autres y sont derrière</p>
<p>Pour vous quelles peuvent être les facteurs essentiels pour que le patient soit le mieux accompagné possible?</p>	<p>Là je peux faire référence au faite que je travail à P1 et P3, et donc c'est de la néphro pur et c'est en amont de la transplantation et effectivement euh, je me rend compte que l'annonce de l'I.R.C un peu avancé parce que moi je ne les voient qu'en hospitalisation, que là c'est quelque chose de très, très difficile parce qu'ils voient très rapidement que c'est une maladie grave, euh, qui n'est pas mortel mais qui va être très invalidante quand même. Donc tout dépend de leur histoire personnel, alors tout dépend du type de maladie, d'un tas de chose, de comment ils ont été accompagné du point de vue personnel, professionnel, dans l'évolution de la maladie. Si les gens ont trouvé du ressort pour différer la douleur, ce sont des gens qui vivront mieux le moment ou la transplantation va se produire, mais, euh, c'est vraiment un trajet.</p>
<p>Et quels sont les facteurs qui pourraient nuire à cette prise en charge ?</p>	<p>Ben, on parle toujours de la compliance, c'est difficile, enfin moi je vois dans les dossiers ou même les médecins me demande si le malade va</p>

	<p>être compliant ou pas alors que je pense que l'histoire d'une personne qu'elle soit n'est pas linéaire, elle peut avoir des contradictions, elle peut avoir des tas de choses, bon mais c'est le rapport qu'il ont avec leurs corps, a la santé qui fait qu'ils vont plus ou moins bien le vivre, qu'il sont relativement bien avec leur maladie ou au contraire, ils sont complètement détruits, de toute façon on sait très bien que si les gens ont envie de se détruire il le feront. C'est pour ça que quand quelqu'un fait un rejet volontaire, immédiatement, il se prend la mauvaise humeur des médecins</p>
Oui, c'est vrai.	Ben, oui parce que les médecins disent pour qui on a travailler et tout mais les malades n'ont aucun compte à nous rendre, on est payé pour, mais pas pour se mettre a la place des gens.
Comment les patients réagissent quand l'appel est fait de nuit ?	Ils disent que quand on les appelle vers 23h ou minuit et qu'ils doivent se présenter vers 5/6h du matin, ça tourne ça tourne, toutes les images reviennent en blocs. Mais un patient qui est actuellement sur P greffe me disait que c'était très bien pour lui parce qu'il avait assez vite été pressurisé, en arrivant ici tout c'est passé très vite, il n'avait pas vu le temps passé, il était arrivé à 6h du matin et qu'à 9 h il était au bloc ce qui est assez rare.
ben oui, c'est minimum 4 à 5 heures de battement	Oui au moins. Tout s'agite avec le coup de poker avec si ils vont être pris et immédiatement, après est ce que ça va aller mieux parce qu'ils ont conscience que ça peut aller très mal après l'intervention, ils ont cette notion là, mais c'est seulement plus tard qu'ils le disent
Donc finalement est ce que ce n'est pas mieux que ça se passe plus vite, parce que plus ils attendent, plus ils brogent et plus c'est source d'angoisse...	Ah oui, complètement. De toute façon moi je trouve qu'ils sont mieux dans une chambre que dans le sas, au moins il peuvent regarder la télé et donc mobiliser leur attention ailleurs. Ca évite de trop penser.
oui ça mobilise un peu l'attention ailleurs.	Voyez, déjà ça
Est-ce que vous ne pensez pas par exemple, parce que vous, vous avez un premier contact avec la plupart des patients avant, évidemment ça crée un lien qui est vachement important pour eux. Est ce que vous ne pensez pas vu que les patients ne connaissent pas les médecins et infirmières de P greffe, est ce qu'il ne sera pas possible de rentrer en contact avec eux avant ?	Ouais alors moi la cadre m'en a parlé, euh... elle disait qu'il faudrait faire visiter, faudrait que ça fasse parti du travail de ma collègue de le faire, d'accompagner les gens au moment des bilans, de leur montrer... Ecoutez, moi je pense qu'il y a une question de discrétion. Euh, on peut difficilement faire circuler quand toutes les chambres sont prises, occupés, les infirmières vont leur dire "bonjour" et puis c'est tout... Pff... Ma foi, tant pis moi je leur dis des choses... y en a qui savent qu'au départ que c'étaient des chambres d'isolement. Bon, moi je leur dis maintenant qu'il n'y a plus d'isolement, que les visites sont possibles mais pas trop. Bon, je leurs dis pas que les chambres sont sans fenêtre car je trouve ça très dur. Ca c'est vraiment dur je leur dis pas. Voyez. Le coté "matérialité" moi je préfère leur décrire. Et puis c'est tout.
Moi, je ne pensais pas forcément à une visite du service mais comme ça se fait souvent à un livret d'accueil. Faire un livret spécifique sur P greffe ne serai ce qu'avec une présentation de l'équipe	: Ouais....Ouais, je ne serais pas forcément d'accord pour me mettre sur un trombinoscope, en même temps, ce ne serait jamais a jour, donc c'est difficile de trouver une solution pour que le patient

	connaissent l'équipe et le service avant
Entretien avec l'infirmière n°1 Moi:	L'infirmière :
Quel âge avez-vous? Entre : <input type="checkbox"/> 20-30 ans <input type="checkbox"/> 30-40 ans <input type="checkbox"/> 40-50 ans	: <input type="checkbox"/> 20-30 ans
Quelle est la date de votre Diplôme d'état ?	Novembre 2002
Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service de greffe?	Depuis 6 ans
Avez-vous des expériences antérieures ?	Non premier poste
Faites vous souvent des appels à la greffe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence	Oula ça dépend des périodes Des fois on peu en faire 4 à 5 en deux jours et puis d'autres ou on en fait 4 pendant 1 mois et demi
Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?	Moi en tant qu'infirmière, je dis pas grand-chose au téléphone parce que je considère que c'est pas à moi de dire au patient: "vous êtes deux pour le même rein, ou le rein est pas très joli, on sait pas trop ce que ça va donné, ou on vous appel mais on sait pas si vous allez êtres greffé". Moi je considère que je suis infirmière, je lui donne les informations du genre: vous restez à jeun, vous venez à telle heure, vous n'oubliez pas vos papiers après je considère que si y'a un souci ou qu'il y a quelque chose de particulier, c'est le médecin qui appel parce que c'est plus son travail à lui de faire comprendre au patient que y'a quelqu'un d'autre pour le rein ou autre, voilà c'est plus son travail.
Avez-vous eu à faire à un patient qui a refusé de venir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui combien ? Pour quelles raisons ?	Y'en a eu quelques uns ,oui, et à chaque fois on est toujours surpris, on s'attend toujours au téléphone d'avoir un patient qui saute de joie et puis en faite c'est très rare que les patients qui sautent de joie, y'a des patients qui nous disent limites qu'on les dérangeant , moi j'ai eu un patient qui à quatre du matin m'a dit: "mais vous vous rendez compte qu'il est quatre heure du matin vous n'auriez pas pu m'appeler hier a vingt heure?" là on se demande est ce que vous avez compris ce que c'était qu'une greffe. Là on se pose la question ce que le médecin leur on expliquer exactement, qu'est ce qu'il a compris de la greffe? Est qu'ils ont voulu comprendre, parce que c'est quand même pas facile de comprendre qu'il faut que quelqu'un soit mort pour qu'on puisse récupérer l'organe, c'est quand même une démarche à faire donc y'a des réactions bizarres, y'en a qui sautent de joie, qui sont ravies qui disent oui aucun problème, j'arrive tout de suite, d'autre, c'est plus mitigé, d'autres qui sont complétement perdu et puis d'autres qui arrivent comme si on leurs faisaient une faveur de les accueillir ici, ça dépend des gens c'est très marrant, et puis on a des gens aussi qu'on arrive pas à joindre, y'a une fois j'ai menacé une famille d'appeler les flics parce que celle-ci ne voulais pas me donner le numéros de téléphone d'un patient, parce que je ne pouvais pas leur donné la raison de mon appel
Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?	Il faut déjà qu'on soit clair avec lui, qu'on lui explique ce qu'il va se passer, les choses qui vont lui arriver, qu'il est chez nous mais qu'il n'est pas sur d'être greffé, que tout dépend de la prise de sang qu'on est en train de lui faire en générale, qu'il attende des fois 3 à 4 heures pour savoir s'il va être

	<p>greffé et puis si il y a une autre personne en attente, s'il est prioritaire. Je trouve qu'il faut faire une mise à plat sur leur chance d'être greffé, quelles sont les réalités de terrain, on lui dit par des termes choisis bien sur mais faut pas qu'il se face de faux espoirs.</p> <p>Il faut lui expliquer tous les examens qu'on va lui faire, ou il va aller après le bloc, comment il va revenir avec quels matériels (SNG, drains, KTR)</p>
<p>Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez?</p>	<p>L'accueil, le premier regard, la première fois qu'on va lui parler, le premier contact quand on lui dit bienvenu dans le service</p>
<p>A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?</p>	<p>La manière de prendre les choses, si ils sont particulièrement angoissé, essayer de discuté un peu avec lui voir si c'est le bloc, si c'est le faite d'être endormi, si c'est le faite d'avoir un autre organe après ça dépend des gens y'en a qui sont extrêmement angoissés, d'autres qui au contraire sont là en attente des examens comme si après ils allaient rentrer chez eux.</p> <p>D'autres c'est les conjoints qui pleurent qui du coup stressent le patient. Après la journée on peu appeler le psychologue pour qu'il intervienne auprès du patient.</p>
<p>Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?</p>	<p>Un patient qui part à peu près détendu au bloc, qu'on a pas stresse pour la préparation au bloc, à qui on a pas dit : "dépêcher vous toutes les cinq minutes" pour faire tout ce qu'on avait à faire, qui a pu se préparer à peu près tranquillement, que même si on a la pression des chirurgiens qu'il ne le ressent pas, qu'on pu préserver de tout ça , et puis dans le cas contraire, un patient qui rentre chez lui et qu'il ait compris qu'il fallait pas qu'on lui greffe ce rein que ça n'aurait pas marché qu'il ait pas l'impression que c'était à cause de lui que c'est pas pour ça qu'on ne le reverrait pas. Je me souviens d'une dame qui était en concurrence avec une autre personne qui a pas été greffé qui m'a dit avant de partir qu'elle était contente parce que l'autre personne allait être greffe, cette dame a été greffé trois semaines plus tard et moi j'avais trouvé ça génial, elle m'a donné une bonne leçon de vie. C'est impressionnant d'entendre ça de la bouche de quelqu'un qui répare déçu, je ne sais pas si j'aurais réagit comme ça</p>
<p>Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ? Si oui, Lesquelles ?</p>	<p>Les patient qui sont pas coopérants, les patients qui arrivent énervés parce qu'on les a réveillé en pleine nuit, les patients qui sont à jeun, qui ont faim et qui veulent manger, qui ont envie d'aller fumer, ceux qui râlent parce qu'on arrive pas à les piquer tout de suite, ceux là, on a pas vraiment l'impression qui sont là pour eux, qu'ils se rendent pas compte de la chance qu'ils ont et que y'en a d'autres qui attendent, on ne les a pas obliger à se faire greffer, y' a ceux qui nous font une fleur d'être ici et là c'est difficile pour nous parce qu'on essaie de faire notre boulot mais face à ces réactions c'est compliqué d'être impartial.</p>
<p>Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous ?</p>	<p>J'essaierais de prendre plus le temps avec les patients, c'est vrai parce qu'on n'a pas forcément le temps de discuter avec eux, on leurs expliquent les choses rapidement et c'est vrai que quand on a le chirurgien derrière nous qui nous pressent en disant vite vite je le veux dans une heure au bloc et ben disons qu'on fait le strict nécessaire et on prend pas assez le temps avec eux sur comment ils vivent le moment. On essaie de voir et parfois on</p>

	n'a pas le temps et on ne le fait pas
Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?	<p>Mon humeur du jour. Si j'arrive au boulot motivé, je vais pouvoir plus prendre le temps être plus posé avec le malade, Mon état d'esprit est très influent, c'est difficile d'aider quand toi ça va pas, même si t'essaie de mettre de coté tes soucis ce n'est pas toujours possible.</p> <p>Y'a l'ambiance de travail, si tu travail avec une bonne collègue ça influe sur la prise en charge du patient évidemment.</p> <p>Mon expérience aussi, depuis le temps, on apprend à appréhender les gens selon ça manière d'être et comment il réagit et ensuite adapter ta prise en charge</p>
<p>Entretien avec l'infirmière n'2</p> <p>Moi:</p>	L'infirmière :
<p>Quel âge avez-vous? Entre : <input type="checkbox"/> 20-30 ans <input type="checkbox"/> 30-40 ans <input type="checkbox"/> 40-50 ans</p>	: <input type="checkbox"/> 20-30 ans
Quelle est la date de votre Diplôme d'état ?	Novembre 2005
Depuis combien de temps travaillez-vous dans ce service de greffe?	Depuis janvier 2005
Avez-vous des expériences antérieures ?	Non
<p>Faites vous souvent des appels à la greffe?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence</p>	Oui très souvent
<p>Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?</p>	Je pense qu'il a des tas de chose à pas dire surtout sur les infos du donneur qui sont interdites, généralement y'a des infos qui sont pas nécessaire à lui donner, moi je vais rester que sur les infos de l'appel à la greffe mais pas le sur l'hospitalisation par exemple, je lui dis pas ce qu'il va se passer, ça les embrouillent plus qu'autre chose
<p>Avez-vous eu à faire à un patient qui a refusé de venir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui combien ? Pour quelles raisons ?</p>	Oui ça arrive régulièrement, c'est souvent parce qu'ils ont peur où qu'ils n'étaient pas assez préparés, ils ne pensaient pas qu'on allait les prévenir à l'improviste
Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?	Y'a une attente assez longue, le besoin en tant que patient est une présence, du coup, même si j'ai rien à lui faire je vais le voir pour voir si tout va bien, après il faut pas mal d'écoute, les demandes sont très différentes en fonction des patients, les attentes sont très multiples, à savoir qu'est ce que lui a besoin à ce moment là quel sont ses demandes? S'il veut joindre sa famille, je met assez souvent à disposition le téléphone, puis après je vais tout leurs expliquer de a à z parce qu'ils ont besoins de savoir ce qu'il va se passer pendant et après le bloc.
Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez?	<p>L'accueil, ça va être déterminant, la première impression est souvent la bonne, on a intérêt à ce que ça se passe bien, se présenter, les mettre à l'aise, leurs dire que ça va bien se passer.</p> <p>Et puis le départ au bloc parce que c'est des moments dont ils vont se souvenirs souvent, les accompagner quand c'est possible. l'arrivé et le départ faire attention parce qu'il y en a beaucoup qui pleure, donc les rassurer</p>
A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?	Déjà je suis attentive à leurs comportements pour voir s'ils vont être observant, après je me fais pas forcément une idée comme ça mais ça me permet

	de voir pour après, pour leurs traitements par exemple on avait eu un patient qui avait des troubles de mémoire, ça me permet de pouvoir anticiper pour sa future prise en charge et dévaluer leur personnalité, et ce faire une idée.
Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?	C'est quand y'a pas plusieurs personnes qui s'en occupe .Ils peut y avoir plusieurs personnes mais faut qu'ils y ait une bonne cohésion d'équipe, que tout le monde dise la même chose et aillent dans le même sens, qu'on entre pas sans cesse dans la chambre du patient .Rester fluide dans les choses à faire, être pas trop spide ni trop lent, avoir toujours quelque chose a faire, ça arrive parfois que le patient arrive en avance alors on prend notre temps et puis après faut tout faire en deux minutes parce que y'a plus le temps et ça c'est pas terrible. Et puis moi j'aime bien aussi quand les medecins passe voir le patient, que se soit le néphrologue, le chirurgien, l'anesthésiste, c'est rassurant pour le malade et les choses sont expliquées. Bon nous on peut tout explique mais bon c'est plus simple qu'il y ait une prise en charge plus globale du médicale et paramédicale
Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ? Si oui, Lesquelles ?	Oui j'ai eu a faire une fois à un patient qui avait une pathologie psy et qui était très violent du coup ça c'est très mal passé parce qu'il était malade, il a fumer alors que c'était interdit etc., Après y'a des difficultés avec les familles parce qu'elles souhaitent rester avec le malade tout le temps d'attente et parfois le patient ne peut pas s'exprimer devant eux alors on profite des instants de soins pour discuter avec eux sans que la famille soit présente. Mais bon parfois c'est difficile de leurs faire comprendre qu'ils faut sortir surtout quand c'est des mamans. Y'a des patients aussi qui se rendent pas compte de l'importance de la greffe par exemple on a eu une dame qui pensait que ça allait être dix jours d'hospit, qu'elle allait avoir une mini cicatrice enfin elle n'avait pas du tout entendu que c'était complexe surtout quand on sait que la moyenne d'hospitalisation est d'un moins et demi par exemple donc c'est difficile de devoir les contredire a se niveau là et de leur dire que non ça va pas être aussi simple ,on a un peu le mauvais rôle dans cette histoire c'est pas très agréable de leurs dire que non , y'aura une grosse hospit ,que y'aura beaucoup de matériel
Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous?	La prise en charge des familles parce que c'est pas toujours facile et surtout ma façon d'expliquer Utiliser des mots moins techniques, on a beau penser ne pas l'être on se fait pas toujours bien comprendre. on voit toujours que les gens ne sont pas habituer a l'hôpital et ne comprenne pas se qu'on leur dit genre même anti douleur ils en comprennent pas
Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?	La manière de faire parler le patient entrer en communication avec lui, dédramatiser les choses, faire en sorte qu'il verbalise les choses.
Entretien avec l'infirmière n°3	
Moi:	L'infirmière :

Quel âge avez-vous? Entre : <input type="checkbox"/> 20-30 ans <input type="checkbox"/> 30-40 ans <input type="checkbox"/> 40-50 ans	Entre 40-50 ans
Quelle est la date de votre Diplôme d'état ?	Oula c'est loin, Y'a 15 ans
Avez-vous des expériences antérieures ?	Oui, j'ai fait de l'orthopédie et des urgences
Faites vous souvent des appels à la greffe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence	Ça dépend, bon je ne porte pas la poisse mais oui assez souvent quand je suis là
Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?	Ben je lui dis ben voilà, on a la possibilité de vous greffer, donc rester à jeun, vous venez à telle heure, voilà, après on ne parle pas du donneur, on lui dit pas vous allez être greffé sur parce que ce n'est pas vrai. Je leurs dit plus de chose quand ils arrivent. Parce ce que au téléphone ce n'est pas terrible
Avez-vous eu à faire à un patient qui a refusé de venir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui combien ? Pour quelles raisons ?	Y'en a eu mais pas quand j'étais là, par contre, y'en a beaucoup qui sont difficile à joindre, ils ne dorment pas chez eux et on pas de portable, faut appeler les parents, les familles etc.
Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?	Ils ont besoins d'être rassuré, d'être informé, d'être bien accueilli, il faut dédramatiser,
Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez?	Ben moi je trouve que c'est l'accueil parce que c'est la première fois qu'ils nous voient et pour eux ben ils arrivent et pour eux ben il faut se dépêcher et puis nous finalement on leur dit ben attendez ,on se pose et puis après y'a le résultat du cross match ,que c'est bon ou pas, parce que dès qu'on commence a les mettre sous la douche et bien ils commence à stresser et se dire ben on y est mais en mm temps c'est une intervention on sait se qui va se passé c'est pas comme quand on ouvre la personne et on sait pas ce que le chirurgien va trouvé, eux ils savent qu'ils vont avoir un rein et voilà c'est moins dur, mais en a qui sont vachement stressé, les familles aussi. Moi finalement je préfère quand le malade vient tout seule, ça les stresse moins.
A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?	Ben a son comportement leur réaction, si ils brassent dans tout les sens, si ils te posent des questions surprenantes, on se demande parfois si ils ont bien envie d'être greffé, y'en a qui parle beaucoup de leurs dialyses, y'en a qui ont pas tout compris, y'en a qui te demande quand est ce qu'ils vont sortir, voilà, on est attentif à ça Et puis si je vois qu'ils stressent j'aime bien les faire allonger plus rapidement pour prendre leurs tensions, je leur allume la télé pour les mettre sur autre chose ça change les idées
Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?	Ben quand il est couché dans son lit avec sa charlotte, l'air rassuré puis qu'ils nous disent ben à toute à l'heure, bon y'en a qui sont plus réservé mais bon quand ils ont l'air content d'aller au bloc
Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ? Si oui, Lesquelles ?	Non je ne crois pas
Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous?	Personnes n'est parfaits, mais bon, je suis comme ça, peut être moins dans l'action, parce que je rentre, je sors j'essaie de leur montrer comme je suis d'habitude, bon faudrait peut être que je me remette en question mais bon pour le moment je ne changerais rien. Mais c'est un moment ou faut pas trop rentrer dans les détails parce qu'ils entendent,

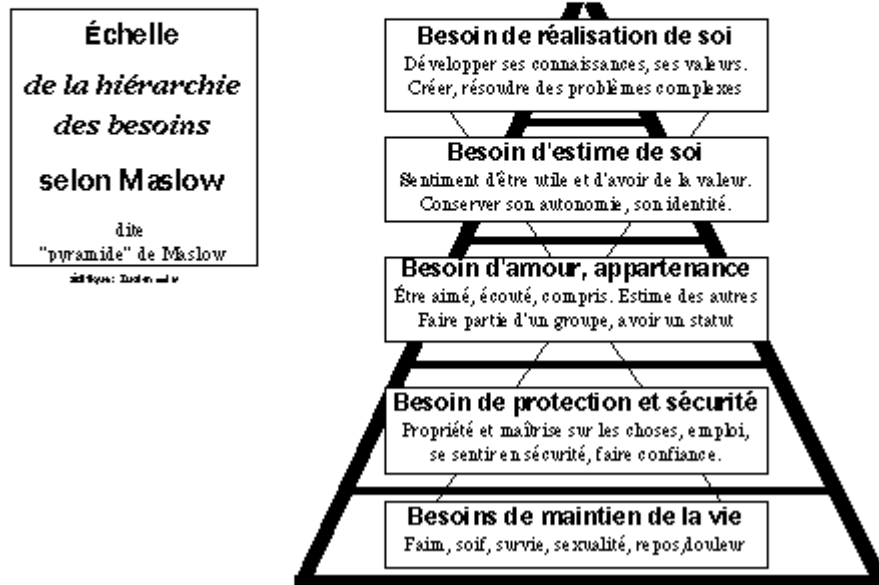
	faut pas leur dire ben vous allez revenir avec des tuyaux, ce n'est pas le moment donc leur donner trop d'information ce n'est pas bien ils verront eux mm
Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?	Le sourire dédramatiser, que c'est une petite équipe je parle de nous, qu'on va se retrouvé après, j'essaie de les projeté sur l'avenir, sur l'intervention sans leurs dire vous allez avoir une SAD pendant 5 jours ETC....
Entretien avec l'infirmière n°4	
Moi:	L'infirmière :
Quel âge avez-vous? Entre : <input type="checkbox"/> 20-30 ans <input type="checkbox"/> 30-40 ans <input type="checkbox"/> 50-60 ans	20-30 ans
Quelle est la date de votre Diplôme d'état ?	2003
Avez-vous des expériences antérieures ?	non
Faites vous souvent des appels à la greffe? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Fréquence	Oui ça dépend des périodes, le problème de ce service c'est que ce n'est pas régulier. Ce mois ci j'en ai fait pas mal après y'a des périodes ou j'en aie pas fait pendant trois mois
Lors de l'appel à la greffe, selon vous, que faut-il dire ou ne pas dire au téléphone au patient ?	Alors, on demande au patient s'il est toujours d'accord pour se faire greffer, l'heure exacte ou on l'attend, la date de sa dernière dialyse, les étiquettes a faire à l'entrée, de rester à jeun, de pas se faire d'insuline pour les rein pancréas et selon les cas si c'est un patient qui est en deuxième position, lui dire dès le départ en sachant que se sera revu derrière. Il faut savoir qu'avant c'était comme ça maintenant c'est une pratique médicale, nous ont fait presque plus d'appel à la greffe. Il faut rien dire au niveau du donneur juste qu'on a une proposition de greffe après faut bien dire s'il s'agit d'un cœur arrêté ou d'une mort encéphalique parce que les receveurs signent un protocole pour cela donc il faut qu'ils sachent de quel type de don il s'agit. Maintenant je suppose que les médecins lui disent
Avez-vous eu à faire à un patient qui a refusé de venir? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui combien ? Pour quelles raisons ?	Oui, ça n'arrive pas trop souvent en sachant que c'est souvent parce qu'ils n'ont pas dialysé donc qui n'avait pas encore fait le travail sur la greffe, ils sont greffé assez vite parfois avant d'avoir reçu leurs courriers comme quoi ils étaient sur une liste d'attente, donc ils ont pas encore eu le temps d'accepter la greffe et du coup il refuse de venir par crise d'angoisse et puis ils avaient pas encore le problème de la dialyse, la fatigue et tout cela
Quels sont selon vous les besoins psychologiques des patients de l'appel à la greffe au départ au bloc opératoire ?	Malheureusement ce sont des besoins auxquels on peut pas forcément répondre c'est que le cross match soit négatif c'est la premier chose parce que on les préparent des fois au delà du protocole prévu en attendant le résultats et je pense que le premier besoin c'est d'avoir les résultats et ça on peut pas y répondre, après c'est de l'écoute, qu'on les rassurent parce que c'est quand même une intervention qui est longue et pas n'importe quelle intervention c'est une anesthésie générale, donc vraiment le besoin d'être rassuré et puis informé sur ce qui va se passer du moment ou ils sont arrivé du moment ou il vont allé au bloc. Informé surtout. Alors parfois ce n'est pas forcément une demande

	<p>des patients mais plutôt de nous mais on leurs le logiciel "SITO" ou y'a des entretiens de patient déjà greffé, mais je ne dirais pas que c'est un besoin du patient c'est nous qui proposons, ça l'occupe et puis ça amorce l'éducation thérapeutique, on commence à parler des traitements.</p> <p>Au niveau infirmière on pense que même si ces patients retournent chez eux, on leurs dit que ce qu'ils ont vu pendant cette appel a la greffe, leurs servirons pour les prochain, et qu'ils ne sont pas venu pour rien, on relativise toujours tout ce qu'on fait mm quand on leurs fait prendre la douche et se tondre, on leurs dit ben désolé, c'est une question de timing, que au pire vous repartir avec une douche et voilà. C'est affreux à dire mais les patients comprennent bien. pour eux ce ne sont que des informations ce ne peut que les enrichent</p>
Quels sont les moments les plus importants dans la prise en charge que vous effectuez?	L'arrivé, rappeler qu'en piquant le bilan sang on pique le cross match et qu'il va falloir encore attendre les résultats pendant trois à quatre heure, qu'ils ne sont pas greffé encore; qu'on va faire pleins de choses avant donc vraiment rappeler tout cela après c'est l'annonce du résultat, pour eux c'est une délivrance même pour nous on est super content d'aller leurs annoncer
A quoi êtes-vous particulièrement attentives pendant l'accompagnement de ces patients ?	Alors au niveau psy, essayer de donner le plus possible de réponse à leurs questions et aux familles toujours bien expliquer les examens qu'on fait, le cross match. Pour moi ce serait ça
Sur quoi, selon vous, vous basez vous, pour déterminer une bonne prise en charge ?	Si le patient n'est pas trop stresse, si il est trop anxieux, pour moi c'est une bonne prise en charge, c'est faire en sorte que cette appel à la greffe ce passe le mieux pour lui
Avez-vous eu des difficultés dans l'accompagnement de ces personnes ? Si oui, Lesquelles ?	Oui, c'est avant l'agence de biomédecine, quand c'était l'établissement français des greffes, on appelait plusieurs personnes à la fois qu'ils étaient face à face et on les préparaient tous dans la salle d'attente donc, c'était un peu la course à la greffe, tout le monde se disaient que s'ils allaient à la radiologie pulmonaire avant les autres c'est lui qui allaient être greffé. Et puis l'annonce du cross match positif c'est toujours difficile pour moi de l'annoncer pourtant ça fait 5 ans que je suis là .Surtout quand c'est des patients qu'on a appelé 3 à 4 fois on a vraiment envie que ça marche
Si vous deviez améliorer votre prise en charge sur quels points vous insisteriez vous?	C'est la communication avec le bloc pour pouvoir laisser un peut le temps au patient d'avoir les résultats du cross match et de faire ensuite la préparation du bloc parce qu'en générale on confond les deux et j'aimerais lui laisser ce temps d'appel à la greffe et après on prépare le bloc, de pas tout mélanger
Quelles peuvent être vos ressources pour accompagner au mieux ces malades ?	Ben maintenant, je peux dire l'expérience, mes collègues, et puis l'empathie, j'essaie au maximum de me mettre à la place du patient pour améliorer ma prise en charge

ANNEXE N° 10: Théorie des besoins fondamentaux de Maslow

Théorie des besoins de l'homme selon Maslow

Abraham Maslow, psychologue américain, définit l'homme comme un tout présentant des aspects physiologiques (organisation du corps physiologique et biologique), psychologiques et sociologiques (sécurité, appartenance, reconnaissance) et spirituels (dépassement). Maslow détermine aussi **une hiérarchie des besoins** : la satisfaction des besoins physiologiques doit précéder toute tentative de satisfaction des besoins de protection (sécurité) ; lesquels doivent être satisfaits avant les besoins d'amour (appartenance), qui précèdent les besoins d'estime de soi (reconnaissance) ; au sommet de la pyramide se trouvent les besoins spirituels (dépassement).



ANNEXE N° 11: Charte du patient hospitalisé

Sommaire :

- 1- De l'accès au service public hospitalier
- 2- Des soins
- 3- De l'information du patient et de ses proches
- 4- Du principe général du consentement préalable
- 5- Du consentement spécifique pour certains actes
- 6- De la liberté individuelle
- 7- Du respect de la personne et de son intimité
- 8- Du droit à la vie privée et à la confidentialité
- 9- De l'accès aux informations contenues dans les dossiers administratifs et médicaux
- 10- Des voies de recours
- 11- Résumé de la charte du patient hospitalisé

Charte du patient hospitalisé

(annexée à la circulaire ministérielle n°95-22 du 6 mai 1995)

Le malade, le blessé, la femme enceinte, accueilli en établissement de santé ou suivi en hospitalisation à domicile ainsi que la personne âgée hébergée est une personne avec des droits et des devoirs. Elle ne saurait être considérée uniquement ni même principalement du point de vue de sa pathologie, de son handicap ou de son âge.

Au-delà de la réglementation sanitaire qu'ils appliquent, les établissements de santé se doivent de veiller au respect des droits de l'homme et du citoyen reconnus universellement, ainsi que des principes généraux du droit français : non discrimination, respect de la personne, de sa liberté individuelle, de sa vie privée, de son autonomie. Les établissements doivent, en outre, prendre toutes dispositions pour que les principes issus de la loi et relatifs au respect du corps humain soient appliqués. A ce titre, il leur faut assurer la primauté de la personne et interdire toute atteinte à la dignité de celle-ci. De même, ils doivent veiller à la bonne application des règles de déontologie médicale et paramédicale. Enfin, ils s'assurent que les patients ont la possibilité de faire valoir leurs droits.

L'objectif de la présente Charte est de faire connaître concrètement les droits essentiels des patients accueillis dans les établissements de santé, tels qu'ils sont affirmés par les lois, décrets et circulaires dont la liste est annexée à la circulaire ci-dessus mentionnée.

L'application de la Charte du patient s'interprète au regard des obligations nécessaires au bon fonctionnement de l'institution et auxquelles sont soumis le personnel et les patients. Le patient doit pouvoir prendre connaissance du règlement intérieur qui précise celles-ci. Les dispositions qui le concernent et en particulier, les obligations qui s'appliquent à l'établissement, aux personnels et aux patients, seront si possible intégrées dans le livret d'accueil.

Cette Charte est remise à chaque patient ainsi qu'un questionnaire de sortie, annexés au livret d'accueil, dès son entrée dans l'établissement.

hautaut

- 1 -

De l'accès au service public hospitalier

Les établissements de santé qui assurent le service public hospitalier accueillent toutes personnes, quels que soient leur origine, leur sexe, leur situation de famille, leur âge, leur état de santé, leur handicap, leurs opinions politiques, syndicales, philosophiques ou religieuses. Ils les accueillent de jour comme de nuit, éventuellement en urgence. À défaut, ils doivent tout mettre en oeuvre pour assurer leur admission dans un autre établissement. Les établissements doivent réaliser les aménagements nécessaires à l'accueil des personnes souffrant d'un handicap physique, mental ou sensoriel. Ils prennent les mesures de nature à tenir compte des difficultés de compréhension et de communication des patients et de leurs mandataires.

À l'égard des difficultés de nature linguistique, le recours à des interprètes ou à des associations spécialisées dans les actions d'accompagnement des populations immigrées sera recherché.

L'accès au service public hospitalier est garanti à tous, et en particulier, aux personnes les plus démunies quand

Résumé de la charte du patient hospitalisé destiné à faire l'objet d'un affichage

Principes généraux

- 1° Le service public hospitalier est accessible à tous et en particulier aux personnes les plus démunies. Il est adapté aux personnes handicapées.
- 2° Les établissements de santé garantissent la qualité des traitements, de soins et de l'accueil. Ils sont attentifs au soulagement de la douleur.
- 3° L'information donnée au patient doit être accessible et loyale. Le patient participe aux choix thérapeutiques qui le concernent.
- 4° Un acte médical ne peut être pratiqué qu'avec le consentement libre et éclairé du patient.
- 5° Un consentement spécifique est prévu notamment pour les patients participant à une recherche biomédicale, pour le don et l'utilisation des éléments et produits du corps humain et pour les actes de dépistage.
- 6° Le patient hospitalisé peut, à tout moment, quitter l'établissement sauf exceptions prévues par la loi, après avoir été informé des risques éventuels qu'il encourt.
- 7° La personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées. Son intimité doit être préservée ainsi que sa tranquillité.
- 8° Le respect de la vie privée est garanti à tout patient hospitalisé ainsi que la confidentialité des informations personnelles, médicales et sociales qui le concernent.
- 9° Le patient a accès aux informations contenues dans son dossier notamment d'ordre médical par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit librement.
- 10° Le patient hospitalisé exprime ses observations sur les soins et l'accueil et dispose du droit de demander réparations des préjudices qu'il estimerait avoir subis.

ANNEXE N° 12: Les différents besoins psychologiques du patient

Mieux appréhender l'importance de l'accueil

Recherche du sens et du rôle de l'accueil

Spécificités de l'accueil selon sa fonction

L'accueil et l'image de l'établissement de soins

Les difficultés rencontrées

Apprendre à donner l'information juste

Développer son écoute pour mieux clarifier la demande

Renseigner, orienter, affiner son questionnement pour obtenir des réponses fiables

Savoir concilier information et règles de confidentialité

Développer les aptitudes relationnelles nécessaires

Comprendre l'influence et les enjeux de la communication dans le rôle d'accueillant

Développer l'écoute active, pour gérer le stress et l'agressivité

Décoder les comportements non verbaux

Maîtriser les situations délicates et gérer l'agressivité

Savoir identifier, derrière l'agressivité, le besoin psychologique du patient et de l'accompagnant

savoir expliquer pour faire comprendre les contraintes liées à une situation

Gérer ses propres émotions³⁴

³⁴ <http://www.ifgcnof.com/programmes-d-initiation-ou-de-perfectionnement/professionnels-de-la-sante-21/ii-les-competences-relationnelles-avec-les-patients-2102/ameliorer-l-accueil-en-etablissement-de-soins-16.html>