UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

UNIVERSITE HENRI POINCARE, NANCY 1
2007

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY
N°

THESE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

Benoît CHAUDRE

le 12 novembre 2007

ETUDE DE LA PRISE EN CHARGE DU PATIENT EN DIALYSE PERITONEALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

Examinateurs de la thèse :

M. L. FRIMAT	Professeur	Président
M. J. ROLAND	Professeur	}
Mme M. KESSLER	Professeur	} Juges
M. F. RAPHAEL	Maître de Conférences	}

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs :

du 1er Cycle :	**M. le Professeur François ALLA**
du 2ème Cycle :	**M. le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI**
du 3ème Cycle :	**M. le Professeur Marc BRAUN**
de la Vie Facultaire :	**M. le Professeur Bruno LEHEUP**

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX
Professeur Jacques ROLAND

==========

PROFESSEURS HONORAIRES

Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET
Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT
Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE
Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT
Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE –
Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ
Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT
Gérard DEBRY – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI
Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET
Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES
Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER
Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY
Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT -
Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU - Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT
Michel WEBER – Gérard FIEVE – Daniel SCHMITT – Colette VIDAILHET – Alain BERTRAND – Hubert GERARD
Jean-Pierre NICOLAS - Francis PENIN – Michel STRICKER – Daniel BURNEL – Michel VIDAILHET – Claude BURLET –
Jean-Pierre DELAGOUTTE – Jean-Pierre MALLIÉ – Danièle SOMMELET – Professeur Luc PICARD
Professeur Guy PETIET

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*
Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER
Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*
Professeur Bernard FOLIGUET

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*
Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*
Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

2ème sous-section : *(Radiologie et imagerie médicale)*
Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON
Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER
Professeur René ANXIONNAT

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Professeur Jean-Pierre CRANCE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3ème sous-section : *(Biologie Cellulaire (type mixte : biologique)*

Professeur Ali DALLOUL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Professeur Olivier ZIEGLER

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière)*

Professeur Alain LOZNIEWSKI

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Professeur Bernard FORTIER

3ème sous-section : *(Maladies infectieuses ; maladies tropicales)*

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Épidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

2ème sous-section : *(Médecine et santé au travail)*

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3ème sous-section : *(Médecine légale et droit de la santé)*

Professeur Henry COUDANE

4ème sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication)*

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie)*

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4ème sous-section : *(Génétique)*

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2ème sous-section : *(Réanimation médicale)*

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4ème sous-section : *(Thérapeutique)*

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49ème Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1ère sous-section : *(Neurologie)*

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2ème sous-section : *(Neurochirurgie)*

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3ème sous-section : *(Psychiatrie d'adultes)*

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

4ème sous-section : *(Pédopsychiatrie)*

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5ème sous-section : *(Médecine physique et de réadaptation)*

Professeur Jean-Marie ANDRE – Professeur Jean PAYSANT

50ème Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

2ème sous-section : *(Chirurgie orthopédique et traumatologique)*

Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD – Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

3ème sous-section : *(Dermato-vénéréologie)*

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4ème sous-section : *(Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)*

Professeur François DAP

51ème Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1ère sous-section : *(Pneumologie)*

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

2ème sous-section : *(Cardiologie)*

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL

Professeur Christian de CHILLOU

3ème sous-section : *(Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)*

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4ème sous-section : *(Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)*

52ème Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1ère sous-section : *(Gastroentérologie ; hépatologie)*

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2ème sous-section : *(Chirurgie digestive)*

3ème sous-section : *(Néphrologie)*

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme) – Professeur Luc FRIMAT

4ème sous-section : *(Urologie)*

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53ème Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1ère sous-section : *(Médecine interne)*

Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Abdelouahab BELLOU

2ème sous-section : *(Chirurgie générale)*

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1ère sous-section : *(Pédiatrie)*

Professeur Pierre MONIN

Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET – Professeur Cyril SCHWEITZER

2ème sous-section : *(Chirurgie infantile)*

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3ème sous-section : *(Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)*

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO – Professeur Bruno DEVAL

4ème sous-section : *(Endocrinologie et maladies métaboliques)*

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

55ème Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1ère sous-section : *(Oto-rhino-laryngologie)*

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2ème sous-section : *(Ophtalmologie)*

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3ème sous-section : *(Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)*

Professeur Jean-François CHASSAGNE

==========

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64ème Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42ème Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1ère sous-section : *(Anatomie)*

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT

2ème sous-section : *(Cytologie et histologie)*

Docteur Edouard BARRAT

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3ème sous-section : *(Anatomie et cytologie pathologiques)*

Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43ème Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1ère sous-section : *(Biophysique et médecine nucléaire)*

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44ème Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1ère sous-section : *(Biochimie et biologie moléculaire)*

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

2ème sous-section : *(Physiologie)*

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

Docteur Bruno CHENUEL

4ème sous-section : *(Nutrition)*

Docteur Didier QUILLIOT – Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

45ème Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1ère sous-section : *(Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière)*

Docteur Francine MORY – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2ème sous-section : *(Parasitologie et mycologie)*

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Docteur Marie MACHOUART

46ème Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1ère sous-section : *(Epidémiologie, économie de la santé et prévention)*

Docteur Alexis HAUTEMANIÈRE

4ère sous-section : *(Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*

Docteur Pierre GILLOIS

47ème Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1ère sous-section : *(Hématologie ; transfusion)*

Docteur François SCHOONEMAN

2ème sous-section : *(Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*

Docteur Lina BEZDETNAYA épouse BOLOTINE

3ème sous-section : *(Immunologie)*

Docteur Anne KENNEL – Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

4ème sous-section : *(Génétique)*

Docteur Christophe PHILIPPE

48ème Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE

1ère sous-section : *(Anesthésiologie et réanimation chirurgicale)*

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3ème sous-section : *(Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique)*

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

50ème Section : RHUMATOLOGIE

1ère sous-section : *(Rhumatologie)*

Docteur Anne-Christine RAT

54ème Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

5ème sous-section : *(Biologie et médecine du développement et de la reproduction)*

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

5ème section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE

Monsieur Vincent LHUILLIER

40ème section : SCIENCES DU MÉDICAMENT

Monsieur Jean-François COLLIN

60ème section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE

Monsieur Alain DURAND

61ème section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

64ème section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Mademoiselle Marie-Claire LANHERS
Monsieur Franck DALIGAULT

65ème section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS
Madame Natalia DE ISLA

66ème section : PHYSIOLOGIE
Monsieur Nguyen TRAN

67ème section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68ème section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

==========

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Professeur associé Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL
Docteur Jean-Marc BOIVIN
Docteur Jean-Louis ADAM
Docteur Elisabeth STEYER

==========

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Michel BOULANGE – Professeur Alain LARCAN - Professeur Daniel ANTHOINE -
Professeur Paul VERT - Professeur Pierre MATHIEU - Professeur Gilbert THIBAUT
Mme le Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Alain BERTRAND - Professeur Jean-Pierre NICOLAS
Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Marie-Claire LAXENAIRE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ
Mme le Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Danièle SOMMELET
Professeur Luc PICARD - Professeur Guy PETIET

==========

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)
Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würtzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)

A notre Maître et Président de Thèse,
Monsieur le Professeur Frimat,
Professeur de Néphrologie

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse, qui représente un grand moment dans ma vie professionnelle et personnelle.
J'ai admiré votre disponibilité, votre patience durant toutes les étapes de la réalisation de ce travail que vous avez bien voulu me confier.
La documentation que vous m'avez fournie m'a été d'une aide précieuse. Merci de m'avoir fait partager l'étendue de vos connaissances.

Qu'il me soit permis, Monsieur et cher Maître, de vous exprimer toute ma gratitude.

A notre Juge et Maître,

Monsieur le Professeur Roland,

Professeur d'Anatomie

Doyen honoraire de la Faculté de Médecine

Chevalier dans l'Ordre National de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques,

Vous me faites l'honneur de juger mon travail.
J'ai pu admirer vos connaissances médicales et la qualité de vos cours magistraux.

Vous m'avez témoigné votre générosité à plusieurs reprises : vous avez su guider mon choix professionnel lors de mes hésitations ; vous m'avez confié la mission de former l'Orchestre de la Faculté de Médecine ; vous avez apporté votre soutien dans ma vie personnelle.

Jamais je n'oublierai votre humanité et votre sagesse. Puissent-elles me porter tout au long de mon métier de médecin.

Puisse ce travail exprimer toute l'admiration que j'ai pour vous.

A notre Juge et Maître,

Madame le Professeur Kessler,

Professeur de Néphrologie

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques,

Vous avez aimablement accepté de faire partie de notre jury et nous faites l'honneur de juger cette thèse.

Nous avons pu admirer la clarté de vos cours magistraux. Nous sommes très heureux de la confiance que vous nous accordez.

Recevez ici l'expression de toute notre gratitude.

A notre Juge et Directeur de thèse,

Monsieur le Docteur Raphaël,

Maître de Conférences Associé de Médecine Générale,

Vous me faites l'honneur de diriger cette thèse.

Je vous remercie pour vos précieux conseils, votre patience, votre enthousiasme, votre disponibilité, la confiance que vous m'accordez.

Votre soutien et votre optimisme entraînant m'ont été très précieux dans la progression de ce travail.

A mes grands-parents

Je me rappelle vos paroles sur un ton de plaisanterie, lorsque je suis entré en première année de médecine : « nous viendrons assister à ta thèse… Si nous sommes encore là ! ». Les mots me manquent pour décrire l'émotion de vous avoir à mes côtés en ce jour si spécial.

A mes parents

A mes frères

A Mamie

A mes amis

A Christian

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque."

INTRODUCTION 14
I. LA DIALYSE PERITONEALE 16
A. Les différents moyens de traitement de l'insuffisance rénale terminale 16
1. La transplantation rénale 16
2. L'hémodialyse itérative 17
3. La DPCA : échanges diurnes manuels 17
4. La DPA : échanges nocturnes automatisés 18
5. Avantages et inconvénients des deux techniques de DP 20
B. Principe de la dialyse péritonéale 20
1. Le cathéter péritonéal 21
2. Structure du cathéter 21
3. Position du cathéter 22
C. Le généraliste au quotidien 23
D. Le généraliste et l'incident 23
1. Infection péritonéale ou « péritonite médicale » 23
2. Infection de l'émergence et/ou du tunnel sous-cutané du cathéter 24
3. Hyperhydratation, hypertension artérielle chez un dialysé 25
4. Déshydratation, hypotension et asthénie chez un dialysé 26
5. Insuffisance de dialyse 27
6. Les troubles du sommeil 27
7. Les incidents techniques 28
E. La dialyse péritonéale en Lorraine 28
II. ENQUETE : PROTOCOLE 30
A. Objectifs 30
B. Méthode 31
1. Echantillon 31
2. Questionnaire 31
3. Organisation de l'enquête 32
4. Limites et avantages de l'enquête 34
III. ENQUETE : RESULTATS 35
A. Expérience de l'enquête 35
1. Disponibilité des médecins 35
2. Réactions et ressentis au premier contact 36
3. Réactions et ressentis durant les interviews 37
B. Résultats de l'enquête 39
C. Synthèse 49
IV. DISCUSSION : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS 51
A. Implication du médecin généraliste dès le début de la prise en charge 51
B. Suivi régulier du patient : éviter les « mises à l'écart » 57
C. Formation régulière 61
V. CONCLUSION 63
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 64
ANNEXES 67

INTRODUCTION

La dialyse péritonéale (DP) est depuis les années 1960 une technique en plein essor. En France notamment, où l'incidence annuelle des nouveaux patients insuffisants rénaux chroniques terminaux est de 6500, on comptait 26 000 patients dialysés en 2001 dont 10 % en dialyse péritonéale, et environ 14 000 patients avec un transplant fonctionnel.

Cependant, la DP est une technique encore peu utilisée : M. Zellweger et collaborateurs montrent en effet dans Médecine et Hygiène que *« moins de 15% des patients souffrant d'une Insuffisance rénale terminale sont actuellement traités par dialyse péritonéale et cette proportion est en baisse constante dans la plupart des pays Industrialisés. »* [1]

La DP a de nombreux avantages. Elle est d'une réalisation simple, quotidienne et par le patient lui-même. Elle est également économique par rapport à l'hémodialyse (HD), comme le montrent K. Sennfalt et collaborateurs.[2]
Peter G. Blake montre également que la DP a des avantages significatifs sur l'HD d'un point de vue médical, social et économique, en particulier lors des premières années de traitement.[3]

La DP est également une technique efficace au long cours, qui a un impact favorable sur la survie du patient et lui confère une bonne qualité de vie. R. Gokal montre en effet que depuis les 25 dernières années, les résultats de la DP se sont améliorés et qu'en terme de survie des patients, ils sont aujourd'hui équivalents voire meilleurs que ceux de l'HD.[4]

Le médecin généraliste, autrefois appelé « médecin de famille », est aujourd'hui désigné comme « médecin traitant » par son patient. Sa disponibilité, son rôle de surveillance et d'accompagnement, son intégration en première ligne dans le système de soins le placent dans une position privilégiée.

Il est légitime de se demander s'il dispose des atouts nécessaires pour prendre en charge le patient en DP.

Le médecin généraliste a-t-il une bonne connaissance de la DP ?
Se considère-t-il suffisamment informé sur la DP ? Sait-il où chercher des informations ?
Quelle opinion le médecin généraliste a-t-il de la DP ?
A-t-il un rôle dans le suivi régulier du patient en DP ?
A-t-il des échanges réguliers avec le néphrologue ?
Se considère-t-il bien intégré au réseau de soins ?

Au terme de ces interrogations, on peut se demander si la prise en charge du patient en dialyse péritonéale par le médecin généraliste peut être améliorée. Nous proposons donc d'en réaliser une étude.

Après un chapitre de rappel sur la DP, nous présenterons notre enquête, sa méthode, ses limites et avantages. Nous donnerons ses résultats dont nous ferons une synthèse, avant d'en tirer les enseignements dans une discussion. Nous conclurons enfin au terme de cette étude.

I. LA DIALYSE PERITONEALE

A. Les différents moyens de traitement de l'insuffisance rénale terminale

En France, en 2002 environ 45000 patients insuffisants rénaux chroniques ont recours à l'un des quatre moyens de traitement de l'insuffisance rénale terminale :

- La transplantation rénale pour 15000 patients environ,
- L'hémodialyse itérative pour 27000 patients environ,
- La dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) pour 2500 patients environ,
- La dialyse péritonéale automatisée (DPA) pour 500 patients environ.

1. La transplantation rénale

C'est évidemment le traitement idéal de l'insuffisance rénale chronique terminale, en termes d'espérance et de qualité de vie mais aussi de coût à moyen et à long terme.

Le développement de la transplantation est surtout limité par la pénurie de greffons cadavériques, les greffes à partir de donneurs vivants restant très marginales en France. En ce qui concerne les reins prélevés sur donneur en état de mort cérébrale, la pénurie d'organes est encore trop souvent entretenue par le refus de prélèvement opposé par les familles de donneurs potentiels. Ceci justifie pleinement les campagnes d'information et de sensibilisation du public, qui gagneraient à être relayées par les médecins généralistes.

Avec les nouveaux traitements immunosuppresseurs, la survie moyenne des greffons est supérieure à 60% après 10 ans, et est en constante amélioration.

2. L'hémodialyse itérative

C'est le traitement de référence pour la suppléance extra-rénale. C'est un traitement discontinu et périodique. Les séances se répètent trois fois par semaine, et la durée d'une séance est de 4 à 6 heures en moyenne.

L'hémodialyse nécessite une machine lourde et difficilement transportable : le générateur d'hémodialyse, alimenté par une eau traitée par adoucissement, déchloration, filtration et osmose (minimum 0,5 m^3 d'eau par séance).

L'hémodialyse est essentiellement réalisée dans des centres ; la lourdeur de l'investissement initial décourage quelque peu la mise en route d'un tel traitement à domicile, surtout lorsque le patient est en attente de transplantation.

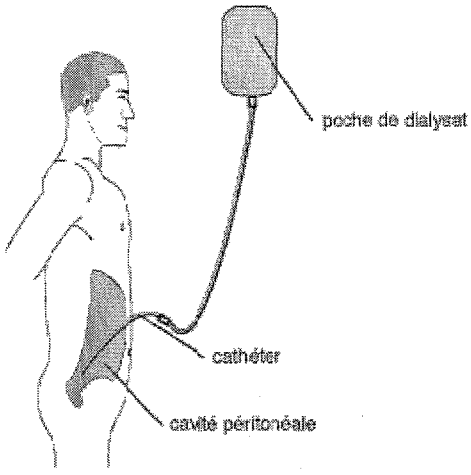
La contrainte de temps hebdomadaire imposée au patient est quantitativement comparable pour l'hémodialyse et la DPCA, environ 12 heures par semaine, mais répartie différemment : pluriquotidienne pour la DPCA, trihebdomadaire pour l'hémodialyse.

La notion moderne de « soins intégrés » tend à montrer que lorsque le patient bénéficie successivement de toutes les techniques disponibles au cours de sa vie d'insuffisant rénal (dialyse péritonéale, puis hémodialyse, puis éventuellement transplantation...), alors il a les meilleures chances de survie.

3. La DPCA : échanges diurnes manuels

La DPCA (Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire) est une technique manuelle, continue, simple, économique. C'est la technique de dialyse péritonéale la plus utilisée dans le monde. Décrite en 1976, son principe est simple. Cette technique utilise des cycles longs et des échanges manuels.

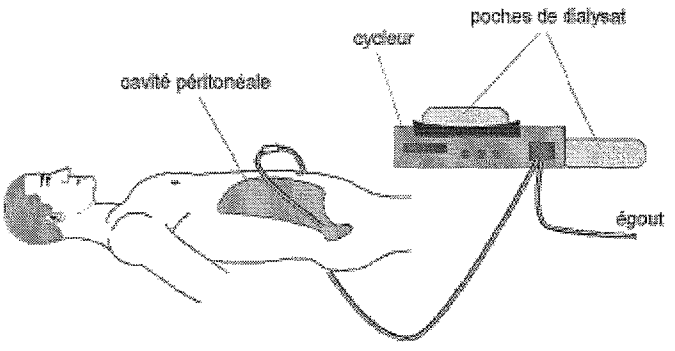
Dans sa conception originelle, les cycles devaient être suffisamment longs pour obtenir l'équilibre péritonéo-plasmatique des petites molécules comme l'urée. En outre, la réalisation manuelle des échanges imposait des manipulations diurnes et peu nombreuses.



Avec une stratégie classique, 4 cycles de 2 à 3 litres chacun sont réalisés pendant les 24 heures, c'est-à-dire 3 cycles diurnes et un long cycle nocturne.
La DPCA est habituellement quotidienne, 7 jours par semaine. Cependant, chez les patients qui ont encore une fonction rénale résiduelle significative, elle peut être prescrite avec seulement 3 échanges dans la journée, la cavité péritonéale étant drainée chaque soir jusqu'au lendemain matin. La présence d'une fonction rénale résiduelle significative permet aussi de ne dialyser que 6 jours par semaine.

4. La DPA : échanges nocturnes automatisés

La DPA (Dialyse Péritonéale Automatisée) est une technique automatisée, nocturne, à domicile. L'automatisation de la dialyse péritonéale permet de multiplier le nombre de cycles sans imposer d'astreinte supplémentaire pour le malade, car le traitement est réalisé la nuit pendant que le malade dort.



Les possibilités de la DPA sont donc importantes, et le terme générique de « DPA » regroupe en réalité une multitude de techniques offertes par l'utilisation du cycleur.

L'efficacité de l'épuration peut être supérieure à celle de la DPCA car il est possible de prescrire un grand volume de dialysat pendant la nuit. De plus, les différents paramètres de dialyse peuvent être programmés avec précision sur le cycleur : volume intrapéritonéal, durée et caractéristiques des différentes phases du cycle, durée de la séance nocturne... Ceci permettant une personnalisation optimale de la prescription.

5. Avantages et inconvénients des deux techniques de DP

La DPCA est une technique très simple à prescrire, facile à mettre en route, économique mais d'une efficacité limitée, car elle n'est utilisable sans inconvénient au long cours que chez le malade qui conserve une fonction rénale résiduelle. Ses possibilités de prescription sont réduites. Elle représente une excellente technique de dialyse de première intention, et une bonne technique de secours chez les patients en DPA.

La DPA est beaucoup plus efficace : la clairance instantanée de la créatinine peut être 4 à 5 fois supérieure à celle obtenue en DPCA. Une prescription optimale impose une démarche quelque peu différente de celle nécessaire pour la DPCA, avec l'utilisation d'outils (paramètres) physiques et physiologiques propres à chaque patient. Le traitement exclusivement nocturne pendant la phase de sommeil permet une liberté totale dans la journée. Par définition la DPA est réalisée par une machine (cycleur) qui peut être sujette à des défaillances techniques, et qui nécessite un degré minimal d'autonomie pour le patient, au moins pour résoudre les alarmes nocturnes.

B. Principe de la dialyse péritonéale

La dialyse péritonéale consiste à introduire (infuser) du liquide de dialyse (dialysat) dans la cavité péritonéale, à attendre que les échanges s'effectuent (stase) à travers la membrane péritonéale, puis à vidanger (drainer) le dialysat avant de recommencer le cycle.

Lors d'un cycle en dialyse péritonéale, le patient est libre de ses activités pendant la stase.

Les cycles (infusion-stase-drainage) se succèdent de façon généralement continue, mais il existe d'innombrables possibilités offertes par les progrès technologiques dans les domaines de la connectologie et de l'automatisation.

Ces possibilités permettent de choisir une stratégie de dialyse péritonéale précisément adaptée au patient, personnalisée en fonction de ses besoins d'épuration, de ses activités quotidiennes et saisonnières, et de ses impératifs socioprofessionnels.

Avec la DPCA, la journée est rythmée par 4 changements de poche, 20 minutes à chaque poche.
Avec la DPA, la journée est rythmée par un branchement au cycleur le soir, un débranchement le matin. La machine distribue automatiquement les cycles pendant le sommeil. Les possibilités d'optimisation des échanges sont nombreuses.

1. Le cathéter péritonéal

Le cathéter péritonéal est un cathéter permanent, pouvant rester en place de nombreuses années en l'absence de complication. Son implantation chirurgicale représente un geste primordial conditionnant la bonne conduite ultérieure de la dialyse péritonéale et les soins locaux doivent garantir sa pérennité. De nombreux types de cathéters se sont développés depuis la prescription originale par Tenckhoff en 1968.

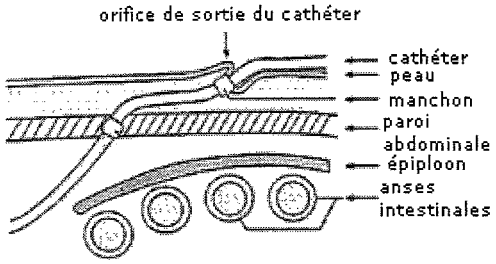
2. Structure du cathéter

Le modèle le plus couramment employé par les équipes françaises est actuellement un cathéter de silastic (silicone pur) d'une longueur de 30 cm, d'un diamètre extérieur de 5 mm et intérieur de 2,7 mm. Il est divisé en 3 segments par 2 manchons de Dacron (appelés « cuffs ») d'une longueur de 1 cm :

- le segment intrapéritonéal d'une longueur de 16 cm est perforé sur ses 7,5 derniers centimètres pour éviter l'obstruction du sommet du cathéter par les organes intrapéritonéaux, en raison d'une pression hydrostatique négative modérée lors du drainage. Les perforations latérales sont de forme conique d'un diamètre externe de 0,9 mm et interne de 0,5 mm, afin de prévenir l'aspiration épiploïque.

- Le segment moyen de 7 cm (ou segment sous-cutané) est situé entre les deux cuffs. Ce segment était rectiligne sur les premiers cathéters, mais l'unanimité s'est faite sur l'utilisation de cathéters préformés ou « col de cygne », la préformation étant réalisée au niveau du segment moyen. La courbure préformée de ce segment permet, lorsque le tunnel sous-cutané l'épouse parfaitement sans contrainte, de maintenir le segment intrapéritonéal en place.

- Le segment externe sort par l'émergence, et est adapté au prolongateur ou au bouchon par un connecteur le plus souvent en titane.



Les manchons en dacron ont deux rôles : ils permettent la fixation sous-cutanée du cathéter en favorisant la prolifération fibroblastique dans le dacron, et ils empêchent théoriquement la migration bactérienne le long du cathéter.

3. Position du cathéter

La situation, la forme, la taille et l'orientation de l'orifice de sortie cutané conditionnent en grande partie son aptitude ultérieure à s'infecter. L'utilisation d'une alène spécifique pour réaliser le tunnel sous-cutané permet de réaliser une émergence punctiforme adhérant étroitement au cathéter. Toute suture à ce niveau est impérativement proscrite lors de l'intervention en raison des risques d'infection mais aussi de nécrose sous-cutanée. L'orientation de l'émergence devra être en bas et en dehors : il est démontré que les infections de l'émergence sont significativement moins fréquentes avec cette orientation inférieure qu'avec une orientation supérieure ou latérale.

Il n'y a pas de consensus concernant les protocoles des soins d'émergence à domicile (fréquence des soins, nature de l'antiseptique). Il est cependant recommandé d'éviter l'utilisation régulière d'agents au fort pouvoir oxydant (comme la polyvidone iodine ou l'hydrogène peroxyde) car ils sont cytotoxiques et peuvent altérer au long terme les plastifiants du cathéter. En revanche, les agents à base d'ammoniums quaternaires ou de chlorhexidine ont fait la preuve de leur efficacité et de leur innocuité.

C. Le généraliste au quotidien

Le suivi du patient insuffisant rénal chronique traité par dialyse péritonéale à domicile relève d'une prise en charge globale et multidisciplinaire, dans laquelle le médecin généraliste doit retrouver son rôle central :

- traitement des pathologies extra-néphrologiques intercurrentes aiguës
- suivi et traitement des pathologies associées
- vaccinations courantes
- information par le centre de dialyse des bilans sanguins et du suivi biologique

D. Le généraliste et l'incident

Sauf exception, lorsque l'hospitalisation d'un patient traité par dialyse péritonéale est nécessaire (hospitalisation pour incident, événement imprévu ou intervention programmée), cette hospitalisation ne peut se faire que dans un centre hospitalier doté d'un service de néphrologie pratiquant la dialyse péritonéale. En effet, les échanges doivent être réalisés par du personnel habitué à la technique, et d'autre part, le matériel de dialyse utilisé au domicile est mis à disposition par les associations de dialyse et doit rester au domicile du patient.
Heureusement, nombre d'incidents ne nécessitent pas l'hospitalisation, et une meilleure connaissance de ces incidents par le généraliste devrait permettre un diagnostic plus rapide pour mettre en route un traitement précoce.

1. Infection péritonéale ou « péritonite médicale »

Complication la plus courante de la dialyse péritonéale, sa fréquence en France est d'environ 1 épisode tous les 30 mois-patients.
L'étiologie est une contamination manuportée lors des changements de poche (voie intraluminale), digestive (épisodes de diarrhées) ou secondaire à une infection du tunnel du cathéter (voie extraluminale).
Elle est suspectée devant des douleurs abdominales diffuses, une altération de l'état général récente, une fièvre inexpliquée.

Classiquement, le diagnostic repose sur la présence de dialysat trouble, hypercellulaire avec plus de 100 cellules/mm3 dont au moins 50% de polynucléaires neutrophiles, ainsi que sur l'identification d'un germe à l'examen direct ou en culture.
Le traitement repose sur une antibiothérapie intrapéritonéale ou intraveineuse pendant une dizaine de jours. La péritonite médicale nécessite une hospitalisation.

Le médecin généraliste peut faire le diagnostic. Pour cela, il peut s'aider de bandelettes urinaires de détection des leucocytes-nitrites, assez fiables pour le dialysat péritonéal.
Les patients ont par ailleurs pour consigne de prévenir leur centre systématiquement en cas de poche trouble.

2. Infection de l'émergence et/ou du tunnel sous-cutané du cathéter

Complication banale, mais dont le diagnostic doit être précoce afin de mettre en route un traitement rapidement, sous peine d'aboutir au retrait du cathéter. En France, sa fréquence est d'environ 1 cas tous les 80 mois-patients.
L'étiologie est en-dehors d'une contamination précoce per-opératoire, une hygiène insuffisante, des micro-traumatismes du cathéter, le portage nasal de *Staphylococcus aureus*.
Le diagnostic est clinique, devant une inflammation du pourtour de l'émergence cutanée du cathéter ou bien un écoulement purulent par l'orifice du cathéter.
Le prélèvement sur écouvillon permet l'identification du germe, qui est un cocci gram positif dans la plupart des cas.
Le traitement associe soins locaux, antisepsie, antibiothérapie locale et générale, et dure en général de 3 à 6 semaines.
En cas d'infection par *Pseudomonas aeruginosa*, la guérison est impossible du fait du fort tropisme de ce germe pour le silicone. Dans ce cas, la dépose-repose du cathéter est de règle.

Le médecin généraliste peut faire le diagnostic, souvent de manière fortuite car l'infection au stade précoce ne constitue malheureusement pas un motif de consultation pour les patients. C'est pourtant à ce stade que le traitement doit être entrepris. L'éducation du patient a pour objectif de le sensibiliser sur ce point capital.
Le suivi à domicile permet d'apprécier l'évolution de l'infection en cours de traitement, en collaboration avec le néphrologue traitant.

3. Hyperhydratation, hypertension artérielle chez un dialysé

Les troubles de l'hydratation sont fréquents chez les dialysés. Prévenir ces troubles (hyperhydratation ou déshydratation) représente l'une des principales missions du néphrologue.

Cependant, le médecin généraliste peut avoir un rôle important en raison des caractéristiques particulières de la dialyse péritonéale :

- C'est un traitement réalisé à domicile, souvent éloigné du centre, avec un suivi spécialisé régulier mais espacé, parfois une visite au centre tous les mois ou tous les deux mois.
- C'est un traitement quotidien, continu, où les troubles de l'hydratation apparaissent progressivement.

L'étiologie d'une hyperhydratation peut être multifactorielle : excès de boissons, d'apport sodé, ultrafiltration insuffisante, réabsorption du dialysat, diminution de la diurèse.

L'ultrafiltration est définie par la différence entre volume quotidien de dialysat drainé, et volume quotidien de dialysat infusé. Elle doit être positive, c'est-à-dire que dans les conditions normales la dialyse péritonéale doit permettre une déplétion hydrique.

Le diagnostic repose sur l'apparition d'une hypertension artérielle, d'œdèmes des membres inférieurs en-dehors des causes iatrogènes, voire de signes d'œdème pulmonaire en voie de constitution.
Un dialysé a pour devoir de surveiller quotidiennement son poids, sa tension artérielle et son ultrafiltration. L'écart entre son poids réel et son poids de base, poids idéal fixé par le néphrologue, ne doit pas excéder 1,5 à 2 kg.

Le traitement vise à obtenir un bilan hydrosodé négatif : diminution des entrées et augmentation des sorties : restriction hydrique à 750 mL/jour et régime hyposodé. L'utilisation de solutés de dialyse péritonéale hypertoniques permet une ultrafiltration efficace. La prescription de diurétiques de l'anse à une posologie courante chez l'insuffisant rénal est nécessaire s'il existe une diurèse résiduelle.

Le médecin généraliste peut intervenir dans la prévention et le traitement des états d'hyperhydratation modérés non symptomatiques, ainsi que dans un suivi rapproché de l'évolution, dont la perte pondérale rapide sera le meilleur indicateur.
La sensibilisation du patient aux mesures hygiéno-diététiques par le médecin de famille aura sans doute plus d'impact que par le néphrologue.

4. Déshydratation, hypotension et asthénie chez un dialysé

La déshydratation survient souvent au décours d'un épisode de diarrhée aiguë, ou de vomissements incoercibles. Plus rarement à la suite d'une ultrafiltration excessive, sauf en cas d'utilisation inopportune de dialysat hypertonique.
Le diagnostic est clinique : altération de l'état général, hypotension orthostatique ou baisse de la tension artérielle récente. On observe une diminution du poids contemporaine de ces symptômes.
Le plus souvent, la déshydratation est aiguë. Il s'agit d'un événement inhabituel motivant la consultation.
Le traitement consiste en une réhydratation per os ou parentérale, suppression des solutions de dialyse péritonéale hypertoniques et à base de polymères de glucose, arrêt transitoire des antihypertenseurs et des diurétiques, traitement symptomatique de la cause.

Le médecin généraliste peut aisément faire le diagnostic de déshydratation, surtout dans un contexte de désordres digestifs, et corriger un état de déshydratation en voie de constitution par la mise en route précoce d'un traitement.
Un traitement symptomatique prescrit en cas de diarrhée aiguë préviendra également la survenue d'une péritonite à bacilles gram négatif d'origine digestive.

5. Insuffisance de dialyse

Les clairances péritonéales sont faibles en dialyse péritonéale, de l'ordre de 5 mL/mn pour la DPCA, et 15 mL/mn pour la DPA (clairance de la créatinine).
La dose d'épuration est habituellement calculée en utilisant des critères largement étudiés dans la littérature, faisant intervenir les clairances de l'urée et de la créatinine, et tenant compte de l'épuration assurée par la fonction rénale résiduelle même si elle est très faible. Habituellement la dose d'épuration est mesurée tous les 4 mois, car elle peut changer dans le temps selon la diminution de la fonction rénale résiduelle, la modification des performances péritonéales et la corpulence du patient. Dès lors, la stratégie de dialyse péritonéale doit être adaptée dans le but de fournir une épuration satisfaisante.

L'étiologie de l'insuffisance de dialyse est habituellement une diminution voire la perte de la fonction rénale résiduelle. Une stratégie de dialyse péritonéale inadaptée, une diminution des performances péritonéales, ou une augmentation de l'index de masse corporelle du patient peuvent également avoir pour conséquence une insuffisance de dialyse.
Le diagnostic est évoqué devant l'apparition progressive de symptômes de l'insuffisance rénale chronique terminale, principalement asthénie, anorexie, dénutrition.
Le traitement consiste en une augmentation de la dose de dialyse péritonéale par adaptation de la stratégie. Transfert en DPA ou en hémodialyse en cas d'épuration encore insuffisante.

Le médecin généraliste a un rôle dans le diagnostic précoce de sous-dialyse, surtout s'il a dans le passé, suivi le patient dans son parcours d'insuffisant rénal chronique pré-dialytique avec son cortège de symptômes évocateurs. La correction de ce trouble relève du médecin néphrologue.

6. Les troubles du sommeil

Ils sont fréquents chez le patient insuffisant rénal chronique, de la simple altération de la qualité du sommeil au syndrome d'apnées obstructives. Environ 30% des patients traités par dialyse péritonéale présentent des apnées du sommeil significatives.
L'étiologie des apnées du sommeil est souvent une diminution de la compliance diaphragmatique en raison d'un volume de dialysat intrapéritonéal trop important pendant la nuit. Par ailleurs le bruit de la machine en cas de DPA, peut perturber la qualité du sommeil.

Le traitement consiste à modifier la stratégie de dialyse péritonéale, avec notamment diminution du volume intrapéritonéal nocturne, ou encore changement d'un cycleur trop bruyant.

Le rôle du généraliste est diagnostique, les troubles du sommeil n'étant pas toujours détectés au cours des visites du patient au centre de dialyse en raison de la multitude et de l'importance des problèmes à résoudre.

7. Les incidents techniques

Ils relèvent du centre spécialisé et nécessitent souvent le déplacement du patient au centre. Ils peuvent être classés en deux catégories :

- incidents potentiellement dangereux : occasionnant une ouverture intempestive du système clos de dialyse péritonéale. Dans ce cas le rapatriement du patient vers le centre est de règle, afin de changer l'élément défectueux et de débuter si nécessaire une antibiothérapie intrapéritonéale prophylactique.
- Incidents techniques mineurs : pannes techniques sans autres conséquences médicales que l'impossibilité de poursuivre la dialyse péritonéale. Dans ces cas, le remplacement du matériel défectueux doit être assuré par le centre sans nécessairement y faire venir le patient.

E. La dialyse péritonéale en Lorraine

Depuis 2001, la prévalence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse en Lorraine ne cesse d'augmenter pour la majorité des tranches d'âge. L'âge moyen des patients IRCT pris en charge en Lorraine est en augmentation depuis 2001 : + 1 an en moyenne entre 2001 et 2005.

Il existe en Lorraine treize structures traitant l'IRCT :

- CHU Adultes, Nancy (54)
- CHU Enfants, Nancy (54)
- ALTIR Brabois, Nancy (54)
- Polyclinique de Gentilly, Nancy (54)
- Clinique Louis Pasteur, Essey-lès-Nancy (54)
- Association Hospitalière du Bassin de Longwy (54)
- Hôpital Bel-Air, Thionville (57)
- Hôpital Notre Dame de Bon Secours, Metz (57)
- Hôpital Saint André, Metz (57)
- Association Saint André, Metz (57)
- Hôpital de la Société de Secours Minière, Freyming-Merlebach (57)
- Hôpital Saint Nicolas, Verdun (55)
- Hôpital Splendid, Vittel (88)

Au 31 décembre 2005, 2101 patients IRCT sont pris en charge en Lorraine, dont 1090 en dialyse. 114 patients dialysés sont en dialyse péritonéale, soit 10,5 %.

En 2005, 327 patients ont débuté pour la première fois un traitement de suppléance rénale (dialyse ou greffe) dans la région Lorraine. 322 patients ont été dialysés, dont 39 en DP soit 12,2 %. 6 mois après le début du traitement, 264 patients sont toujours en dialyse dont 50 en DP soit 18,9 %.
En 2001 le taux de DP se situait alors à 14,7 % ; à 17,9% en 2002, à 13 % en 2003, à 15,5 % en 2004.

	Début d'un traitement de suppléance rénale	Patients dialysés	% en DP
2001	368	337	14,7
2002	352	325	17,9
2003	354	332	13
2004	337	329	15,5
2005	327	322	12,2

La proportion de nouveaux patients pris en charge en Lorraine en dialyse péritonéale est donc en diminution.

Il existe une brochure mise au point en 2003 par l'Association Lorraine pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (ALTIR), intitulée « la dialyse péritonéale à l'ALTIR », actuellement diffusée auprès des médecins généralistes qui suivent des patients de l'ALTIR en dialyse péritonéale. Cette brochure est envoyée aux médecins dès le début des séances.

II. ENQUETE : PROTOCOLE

A. Objectifs

Afin de réaliser notre étude, nous avons souhaité élaborer un questionnaire destiné à mener une enquête auprès de médecins généralistes suivant et ayant suivi des patients en dialyse péritonéale.

Cette enquête visait tout d'abord à mettre en avant leur implication dans le suivi du patient en dialyse péritonéale.

Etaient ainsi évaluées leur participation :

- au choix de la technique,
- à la planification du début des séances,
- au suivi régulier du patient.

L'enquête évaluait par ailleurs :

- leur connaissance de la technique,
- leur utilisation de la télémédecine,
- la qualité de vie de leurs patients,
- le degré de satisfaction du médecin généraliste, notamment quant à son rôle dans le suivi du patient ainsi que de ses échanges avec le néphrologue.

Ainsi, elle mettra en avant les aspects de la prise en charge des patients en dialyse péritonéale par le médecin généraliste susceptibles d'être améliorés.

B. Méthode

1. Echantillon

Un échantillon de 21 médecins généralistes de Lorraine a été sélectionné. 19 médecins ont répondu au questionnaire.

Ces médecins ont été choisis parmi les médecins généralistes répertoriés dans le fichier de l'ALTIR. Ce sont les médecins traitants des patients en DP.
Le choix de l'échantillon a été réalisé avec l'aide du Docteur Pierre-Yves Durand, médecin néphrologue à l'ALTIR.

2. Questionnaire

Ce questionnaire est téléphonique. Il comporte une vingtaine de questions, et dure environ dix minutes.

Il comprend trois parties :

- Pré-dialyse : choix de la technique
- Participation à la prise en charge des patients
- Evolution des patients, résultats

Une première version du questionnaire est élaborée avec M. le Pr FRIMAT, professeur de néphrologie. La lecture du questionnaire est soumise au Dr Francis RAPHAEL, maître de conférences ainsi qu'au Dr Jacques BIRGE, maître de stage, avant de parvenir à sa version définitive (cf. Annexes).

3. Organisation de l'enquête

L'enquête téléphonique auprès des 21 médecins généralistes de Lorraine a été conduite par l'auteur de la thèse, de janvier 2006 à avril 2007.

Nous choisissons un horaire d'appel préférentiel en début d'après-midi. Afin de nous présenter le plus précisément et de la façon la plus concise possible, nous élaborons au préalable un texte d'introduction :

« Je m'appelle Benoît CHAUDRE, je suis interne de médecine générale. Je réalise actuellement ma thèse sur la prise en charge du patient en dialyse péritonéale par le médecin généraliste. Je fais une enquête téléphonique d'exploitation anonyme auprès de médecins généralistes de Lorraine.

J'ai obtenu vos coordonnées par l'ALTIR lors de mon entretien avec le Professeur Frimat qui est mon président de thèse.

Accepteriez-vous de me consacrer 5 à 10 minutes pour un questionnaire d'une vingtaine de questions dont certaines sont à réponse courte, en 3 parties, qui sont : le choix de la technique, la prise en charge du patient et l'évolution des patients, maintenant ou lorsque vous serez disponible ? »

Nous employons le terme d' « interne de médecine générale » à la place de « résident », uniquement afin d'en faciliter la compréhension.

Nous nous présentons à notre interlocuteur téléphonique par ce texte d'introduction, dès la communication établie.

Lorsque l'interlocuteur est le médecin généraliste lui-même, il nous indique sa disponibilité pour répondre au questionnaire et ce, dans la plupart des cas lors d'un rendez-vous téléphonique ultérieur dont nous convenons ensemble de l'horaire et le cas échéant, du jour.
En effet, dans la plupart des cas son emploi du temps ne lui laisse pas le temps de répondre immédiatement au questionnaire.

Le rendez-vous ultérieur est fixé le jour même, parfois le lendemain ou plusieurs jours après. Je rappelle à l'horaire indiqué : le médecin est alors disponible. Dans le cas où il ne l'est pas, nous convenons alors d'un nouveau rendez-vous téléphonique.

Lorsque la communication est prise par une secrétaire, celle-ci nous met en communication avec le médecin, ou bien nous indique après s'être entretenue avec lui, un horaire où il sera disponible pour répondre au questionnaire.

Lors du déroulement du questionnaire, nous énonçons clairement les questions ainsi que les choix multiples le cas échéant.
Si la question n'est pas comprise à la première écoute, nous la reformulons différemment en prenant garde à n'en pas changer le sens.

Nous utilisons un exemplaire papier du questionnaire pour chaque interview, et y écrivons les réponses de notre interlocuteur au fur et à mesure du déroulement du questionnaire.

A la fin du questionnaire, nous remercions le médecin interrogé de sa précieuse collaboration.

Après avoir raccroché, nous relisons les réponses données, ajoutons quelques éventuelles précisions et éléments de réponses donnés par le médecin, éléments que nous n'avions entièrement noté durant l'interview afin d'écourter sa durée.

Nous rédigeons sur chaque questionnaire terminé un résumé de notre ressenti de l'entretien, concernant l'implication du médecin dans le suivi de ses patients en dialyse péritonéale, son intérêt pour la technique, ou encore ses éventuelles remarques concernant la prise en charge.

Une fois l'enquête terminée, nous procédons au dépouillement des réponses et élaborons une synthèse des résultats.

4. Limites et avantages de l'enquête

Les médecins sélectionnés pour répondre au questionnaire de l'enquête sont des généralistes inscrits dans le fichier de l'ALTIR : du fait qu'ils suivent, ou ont suivi au moins un patient en dialyse péritonéale, ils sont déjà familiarisés avec la technique.

L'enquête se déroule en vue de la réalisation d'une thèse de médecine générale. On peut donc penser qu'en raison de l'intérêt pour le sujet de l'entretien ou encore du cursus commun avec l'appelant, les médecins généralistes interrogés sont plus enclins à y participer que pour un autre type d'enquête ou de sondage.

L'inconvénient est que l'enquêteur peut laisser transparaître sa propre opinion au cours de la réalisation de l'enquête, notamment sur l'efficacité de la dialyse péritonéale ou de la collaboration avec le néphrologue, et risque ainsi d'orienter les réponses.

En revanche, l'enquête téléphonique offre l'avantage d'un meilleur taux de participation. Car grâce au contact verbal en temps réel avec l'interlocuteur, il est plus facile d'obtenir directement une réponse au questionnaire ou un rendez-vous téléphonique ultérieur, que dans le cas d'une enquête diffusée par courrier postal ou électronique qui sera plus volontiers remise à plus tard, puis oubliée par son destinataire.
En outre, en raison du nombre restreint de médecins sélectionnés pour l'enquête, il est préférable d'opter pour la méthode assurant le meilleur taux de retour.

III. ENQUETE : RESULTATS

A. Expérience de l'enquête

Pendant la réalisation de l'enquête téléphonique auprès des médecins généralistes, nous avons été confrontés à plusieurs types de situations : les unes tenant à la disponibilité relative de nos interlocuteurs, les autres, plus subjectives, tenant à leur comportement, leurs réactions parfois négatives, leur enthousiasme ou leur soutien.

1. Disponibilité des médecins

La plupart du temps, la communication était prise par une secrétaire à qui nous exposions la raison de notre appel, et nous parvenions facilement à parler au médecin lorsqu'il était présent au cabinet.

Dans la majorité des cas, il lui était cependant impossible de répondre immédiatement au questionnaire car ses consultations en cours ne lui en laissaient pas le temps. Il nous proposait alors de le rappeler à une heure qui lui convenait, parfois le lendemain ou plusieurs jours après.

Un seul médecin a accepté de répondre au questionnaire lors de notre premier appel.

Deux médecins ont spontanément proposé de nous rappeler lorsqu'ils seraient disponibles, dans l'un des deux cas le médecin a rappelé quelques heures plus tard, dans l'autre nous avons renouvelé notre appel plusieurs jours après, et il était alors disponible pour répondre au questionnaire.

Deux médecins n'ont pas souhaité répondre au questionnaire. L'un n'en voyait pas l'utilité, du fait qu'il n'avait suivi qu'une seule patiente en dialyse péritonéale à l'occasion de deux consultations seulement. Nous n'avons pu nous entretenir directement avec le second médecin, l'information nous a été donnée par sa secrétaire.

2. Réactions et ressentis au premier contact

Lorsque nous exposions aux médecins les raisons de notre appel et la nature du questionnaire détaillés dans le texte d'introduction téléphonique (cf. protocole de l'enquête), nous expérimentions des réactions et des ressentis variés de leur part, cela du fait de la nature de notre travail et de leur sollicitation de notre part pour répondre au questionnaire.

Certains médecins semblaient réticents à répondre au questionnaire, en évoquant le fait que malgré l'existence de leur suivi, régulier ou non, d'un patient en dialyse péritonéale, ils n'étaient pas des spécialistes en la matière. Dans tous les cas, ils ont correctement répondu au questionnaire après nous avoir proposé un rendez-vous téléphonique ultérieur.

D'autres interlocuteurs nous ont spontanément témoigné leur intérêt pour le sujet, et nous ont proposé un rendez-vous téléphonique ultérieur avec pour raison principale la possibilité de répondre aux questions alors qu'ils étaient « au calme », ce qui pour nous constituait une marque indéniable d'intérêt.

Nous avons ressenti dans quelques cas une réaction d'impatience, l'argument étant que leurs consultations étaient chargées et qu'ils n'étaient pas facilement disponibles, parfois sur le ton de l'évidence. Après réflexion et quelque hésitation, ils nous proposaient alors un rendez-vous téléphonique ultérieur.

Dans de rares cas, la réaction fut l'étonnement à l'annonce de la nature du questionnaire. Les médecins évoquaient alors leur doute quant à l'utilité de leurs réponses, du fait qu'ils estimaient suivre un nombre trop restreint de patients en dialyse péritonéale parmi leur clientèle.

Lors de ces premiers contacts, nous avons de ce fait souvent ressenti que notre sollicitation était considérée comme une intrusion ou une gêne dans leur travail, soit parce qu'ils étaient par ailleurs très occupés par leur activité de consultation, et nous avions alors l'impression de les déranger, soit parce qu'ils manifestaient de l'étonnement ou de l'hésitation, soit parce qu'ils refusaient de se soumettre au questionnaire, réactions qui nous évoquaient un manque d'intérêt ou une appréhension face à la dialyse péritonéale.

Dans ce dernier cas, nous nous demandions si notre sollicitation n'était pas vécue, à tort bien entendu, comme un test de leurs connaissances en la matière. Nous évoquions alors à nouveau le caractère anonyme de l'exploitation des réponses.

De la même façon, lorsque notre interlocuteur nous signifiait ses doutes quant à l'utilité de ses réponses du fait d'un nombre de patients en dialyse péritonéale qu'il estimait comme restreint dans sa clientèle, nous lui confirmions que son témoignage était important, cela quel que soit le nombre de patients suivis.

Nous avons été mis en confiance immédiatement par certains interlocuteurs, ceux qui nous témoignaient leur intérêt pour le sujet, ou encore leur enthousiasme de par leur attitude encourageante et bienveillante.

3. Réactions et ressentis durant les interviews

La plupart des médecins ont répondu sincèrement et consciencieusement à toutes les questions, lorsque celles-ci s'appliquaient à leur situation (cf. questions 5 à 8).
Parfois, ils commentaient spontanément leur choix de réponse à échelle numérique, ou encore précisaient une réponse à une question précédemment posée.

Ces attitudes nous mettaient d'autant plus à l'aise que nous ressentions l'intérêt suscité par le questionnaire, parfois indépendamment de notre impression au premier contact.

D'autres interlocuteurs ont répondu de manière succincte au questionnaire, en particulier aux questions à réponse ouverte. Leur réponse se développait alors dans certains cas si nous reformulions la question.

Nous adoptions parfois spontanément cette reformulation pour les questionnaires suivants lorsque nous estimions que la compréhension de la question en était facilitée.

Exemples (modifications en italique par rapport à l'intitulé originel : cf. Annexes) :
« Dans votre pratique, en quoi consiste ce suivi ? *Vos patients étaient-ils autonomes ou avaient-ils recours à une infirmière à domicile ?* »

Les médecins nous précisaient alors le nombre de leurs patients dans chacune des deux situations le cas échéant, et répondaient à la question en conséquence.

« Sauriez-vous définir *a priori* votre rôle dans le suivi du patient en dialyse péritonéale ? »
Cette question renvoie effectivement à une réponse basée sur une estimation théorique, le terme « a priori » nous a donc semblé faciliter la compréhension de la question.

La dernière question « avez-vous des suggestions ou des remarques à formuler ? » n'a souvent pas obtenu réponse, car les médecins interrogés estimaient l'avoir déjà donnée dans la question précédente « pensez-vous a posteriori, que des aspects de la prise en charge puissent être améliorés ? ».

Une fois l'interview terminée, nous remerciions chaleureusement le médecin de nous avoir accordé un peu de son temps. La plupart des médecins nous ont cordialement souhaité une bonne continuation. L'un des médecins interrogés nous a demandé de lui faire parvenir un exemplaire de la thèse.

Après avoir raccroché, nous constations parfois que le questionnaire avait duré environ un quart d'heure au lieu des dix minutes citées dans le texte d'introduction. Aucun médecin ne nous a fait cette remarque durant l'interview ou une fois celle-ci terminée.

B. Résultats de l'enquête

Voici les résultats de l'enquête menée auprès des 19 médecins ayant accepté de répondre au questionnaire téléphonique.

1) Selon notre fichier, vous suivez ou avez suivi un patient en DP.
   Combien de patients en DP avez-vous (suivi) depuis 5 ans ?

7 ont répondu « 1 patient »

10 ont répondu « 2 patients »

2 ont répondu « 3 patients »

Combien de patients en DP avez-vous actuellement ?

10 ont répondu « 0 patient »

7 ont répondu « 1 patient »

2 ont répondu « 2 patients »

PRE DIALYSE : CHOIX HEMODIALYSE / DIALYSE PERITONEALE

2) Connaissez-vous les principes de la technique de dialyse péritonéale ?
   Donnez un chiffre de 0 à 3.
   (0 : je ne connais pas du tout, à 3 : je connais très bien)

0 ont répondu « 0 »

8 ont répondu « 1 »

9 ont répondu « 2 »

2 ont répondu « 3 »

3) Pour votre patient insuffisant rénal chronique, notamment par rapport à l'hémodialyse, pensez-vous que la dialyse péritonéale soit une technique efficace au long cours ?
Donnez un chiffre de 0 à 3, ou « je ne sais pas ».
(0 : inefficace au long cours, à 3 : très efficace au long cours)

0 ont répondu « 0 »

3 ont répondu « 1 »

8 ont répondu « 2 »

8 ont répondu « 3 »

4) A votre avis, quelle technique de dialyse offre au patient la plus grande autonomie ?

- **16 ont répondu « DP »**
- **2 ont répondu « Hémodialyse »**
- **1 a répondu « ne sait pas »**

5) Avez-vous participé, aux côtés du néphrologue, au choix de la technique de dialyse par vos patients ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : j'ai participé en première ligne)

17 ont répondu « 0 »

2 ont répondu « 1 »

0 ont répondu « 2 »

0 ont répondu « 3 »

6) Avec le recul, comment décrivez-vous votre rôle dans le choix de la technique par le patient ? (Décision partagée ?)

14 n'ont eu aucun rôle dans le choix de la technique

- Je l'ai informé objectivement ; puis je l'ai laissé choisir la technique. (*Objectif et neutre*) : **3 réponses**
- Je l'ai informé ; mais j'ai orienté son choix. (*Subjectif et partisan*) : **2 réponses**
- Il n'a pas insisté pour que je l'aide à choisir. (*Non significatif*) : **0 réponse**
- Il aurait souhaité que je l'aide plus à choisir. (*Insuffisant*) : **0 réponse**

Remarque : l'intérêt de cette question devient limité compte tenu des réponses à la question précédente.

7) Pour le choix de la technique, avec le recul, êtes-vous satisfaits de votre collaboration avec le néphrologue ?

9 sont sans opinion

7 ont donné une réponse affirmative

3 ont donné une réponse négative

Remarque : la satisfaction des médecins interrogés se rapporte dans la plupart des cas, à l'absence de collaboration avec le néphrologue. Les médecins qui ont répondu être satisfaits de leur collaboration expriment par conséquent être satisfaits de n'avoir eu aucun échange avec le néphrologue pour le choix de la technique.

8) Avez-vous en concertation avec le néphrologue, participé à la planification du démarrage des séances de dialyse ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : pas du tout, à 3 : j'ai participé en première ligne)

18 ont répondu « 0 »

0 ont répondu « 1 »

1 a répondu « 2 »

0 ont répondu « 3 »

PARTICIPATION A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

9) Sauriez-vous définir votre rôle dans le suivi du patient en DP ?

17 réponses affirmatives

2 réponses négatives

Les réponses affirmatives :

6 réponses sans précision

4 réponses : surveillance clinique en première ligne des échanges et des points d'appel

4 réponses : rôle minime ou nul

3 réponses : rôle de médecin généraliste/même rôle qu'avant la dialyse/hors néphrologie

10) Dans votre pratique, quel rôle jouez-vous dans le suivi de vos patients en DP ?

7 réponses : rôle de suivi sur le plan exclusif de la médecine générale

5 réponses : rôle de surveillance simple sur le plan néphrologique

4 réponses : un rôle peu important ou nul

3 réponses : rôle quand survenue de complications de la DP ou pathologies intercurrentes

Remarque : nous n'avons retenu pour cette synthèse que l'idée générale des réponses données, du fait que certaines sont souvent intriquées.

11) Pensez-vous que le suivi de vos patients actuellement en dialyse péritonéale est du ressort de votre spécialité de médecin généraliste, en collaboration avec les médecins néphrologues ? Pourquoi ?

- **4 ont répondu « Le suivi du patient en dialyse péritonéale est du ressort exclusif du néphrologue »**
- **<u>11 ont répondu « Le suivi du patient en dialyse péritonéale est également de mon ressort »</u>**
- **4 ont répondu « Ma spécialité me place dans une position privilégiée pour assurer ce suivi »**

12) Dans votre pratique, en quoi consiste ce suivi ? Dans le cas de patients autonomes, ainsi que dans le cas de patients avec infirmière à domicile.

- Actes - prescriptions
  - **<u>11 réponses négatives : pas de prescription relative à la DP</u>**
  - **8 réponses affirmatives**
    - **5 réponses : examens biologiques**
    - **1 réponse : peu de prescriptions**
    - **1 réponse : prescription de matériel relatif à la DP**
    - **1 réponse affirmative sans précision**

- Courriers
  - **<u>9 réponses affirmatives, sans précision</u>**
  - **7 réponses : courriers fréquents**
  - **3 réponses : courriers trop peu fréquents ; obsolètes quand reçus**

- fréquence des consultations
  - **<u>8 réponses : 1 fois par mois</u>**
  - **7 réponses : irrégulière ou trop faible**
  - **3 réponses : 1 à 2 fois par mois**
  - **1 réponse : 1 fois tous les deux mois**

- motif des consultations
  - **11 réponses : médecine générale, suivi du traitement**
  - **5 réponses : pathologiques intercurrentes, complications de la DP**
  - **2 réponses : uniquement en « roue de secours »**
  - **1 réponse : relatifs à la dialyse péritonéale**

13) Utilisez-vous la télémédecine pour vos patients en dialyse péritonéale ?

7 réponses affirmatives

9 réponses négatives

3 utilisent rarement la télémédecine

Contribue-t-elle à l'amélioration du suivi ?

9 réponses affirmatives

5 réponses négatives

5 ne peuvent répondre

14) Prenez-vous en charge vos patients en DP pour d'autres pathologies ? Pouvez-vous citer quelques-unes de ces pathologies associées ?

Réponses fréquentes : hypertension artérielle, diabète, patients coronariens, néoplasies

1 réponse : problèmes occasionnels seulement

1 réponse : aucun autre problème de santé

15) Votre parcours universitaire vous a-t-il permis de connaître la DP, de façon adaptée à votre activité ambulatoire ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : pas du tout, à 3 : de façon très adaptée)

12 ont répondu « 0 »

5 ont répondu « 1 »

2 ont répondu « 2 »

0 ont répondu « 3 »

16) Votre formation médicale continue vous a-t-elle permis de connaître la DP, de façon adaptée à votre activité ambulatoire ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : pas du tout, à 3 : de façon très adaptée)

15 ont répondu « 0 »

2 ont répondu « 1 »

2 ont répondu « 2 »

0 ont répondu « 3 »

17) Vous estimez-vous suffisamment formé pour assurer le suivi de patients en DP ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : pas du tout, à 3 : très bien)

4 ont répondu « 0 »

7 ont répondu « 1 »

8 ont répondu « 2 »

0 ont répondu « 3 »

18) Sauriez-vous vers quelle structure vous tourner pour vous informer sur la technique de dialyse péritonéale, ou pour trouver d'autres informations en rapport avec la dialyse péritonéale ? L'avez-vous déjà fait ?

14 réponses affirmatives

5 réponses négatives

Si oui, quel(s) organisme(s) avez-vous contacté ?

10 réponses : service de néphrologie du CHU de Nancy

5 réponses : ALTIR

2 réponses : internet/Diatelic

1 réponse : hôpital périphérique

Remarque : certaines de ces réponses ont été données malgré une réponse négative à la première partie de la question.

19) Etes-vous satisfait de la coordination actuelle entre médecin généraliste et néphrologue pour le suivi de vos patients en DP ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : pas du tout, à 3 : très satisfait)

2 ont répondu « 0 »

4 ont répondu « 1 »

7 ont répondu « 2 »

6 on répondu « 3 »

Pourquoi ?

7 répondent n'avoir aucune doléance

3 évoquent la mauvaise qualité des échanges avec le néphrologue

3 évoquent le fait qu'ils aient perdu leur patient de vue, sont mis à l'écart depuis son passage en DP

2 évoquent une mauvaise triangulation avec l'IDE à domicile

1 répond que son rôle est adapté à la médecine générale

1 répond que Diatelic contribue à la bonne coordination

1 aimerait être plus impliqué dans le suivi du patient en DP

1 n'a pas pu répondre

EVOLUTION DES PATIENTS, RESULTATS

20) Que pensez-vous de la qualité de vie de vos patients en DP ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.

(0 : mauvaise, à 3 : excellente)

0 ont répondu « 0 »

5 ont répondu « 1 »

11 ont répondu « 2 »

3 ont répondu « 3 »

21) Selon vous, comment êtes-vous considéré par vos patients en dialyse péritonéale, par rapport notamment au médecin néphrologue ?

- **0 ont répondu « comme l'acteur principal de leur suivi sur le plan néphrologique »**
- **9 ont répondu « comme le médecin de première intention, mais toujours complémentaire du néphrologue »**
- **9 ont répondu « comme un médecin indépendant de leur prise en charge néphrologique »**
- **1 ne sait pas**

22) Pensez-vous a posteriori, que des aspects de la prise en charge puissent être améliorés ?

14 réponses affirmatives

5 réponses négatives

Parmi les réponses affirmatives :

Former les médecins sur l'ensemble de la prise en charge du patient en DP

Plus de communication

Plus de concertations

Plus d'interactions

Voir plus souvent le patient

Formation régulière sur Diatelic

Le néphrologue doit définir le rôle de chaque acteur

Mieux intégrer le médecin généraliste à la prise en charge du patient en DP

Réunions pratiques une fois tous les 1 à 2 ans pour mises au point sur les nouveautés

Rencontre avec un coordinateur initialement au moins une fois, en présence du patient

Proposer un fascicule : informations de base sur la DP

Proposer formation à chaque nouveau patient en DP

23) Avez-vous des suggestions ou des remarques à formuler ?

11 n'ont pas pu répondre

Les réponses :

« Tout fonctionne bien »

« Peu d'expérience, serait pour une formation »

« La DP n'est pas notre pathologie »

« Plus de communication »

« De meilleurs délais de rendez-vous avec les néphrologues »

« Petite expérience mais positive »

« Je n'ai pas compris Diatelic »

« Diatelic ne remplace pas le contact »

« On ne perd pas le patient sur le plan de la médecine générale »

C. Synthèse

Les résultats de l'enquête permettent de dégager plusieurs idées générales. Nous reprendrons dans ce chapitre l'organisation en trois parties du questionnaire.

1ère partie : Pré dialyse : choix de la technique

Les médecins généralistes prennent en charge un nombre restreint de patients en dialyse péritonéale, compte tenu par ailleurs du faible nombre de patients en DP.

Les médecins généralistes connaissent la technique de dialyse péritonéale et reconnaissent son efficacité, ainsi que l'autonomie qu'elle donne au patient.

Les MG ont un rôle mineur voire inexistant autant dans le choix de la technique que dans la planification du démarrage des séances, n'ont pas d'échange avec le néphrologue lors de ces étapes.

2ème partie : participation à la prise en charge des patients

Les médecins généralistes savent a priori se placer, définir leur rôle dans le système de prise en charge du patient en dialyse péritonéale.
Dans leur pratique quotidienne, les médecins généralistes ont un rôle qu'ils définissent comme peu important dans le suivi du patient en DP.

Les MG utilisent la télémédecine par Diatelic uniquement s'ils sont déjà informatisés. Dans ce cas ils en ont une utilisation régulière, en sont satisfaits et considèrent que cela contribue à l'amélioration du suivi.
Dans les autres cas, la non utilisation de la télémédecine se rapporte à un refus d'informatisation ou un manque de temps.

Les MG sont globalement satisfaits de leurs échanges avec les néphrologues et de leur disponibilité.

Les médecins généralistes, s'ils savent vers quelle structure se tourner en cas de demande d'information, ne s'estiment pas toujours suffisamment formés et informés sur la technique de DP. Ils aimeraient pouvoir bénéficier d'informations systématiques de base sur la technique et le cas échéant de mise à jour des connaissances, notamment lorsqu'un de leurs patients entre en DP.

3ème partie : évolution des patients, résultats

Les MG estiment globalement que leurs patients en DP ont une bonne qualité de vie, compte tenu de leur qualité de vie préalable à l'entrée en DP. Ils estiment être considérés par leurs patients en dialyse péritonéale comme un médecin de première intention, parfois indépendant de toute prise en charge néphrologique.

Les MG pensent que des aspects de la prise en charge peuvent être améliorés, notamment la reconnaissance dans le système de l'existence, l'importance de leur rôle dans le suivi du patient, les interactions avec l'IDE de dialyse, améliorer la régularité de la fréquence de leurs consultations avec le patient, ainsi que des échanges de courrier avec le néphrologue.

IV. DISCUSSION : PRINCIPAUX ENSEIGNEMENTS

Une majorité de médecins généralistes interrogés au cours de l'enquête a répondu qu'il existait des aspects de la prise en charge du patient en dialyse péritonéale susceptibles d'être améliorés.

La synthèse des résultats de l'enquête nous amène à faire ressortir les principaux enseignements de cette étude, et par là même envisager des mesures qui pourront améliorer la prise en charge.

Nous organiserons ces enseignements en trois parties.

A. Implication du médecin généraliste dès le début de la prise en charge

L'enquête confirme tout d'abord que les médecins interrogés suivent, ou on tous suivi au moins un patient en DP au cours des cinq dernières années. L'un des médecins contactés n'a cependant pas souhaité participer, parce qu'il n'avait vu qu'une seule patiente en DP à l'occasion de deux consultations.(cf. III.A.1)

Lors de l'enquête, la majorité des médecins généralistes interrogés a répondu aux questions 5 à 8, ne pas avoir participé au choix de la technique de dialyse des patients, et ne pas avoir eu d'échange avec le néphrologue. Ils n'ont pas non plus participé à la planification du démarrage des séances.

Or, ces médecins interrogés disent être satisfaits du déroulement de cette phase de pré dialyse durant laquelle ils n'ont pourtant eu aucun rôle : le choix de la technique puis le démarrage des séances étaient planifiés par le néphrologue, puis le suivi du patient dialysé était repris secondairement par le médecin généraliste. Dans d'autres cas, le patient était déjà en DP lorsque le médecin généraliste le prenait en charge pour la première fois.

Le médecin généraliste tend donc à laisser la décision au néphrologue et respecte cet état de fait.

Peut-on penser ici à une volonté des médecins traitants de ne pas interférer avec la spécialité du néphrologue, ou au moins à une satisfaction du fait que le néphrologue prenne intégralement en charge la phase de pré-dialyse ? Le médecin généraliste considère-t-il ne pas avoir de rôle lors de cette étape ? Ou encore, est-ce du fait d'un manque de maîtrise ou de connaissance de la technique de dialyse péritonéale ?

L'enquête montre cependant que les médecins interrogés estiment connaître la technique de dialyse péritonéale (question 2).
On peut rapporter cela au fait que le médecin traitant est familiarisé avec la technique parce qu'il suit des patients en DP, d'autant plus que l'enquête nous montre également par la suite, nous le verrons, que les médecins généralistes se forment eux-mêmes sur la technique.

Les médecins généralistes répondent majoritairement à la question 3 que la DP est, par rapport à l'hémodialyse, une technique efficace au long cours.
Ils répondent à la question 4 que la DP est la technique qui offre au patient la plus grande autonomie.
Ils répondent à la question 20 que la qualité de vie de leurs patients en DP est bonne.

Une étude comparative de la DP et de l'HD dans le traitement de l'insuffisance rénale terminale a été menée par S. Alloatti et collaborateurs. L'existence d'une fonction rénale résiduelle donne à la dialyse péritonéale un avantage, tout au moins la place-t-elle au même niveau que l'hémodialyse. On obtient notamment une meilleure qualité de vie des patients dans le cas de la DP que dans le cas de l'HD.
Cette étude a conclu que les centres de dialyse devraient établir un programme intégrant DP et HD comme méthodes complémentaires et non en concurrence.[5]

Pour R. Gokal, depuis les 25 dernières années, les résultats de la DP se sont améliorés et sont aujourd'hui équivalents voire meilleurs que ceux de l'HD en terme de survie des patients.[4]

L. Frimat et collaborateurs montrent dans Peritoneal Dialysis International qu'en Lorraine, les patients en insuffisance rénale terminale qui ont bénéficié en première intention de la DP comme méthode de suppléance rénale n'ont pas eu d'augmentation du taux de mortalité ni du taux d'hospitalisation.[6] Il est montré également dans Néphrologie 2004 que la qualité de vie des patients en DP est meilleure durant la première année de dialyse que dans le cas de l'hémodialyse.[7]
Ces études corroborent ces résultats de notre enquête. Les médecins généralistes ont une image positive de la DP, et cela à juste titre.
Il est donc d'autant plus naturel de leur confier un rôle conséquent dans le choix de la technique de dialyse de leur patient.

Il paraît également important d'inclure le médecin généraliste à la prise en charge du patient, dès le début des séances de dialyse péritonéale et au cours d'un suivi régulier.

Les travaux de DM Breckenridge sur la perception des patients de pourquoi, comment et par qui la technique était choisie, montrent que la prise de décision repose sur d'une part, le choix personnel du patient ou de ses proches, d'autre part sur les conditions physiques, physiologiques et pratiques.[8]

Une étude visant à examiner les influences et facteurs spécifiques identifiés par les patients comme déterminants dans le choix d'une technique de dialyse pour le traitement de l'insuffisance rénale terminale a été menée par Diane B. Wuerth et collaborateurs.
Cette étude montre que les patients en dialyse péritonéale ont tous eu le choix de la technique, contrairement aux patients en hémodialyse. En outre, les trois raisons les plus fréquemment mises en avant en faveur d'un choix de la dialyse péritonéale sont :

- la flexibilité de l'organisation des échanges dans le temps,
- l'avantage pratique de pouvoir réaliser la technique au domicile,
- l'avantage de pouvoir réaliser la technique la nuit durant le sommeil.

Enfin, 83% des patients interrogés toutes techniques de dialyse confondues, estiment que l'avis de leur médecin est important pour les guider dans leur choix.[9]

Ce résultat est en faveur d'un rôle important du médecin généraliste dans le choix de la technique.

L'étude de l'effet des contre-indications et des préférences des patients dans le choix de la technique de dialyse menée par KJ Jager et collaborateurs a montré que l'âge avancé était associé à plus de contre-indications à la DP et une plus grande préférence pour l'HD. L'étude suggère qu'une meilleure prise en charge en pré-dialyse combinée à la diminution des contraintes sociales, peut être associée à une préférence pour la DP.[10]

HR Rubin et collaborateurs ont étudié les appréciations des patients dialysés par chacune des deux techniques. Ils observent une meilleure satisfaction des patients en dialyse péritonéale que ceux bénéficiant d'une hémodialyse, et concluent que les médecins devraient donner plus d'information aux patients concernant la technique de DP.[11]

Ces résultats sont tous également en faveur de l'importance capitale du rôle du médecin lors de l'étape de pré dialyse, et particulièrement si, comme le montre notre enquête, il a une image positive de la DP.

Ce rôle est crucial et le médecin généraliste est donc l'acteur désigné pour le remplir. En effet, de par sa situation de proximité, sa disponibilité et la relation parfois de longue date qu'il a avec son patient, le médecin généraliste possède une situation privilégiée pour lui exposer les différentes techniques de dialyse, et évoquer lorsque l'état et l'autonomie du patient le permettent, l'éventualité du passage en dialyse péritonéale. En outre, il est à même de répondre à ses interrogations et à ses craintes, l'écouter, le rassurer.

Même si le médecin généraliste reconnaît la nécessité d'un avis néphrologique pour le choix de la technique, son implication et son intégration précoces dans la prise en charge permettront, de par une amélioration de l'interactivité entre les différents intervenants ainsi qu'une éventuelle mise à niveau des connaissances, un regain d'intérêt supplémentaire pour lui.

Le rôle du médecin généraliste apparaît donc ici comme déterminant dans la phase de pré-dialyse, l'information du patient en vue du choix de la DP comme technique de dialyse.

I. Gasquet souligne que *« la relation médecin-malade est un élément central de l' « art de la médecine » dans la mesure où il est nécessaire que le patient participe activement à toutes les étapes de sa prise en charge. »* [12]

JA Diaz-Buxo souligne également que le choix de la technique de dialyse devrait être basé sur le choix du patient et sur les données médicales. Tous les patients devraient ainsi recevoir des informations explicites sur les différentes modalités y compris la transplantation, dans le cadre de la phase de pré-dialyse, et devraient participer activement au choix de la technique.[13]

Cette phase de pré-dialyse où le médecin traitant joue un rôle primordial permet également d'impliquer le patient dans un choix déterminant pour les mois et années à venir. Ainsi le patient est également acteur de cette phase et s'investit davantage.

Si cette aide au choix n'a pu être donnée par le médecin généraliste, un entretien, de visu ou au moins téléphonique entre médecins néphrologue et généraliste est souhaitable au moment du choix de la technique. L'avis du médecin traitant, notamment quant aux conditions de vie du patient et son autonomie habituelle, sera pris en compte pour une éventuelle aide au choix de la technique par le néphrologue.

A cette occasion, le néphrologue proposera une information sur la technique ainsi que sur le déroulement du suivi, ainsi que si possible une formation régulière.

Cette information peut avoir lieu durant une réunion ultérieure à court terme entre les différents intervenants, si possible au domicile du patient.
Ces intervenants seraient d'une part le médecin traitant, d'autre part le néphrologue suivant le patient ou un coordinateur de dialyse délégué par le néphrologue, ainsi qu'une infirmière de dialyse à domicile.
Les différents rôles de chaque intervenant seraient alors exposés par le néphrologue ou le coordinateur, en particulier quelques principes d'interaction entre eux. Notamment, en cas de problème ou en cas d'urgence, l'IDE contacterait en premier lieu le médecin généraliste. Le néphrologue serait contacté par ce dernier en cas d'indication d'un avis spécialisé.

La triangulation des soins impliquerait donc directement le médecin généraliste.

L'enquête nous a montré que plusieurs médecins souhaitaient une information systématique initiale, lors du passage de leurs patients en dialyse péritonéale ou lorsqu'ils débutent le suivi d'un patient déjà en dialyse péritonéale.

Or, nous avons vu dans le premier chapitre qu'il existe une brochure intitulée « la Dialyse Péritonéale à l'ALTIR », qui est actuellement envoyée aux médecins généralistes qui suivent des patients de l'ALTIR en dialyse péritonéale, au début des séances.

Cependant, aucun médecin n'a fait mention de cette brochure au cours de l'enquête. L'un des médecins interrogés a notamment répondu à la question 22 qu'un fascicule d'informations sur la DP serait utile.

Il apparaît donc que la diffusion de cette information est inefficace. Une information sur support papier seul, n'est pas le plus approprié en termes de diffusion d'informations de base préalables au suivi d'un patient.

Cette réunion entre intervenants est donc une solution qui permettrait une information plus personnalisée, plus précise, dynamique et interactive avec par conséquent plus d'impact pour les médecins traitants et par là même une amélioration de la qualité du suivi.

L'information écrite pourrait alors être remise au médecin traitant, à cette occasion.

Points importants :
- **les médecins généralistes ont une image positive de la DP.**
- **le rôle du médecin traitant est crucial lors de la phase de pré dialyse.**
- **il doit être impliqué dans la triangulation des soins dès le début des séances.**
- **l'information initiale ne doit pas se faire sur papier seul.**

B. Suivi régulier du patient : éviter les « mises à l'écart »

Les deux tiers des médecins interrogés ont répondu qu'il existait des aspects de la prise en charge susceptibles d'être améliorés (question 22).

Il est important que le patient en dialyse péritonéale puisse bénéficier rapidement d'une consultation médicale en cas de besoin, dans le cadre de la prévention secondaire. Le médecin généraliste remplit naturellement ce rôle.

L'enquête a montré que les médecins généralistes savent définir leur rôle dans le suivi du patient (question 9). Ce rôle est principalement une surveillance clinique et des complications de la DP, en rapport avec la spécialité de médecine générale.
L'enquête montre également que les médecins traitants pensent que le suivi du patient en DP est également de leur ressort (question 11), et qu'ils sont considérés par leurs patients comme un médecin de première intention (question 21).

Les médecins traitants interrogés reconnaissent donc volontiers leur rôle dans ce suivi.

L'étude de l'appréciation de la qualité des soins médicaux par les patients dialysés conduite par G. Caleb Alexander et Ashwini R. Sehgal a montré cependant, que les patients dialysés reçoivent la plupart de leurs soins médicaux de la part des néphrologues (48%) et des autres spécialistes (38%), les généralistes étant alors en troisième position (14%).[14]

Notre enquête montre au contraire que les médecins traitants souhaitent, ou considèrent être des acteurs de premier plan dans le suivi du patient en DP.

En revanche, l'enquête montre ensuite qu'effectivement, les médecins généralistes ont en pratique, un rôle de second plan.

Des médecins interrogés répondent à la question 12 ainsi qu'à la question 19 que leur rôle en pratique dans le suivi du patient en DP est limité à la survenue de complications, en « roue de secours ». Ils déplorent cette situation.

L'un des médecins a répondu avoir été appelé un soir au domicile d'un de ses patients en DP, du fait de la survenue d'une complication aiguë infectieuse péritonéale. Il n'avait pas vu ce patient en consultation depuis longtemps et était ignorant de son évolution, notamment des changements dans son traitement.

Les médecins répondent diversement à la question 19 quant à leur satisfaction de la coordination avec le néphrologue.
Ils sont une majorité à se déclarer plutôt satisfaits avec un score de 2 sur 3.
Néanmoins, un tiers des médecins interrogés se déclare insatisfait avec un score de 0 ou 1 sur 3.

Il est donc clair que beaucoup de médecins généralistes ont un rôle de suivi qu'ils définissent comme peu important.

Les médecins généralistes sont donc conscients de leur rôle dans le suivi du patient en DP, mais déplorent de ne pas être suffisamment sollicités.

Remarque : cette situation est inverse à celle de la phase de pré dialyse, où l'enquête montre que les médecins sont a priori satisfaits de ne pas avoir de rôle significatif et de ne pas collaborer avec le néphrologue pour le choix de la technique et le démarrage des séances de DP (questions 5 à 8). Elle est par contre en accord avec la bonne connaissance de la technique estimée par les médecins interrogés (question 2).

Les médecins traitants continuent à voir leurs patients régulièrement pour des motifs habituels de médecine générale (question 12).
Cependant, du fait de la demande de consultations uniquement en urgence, les médecins généralistes se considèrent comme mis à l'écart du système et déplorent ce qu'ils ressentent comme leur exclusion du suivi du patient en DP.

Les médecins traitants expriment aussi dans l'enquête leur volonté d'implication.
En outre, certains médecins traitants évoquent en question 12, un délai des courriers du néphrologue, leur parvenant après qu'ils aient revu le patient en consultation.

Or, un suivi régulier du patient en dialyse péritonéale par le médecin généraliste est, de par la position privilégiée de ce dernier, un élément déterminant dans la continuité de la prise en charge, des soins. Le médecin traitant peut harmoniser et humaniser les aspects et les éléments du suivi néphrologique du patient : le revoir plus rapidement en consultation, répondre à ses questions, lui apporter un complément d'information et là encore, l'écouter et le rassurer. Il est important que le néphrologue entretienne sa relation avec le médecin traitant par des échanges aussi réguliers que possible, afin de le tenir au fait des informations relatives à l'évolution du patient.

Il est également important d'entretenir cette interaction en mettant à la disposition du médecin des outils performants, accessibles et adaptés à sa pratique.

Les médecins interrogés au cours de l'enquête ont majoritairement répondu à la question 13 ne pas utiliser la télémédecine, mais reconnaissent son utilité pour améliorer la qualité du suivi.

Les médecins interrogés qui utilisent régulièrement la télémédecine par Diatelic, sont en règle générale des médecins intéressés par la dialyse péritonéale, désireux de bénéficier d'échanges réguliers avec le néphrologue ainsi que de formations régulières sur le sujet.
Ce sont également les médecins dont le cabinet de consultation est informatisé.

Diatelic, de par sa richesse d'informations, son adaptation à la triangulation des soins et la forte interactivité des échanges qu'il permet, est un outil précieux pour le médecin généraliste.

S'il ne remplace par un véritable échange de courrier, il a l'avantage de fournir rapidement et de manière sécurisée les éléments quotidiens de surveillance des constantes du patient en conservant toutes les valeurs antérieures, et permet des échanges écrits de type courrier électronique entre les différents protagonistes.
Ces échanges peuvent provenir du néphrologue, du médecin traitant, de l'infirmière à domicile ou du patient lui-même, et ceci de manière intégrée à l'interface du réseau.

Favoriser l'utilisation de Diatelic améliorerait donc la qualité du suivi.

Pour cela une présentation exhaustive du réseau Diatelic dans son intérêt et son utilisation, pourrait être donnée systématiquement lors de la réunion initiale entre les intervenants. Une notice écrite serait également remise au médecin traitant.
L'objectif de cette information est par là même d'inciter également les médecins à priori réfractaires à l'informatisation, à équiper leur cabinet.

Des médecins interrogés ont fait la remarque que la télémédecine ne remplaçait pas le contact réel avec le patient (question 23).
Il est également nécessaire de souligner le fait que la télémédecine est un outil interactif de diffusion des informations relatives au patient à destination des professionnels de santé, outil dont le rôle n'est pas de diminuer la fréquence des consultations encore moins de s'y substituer. Au contraire, le suivi par télémédecine permet de détecter d'éventuels problèmes plus précocement, et peut conduire ainsi à proposer au patient une consultation non programmée.

Points importants :
- **Les médecins généralistes reconnaissent leur rôle dans le suivi régulier du patient en DP.**
- **Beaucoup ont un rôle peu important, estiment ne pas être suffisamment sollicités et sont mis à l'écart du système.**
- **Les médecins généralistes reconnaissent l'efficacité de la télémédecine.**

C. Formation régulière

Les médecins interrogés au cours de l'enquête pensent, nous l'avons évoqué précédemment, avoir de bonnes connaissances de la technique de dialyse péritonéale et ont répondu majoritairement dans ce sens à la question 2.

De plus, ils s'estiment plutôt suffisamment formés pour assurer le suivi de leurs patients en DP (question 17), malgré une formation initiale et continue jugée par eux insuffisante (questions 15 et 16).
En outre, ils savent vers quelle structure se tourner pour demander des informations relatives à la DP, et ont déjà contacté ces organismes (question 18).

Il apparaît donc que les médecins généralistes interrogés se forment eux-mêmes sur la DP, au fur et à mesure du suivi de leurs patients. Nous avons également constaté précédemment que nulle mention n'était faite de la broche distribuée par l'ALTIR à certains médecins traitants lors du passage d'un patient en DP.

Or, les médecins traitants demandent une formation régulière sur la dialyse péritonéale, dans la deuxième partie de la question 19 concernant la satisfaction des échanges avec le néphrologue dans le suivi du patient.

L. Frimat et collaborateurs montrent dans Néphrologie et Thérapeutique 2006 que les médecins généralistes sont en général peu au courant des recommandations dans l'insuffisance rénale chronique, et qu'un partage des connaissances est nécessaire.[15]

Cet article va également dans le sens d'une nécessité de formation régulière des médecins généralistes sur la DP par les néphrologues. Notre enquête montre que les médecins traitants souhaitent eux-mêmes cette formation.

Cette formation porterait sur l'évolution de la prise en charge, des connaissances, ou encore des techniques. Des médecins interrogés ont évoqué une formation annuelle, ou tous les deux ans.

Cette formation peut être assurée à l'occasion d'une session de formation continue proposée notamment aux médecins traitants en charge de patients en DP.

A cette occasion, une information et le cas échéant, une mise à jour sur l'utilisation de la télémédecine par Diatelic pourrait également être dispensée afin de favoriser son utilisation optimale, et solutionner les éventuels problèmes d'utilisation.

Points importants :

- **Les médecins généralistes estiment connaître la technique de DP.**
- **Les médecins généralistes se forment eux-mêmes sur la DP.**
- **Une formation régulière est nécessaire et par ailleurs, souhaitée par les médecins traitants.**

V. CONCLUSION

Au terme de cette étude, nous pouvons affirmer que la prise en charge du patient en dialyse péritonéale par le médecin généraliste peut être améliorée.

L'implication la plus précoce possible du médecin généraliste dès la phase de pré dialyse nous paraît être une phase indispensable, d'autant plus que le médecin généraliste a une opinion positive de la DP. Cela permet en outre au patient de jouer un rôle actif dans cette phase déterminante.

Le médecin généraliste reconnaît d'emblée son rôle dans le suivi régulier du patient en DP mais estime ne pas être suffisamment sollicité ni impliqué.
Une hiérarchisation des intervenants doit être observée, en cas d'urgence mais pas seulement. Pour cela, il est nécessaire que le médecin généraliste ait un rôle de première intention et de premier plan dans le suivi régulier du patient.

La télémédecine par Diatelic est à la fois un complément des échanges de courrier et un outil sécurisé permettant au quotidien une forte interactivité du suivi entre les différents professionnels de santé et le patient ; bien plus, il permet une détection précoce des problèmes éventuels. Pour toutes ces raisons, il est important de favoriser son utilisation dès le début de la prise en charge, de conseiller l'indispensable informatisation du cabinet de médecine générale, et enfin proposer des formations régulières et une assistance technique.

Les médecins généralistes ont une bonne connaissance de la DP et se forment eux-mêmes sur la DP. Ils souhaitent une formation complémentaire régulière.
Une information sur les évolutions de la dialyse péritonéale et de la prise en charge du patient, proposée par le néphrologue à l'occasion d'une séance de formation continue, est également un aspect important de la prise en charge visant à entretenir l'implication des médecins généralistes, leurs connaissances et leurs échanges avec le néphrologue.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Zellweger M, Landtwing B, Binet I, Halabi G. La dialyse péritonéale : une méthode de suppléance rénale sous-utilisée ? Médecine et hygiène 2004;62:749-54.

2. Sennfalt K, Magnusson M, Carlsson P. Comparison of hemodialysis and peritoneal dialysis-a cost utility analysis. Perit Dial Int 2002;22:39-47.

3. Blake PJ. Integrated end-stage renal disease care : the role of peritoneal dialysis. Nephrol Dial Transplant 2001;16:61-6.

4. Gokal R. Taking peritoneal dialysis beyond the year 2000. Peritoneal Dialysis Int. 1999;19:S35-42.

5. Alloatti S, Manes M, Paternoster G, Gaiter AM, Molino A, Rosati C. Peritoneal dialysis compared with hemodialysis in the treatment of end-stage renal disease. Journal pf Nephrology 2000;13:331-42.

6. Frimat L, Durand P.Y, Loos-Ayav C, Villar E, Panescu V, Briançon S, Kessler M. Impact of first dialysis modality on outcome of patients contraindicated for kidney transplant. Peritoneal Dialysis International 2006;26:231-9.

7. Frimat L, Durand P.Y, Loos-Ayav C, Briançon S, Kessler M pour le Réseau NEPHROLOR. Dans la 1ère année de dialyse, la DP est associée à une meilleure qualité de vie que l'HD. Néphrologie 2004;6:229.

8. Breckenridge DM. Patients' perceptions of why, how and by whom dialysis treatment modality was chosen. ANNA J 1997;24:313-9.

9. Wuerth DB, Finkelstein SH, Schwetz O, Carey H, Kliger AS, Finkelstein FO. Patients' description of specific factors leading to modality selection of chronic peritoneal dialysis or hemodialysis. Peritoneal Dialysis International;22:184-90.

10. Jager KJ, Korevaar JC, Dekker FW, Krediet RT, Boeschoten EW. Netherlands Cooperative Study on the Adequacy of Dialysis study group : The effect of contraindications and patient preference on dialysis modality selection in end-stage renal disease patients in the Netherlands. Am J of Kidney Disease 2004;43:891-9.

11. Rubin HR, Fink NE, Plantinga LC, Sadler JH, Kliger AS, Powe NR. Patient rating of dialysis care with peritoneal dialysis vs hemodialysis. JAMA 2004 Feb 11; 291:697-703.

12. Gasquet I. Satisfaction des patients et performance hospitalière. La Presse Médicale; 29:1610-6.

13. Diaz-Buxo JA. Modality Selection. J Am Soc Nephrol 1998;9:S112-7.

14. Caleb Alexander G, Sehgal A. Dialysis Patients Ratings of the Quality of Medical Care. American Journal of Kidney Diseases;32:284-9.

15. Frimat L, Siewe G, Loos-Ayav C, Briançon S, Kessler M, Aubrege A. Insuffisance rénale chronique : connaissances et perception par les médecins généralistes. Néphrologie & Thérapeutique 2006;2:127-35.

16. Breckenridge DM. Decisions regarding dialysis treatment modality : a holistic perspective. Holist Nurs Pract 1997;12:54-61.

17. Canaud B, Leray-Moragues H. Traitement des insuffisances rénales aiguës. La Revue du Praticien 1995;45:1653-61.

18. Coupe D. Making decisions about dialysis options : an audit of patients' views. EDTNA ERCA J 1998;24:25-6.

19. Denis C, Baron N, Melcus G. La prise en charge psychologique du patient insuffisant rénal chronique. Soins 2004;688.

20. El Mehdi M. Prévention des maladies rénales : Contribution du médecin généraliste. Espérance médicale 2004;11:600-2.

21. Equipe médicale et paramédicale de l'ALTIR. La Dialyse Péritonéale à l'ALTIR. Néphrologie ALTIR CHRU Nancy 2002;3-17.

22. Fabregas B. La dialyse péritonéale en 2004. Soins 2004;688.

23. Hashimoto Y, Matsubara T. Combined peritoneal dialysis and hemodialysis therapy improves quality of life in end-stage renal disease patients. Adv Perit Dial 2000;16:108-12.

24. Haymann JP, Kanfer A, Legallicier B, Peraldi MN, Ronco P, Rondeau E, Rossert J, Sraer JD. Insuffisance rénale chronique. Dans : Services de Néphrologie Hôpital Tenon, eds. Néphrologie. Paris : ESTEM, 2000:175-83.

25. La prise en charge thérapeutique par le médecin généraliste. Espérance médicale 2004;11:596-99.

26. Levin A. Sex or body size ? Selection of dialysis type revisited. JAMC 1999;160:828-9.

27. Lo WK. What factors contribute to differences in the practice of peritoneal dialysis between Asian countries and the West ? Perit Dial Int 2002;22:249-57.

28. Loos-Ayav C, Briançon S, Frimat L, Kessler M. Rapport REIN Lorraine Année 2005. Nephrolor 2005;1-33.

29. Loos-Ayav C, Briançon S, Frimat L, Kessler M. Rapport REIN Lorraine Année 2004. Nephrolor 2004;1-26.

30. Mendelssohn DC, Mullaney SR, Jung B, Blake PG, Mehta RL. What do American nephrologists think about dialysis modality selection ? Am J of Kidney Dis 2001; 37:22-9.

31. Moreau A, Dedianne MC, Bornet-Sarrassat L, Hauzanneau P, Labarère J, Terra JL. Attentes et perceptions de la qualité de la relation entre médecins et patients. La Revue du Praticien Médecine Générale 2004;18:1495-8.

32. Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie région Lorraine. Rapport année 2003;1-15.

ANNEXES

Enquête : questionnaire téléphonique (environ 10 minutes)

1) Selon notre fichier, vous suivez ou avez suivi un patient en DP.
Combien de patients en DP avez-vous (suivi) depuis 5 ans ?
Combien de patients en DP avez-vous actuellement ?

PRE DIALYSE : CHOIX HEMODIALYSE / DIALYSE PERITONEALE

2) Connaissez-vous les principes de la technique de dialyse péritonéale ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : je ne connais pas du tout, à 3 : je connais très bien)

3) Pour votre patient insuffisant rénal chronique, notamment par rapport à l'hémodialyse, pensez-vous que la dialyse péritonéale soit une technique efficace au long cours ?
Donnez un chiffre de 0 à 3, ou « je ne sais pas ».
(0 : inefficace au long cours, à 3 : très efficace au long cours)

4) A votre avis, quelle technique de dialyse offre au patient la plus grande autonomie ?
- DP
- Hémodialyse
- Ne sait pas

5) Avez-vous participé, aux côtés du néphrologue, au choix de la technique de dialyse par vos patients ?

Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : j'ai participé en première ligne)

Si 0, pourquoi ?

Si 3: pensez-vous être le praticien le plus capable, de par notamment votre relation médecin-patient privilégiée, d'exposer au patient la nécessité d'une dialyse ?

6) Avec le recul, comment décrivez-vous votre rôle dans le choix de la technique par le patient ? (Décision partagée ?)
- Je l'ai informé objectivement ; puis je l'ai laissé choisir la technique. (*Objectif et neutre*).
- Je l'ai informé ; mais j'ai orienté son choix. (*Subjectif et partisan*).
- Il n'a pas insisté pour que je l'aide à choisir. (*Non significatif*)
- Il aurait souhaité que je l'aide plus à choisir. (*Insuffisant*)

7) Pour le choix de la technique, avec le recul, êtes-vous satisfaits de votre collaboration avec le néphrologue ?

- *A voir selon réponse : rôle du choix de la technique plus ou moins « délégué » au seul néphrologue par le MG ? Pensez-vous que votre spécialité de médecin généraliste vous place dans une position privilégiée dans l'orientation du patient vers la dialyse péritonéale ?*

8) Avez-vous en concertation avec le néphrologue, participé à la planification du démarrage des séances de dialyse ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : j'ai participé en première ligne)

PARTICIPATION A LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS

9) Sauriez-vous définir votre rôle dans le suivi du patient en DP ?

10) Dans votre pratique, quel rôle jouez-vous dans le suivi de vos patients en DP ?

11) Pensez-vous que le suivi de vos patients actuellement en dialyse péritonéale est du ressort de votre spécialité de médecin généraliste, en collaboration avec les médecins néphrologues ? Pourquoi ?
- Le suivi du patient en dialyse péritonéale est du ressort exclusif du néphrologue
- Le suivi du patient en dialyse péritonéale est également de mon ressort
- Ma spécialité me place dans une position privilégiée pour assurer ce suivi.

12) Dans votre pratique, en quoi consiste ce suivi ? Dans le cas de patients autonomes, ainsi que dans le cas de patients avec infirmière à domicile.
- actes
- prescriptions
- courriers
- fréquence des consultations
- motif des consultations (urgence…)

13) Utilisez-vous la télémédecine pour vos patients en dialyse péritonéale ? Contribue-t-elle à l'amélioration du suivi ?

14) Prenez-vous en charge vos patients en DP pour d'autres pathologies ? Pouvez-vous citer quelques-unes de ces pathologies associées ?

15) Votre parcours universitaire vous a-t-il permis de connaître la DP, de façon adaptée à votre activité ambulatoire ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : de façon très adaptée)

16) Votre formation médicale continue vous a-t-elle permis de connaître la DP, de façon adaptée à votre activité ambulatoire ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : de façon très adaptée)

17) Vous estimez-vous suffisamment formé pour assurer le suivi de patients en DP ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : très bien)

18) Sauriez-vous vers quelle structure vous tourner pour vous informer sur la technique de dialyse péritonéale, ou pour trouver d'autres informations en rapport avec la dialyse péritonéale ? L'avez-vous déjà fait ? Si oui, quel(s) organisme(s) avez-vous contacté ?

19) Etes-vous satisfait de la coordination actuelle entre médecin généraliste et néphrologue pour le suivi de vos patients en DP ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : pas du tout, à 3 : très satisfait)
Pourquoi ? (rôle adapté à la spécialité de MG ?)

EVOLUTION DES PATIENTS, RESULTATS

20) Que pensez-vous de la qualité de vie de vos patients en DP ?
Donnez un chiffre de 0 à 3.
(0 : mauvaise, à 3 : excellente)

21) Selon vous, comment êtes-vous considéré par vos patients en dialyse péritonéale, par rapport notamment au médecin néphrologue ?
- comme l'acteur principal de leur suivi sur le plan néphrologique
- comme le médecin de première intention, mais toujours complémentaire du néphrologue
- comme un médecin indépendant de leur prise en charge néphrologique

22) Pensez-vous a posteriori, que des aspects de la prise en charge puissent être améliorés ?

23) Avez-vous des suggestions ou des remarques à formuler ?

VU

NANCY, le **20 septembre 2007**
Le Président de Thèse

Professeur L. FRIMAT

NANCY, le **9 octobre 2007**
Le Doyen de la Faculté de Médecine
Par délégation

Professeur H. COUDANE

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le **12 octobre 2007**

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur J.P. FINANCE

RESUME DE LA THESE

La dialyse péritonéale est une technique qui offre de nombreux avantages, en particulier sa simplicité de réalisation, l'autonomie qu'elle donne au patient et son faible coût. Le médecin généraliste a un rôle important dans le choix de la technique de dialyse, et par la suite dans le suivi régulier de son patient. Mais a-t-il une bonne connaissance de la technique ? Quelle opinion a-t-il de la dialyse péritonéale ? Est-il bien intégré au système de soins pour le suivi du patient ? Possède-t-il des outils et sources d'information utiles ? Nous avons réalisé une enquête auprès de vingt médecins généralistes en Lorraine suivant des patients en dialyse péritonéale. L'enquête montre qu'il existe des aspects de la prise en charge à améliorer. Les médecins traitants interrogés n'ont pas, dans la phase de pré dialyse, ce rôle crucial d'information et d'orientation. L'enquête montre également que les médecins généralistes ne sont pas suffisamment sollicités dans le suivi régulier du patient. Pourtant, ils reconnaissent leur rôle et ont une image très favorable de la dialyse péritonéale.

RESUME EN ANGLAIS

Peritoneal dialysis offers many advantages, such as an easy execution, the patient's given autonomy and a low cost. General Practitioners have an important role in the choice of the dialysis method, and also afterwards during their patients' follow up. But do they have a good knowledge of this technique? What are their thoughts about Peritoneal Dialysis? Do they have access to useful tools and information? We made a survey among twenty General Practitioners in the Lorraine area, who were already following patients in peritoneal dialysis. This survey shows that there are indeed parts of the management that can be improved. General Practitioners who were questioned do not have, in the pre-dialysis step, that essential role of informing and counselling. The survey also shows that General Practitioners are not called enough in the patient's regular follow up. However, they acknowledge their role and have very positive thoughts of peritoneal dialysis.

TITRE EN ANGLAIS

A survey about General Practitioners' management of peritoneal dialysis patients.

THESE : MEDECINE GENERALE – ANNEE 2007

MOTS CLEFS : dialyse péritonéale
médecin généraliste
prise en charge
enquête

INTITULE ET ADRESSE DE L'U.F.R. :
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex