



Le traitement conservateur dans la maladie rénale chronique



Le traitement conservateur consiste en la prise en charge active de la maladie rénale au stade 5, sans recours à la suppléance

Ce n'est pas un traitement par défaut mais un projet de vie qui prend en compte la balance bénéfice-risque du traitement.

LE TRAITEMENT CONSERVATEUR, DE QUOI PARLE-T-ON ?

Le traitement conservateur / palliatif est un processus de soins et de mise en œuvre de traitements **centrés sur le patient** (et ses aidants), qui, dans le cadre d'une décision partagée, ne souhaite pas être traité par la dialyse ou la transplantation rénale. On parle aussi de traitement sans dialyse.

Ce traitement est décidé par le patient, éventuellement aidé de sa personne de confiance et de son entourage, après délivrance d'une information médicale claire et précise sur les différentes options et modalités de

traitement de son insuffisance rénale terminale. Le patient est aussi informé qu'il a la possibilité de changer d'avis à tout moment.

➔ **L'objectif global**

Il consiste à mettre en place à domicile **des soins permettant d'améliorer la qualité** de vie du patient en veillant à son confort, en évitant les hospitalisations et en **favorisant le plus longtemps possible, si le patient le souhaite, le maintien à domicile.**

➤ Les objectifs thérapeutiques spécifiques

Ils visent à :

- prévenir, traiter de manière active et précoce tout évènement qui pourrait aggraver l'insuffisance rénale, afin de diminuer le recours à l'hospitalisation en urgence
- apporter un soutien nutritionnel
- proposer une activité physique adaptée au patient afin de maintenir une autonomie le plus longtemps possible
- permettre la mise en œuvre de téléconsultations par le médecin néphrologue, aidé par un tiers depuis le domicile du patient
- évaluer et prendre en compte la qualité de vie du patient et de son entourage dans leurs composantes physiques, psychiques, sociales, spirituelles et culturelles

LE PROJET DE SOINS

➤ Le projet personnalisé de soins (PPS)

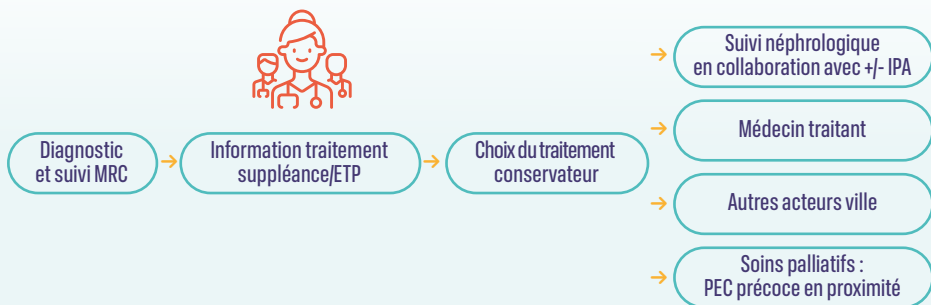
C'est l'aboutissement d'un processus continu, évolutif et structuré selon des étapes ordonnées qui permet de prendre en compte et/ou résoudre les problèmes en lien avec la santé d'une personne soignée, après l'analyse de sa situation de soins. Il doit être validé et connu par l'ensemble des acteurs. Dans le cas du traitement conservateur, cela suppose :

- d'organiser et proposer des interventions pluridisciplinaires auprès du patient
- pour ralentir la progression de la maladie rénale, et en limiter les effets indésirables. Les interventions thérapeutiques, y compris l'éducation thérapeutique (messages) sont adaptées à l'état clinique évolutif du patient
- d'informer les acteurs du parcours du patient de l'orientation vers le traitement conservateur
- d'intégrer le projet de soins dans le dossier médical partagé du patient.

➤ Les acteurs du PPS

Après l'élaboration du PPS, chaque équipe de néphrologie s'organise pour répondre aux besoins du patient dans un contexte de filiarisation et de parcours coordonné. Le médecin traitant a un rôle central dans cette prise en charge.

En effet, outre sa connaissance fine et en proximité du patient, il assure et coordonne le suivi médical en lien avec les acteurs de l'équipe de soins à domicile si nécessaire (infirmier libéral – Auxiliaire de vie,) et le(s) néphrologue(s) et IPA référent(s).



MALADIE RÉNALE CHRONIQUE ET SOINS PALLIATIFS

➔ Enjeu de ce traitement sans suppléance

Il repose sur une prise en charge adaptée et coordonnée qui va permettre :

- au patient d'être soigné sur son lieu de vie, selon ses souhaits tout en prenant en compte ses besoins
- aux aidants, d'être soutenus et d'éviter leur épuisement.



Les professionnels engagés dans ce parcours « traitement conservateur » peuvent bénéficier de l'appui d'une Equipe Ambulatoire de Soins Palliatifs (EASP), dont les missions seront d'évaluer et d'anticiper la mobilisation de l'ensemble de ces professionnels de santé mais aussi de garantir un accompagnement psychologique et social.

Réparties sur l'ensemble du territoire, les EASP participent directement à l'amélioration de la prise en charge de cette période de vie.

➔ Le droit à l'accès aux soins palliatifs

L'accès aux soins palliatifs est reconnu comme un droit car il est inscrit dans la loi par le code de la santé publique (article L1110-5).

L'accès aux EASP se fait sur demande médicale.

Les soins palliatifs sont une approche globale de la personne malade pour améliorer la qualité de vie du soigné et de ses proches, confrontés aux problèmes liés à des maladies chroniques, graves évolutives et incurables.

Ils préviennent et soulagent les souffrances grâce à la reconnaissance précoce, l'évalua-

tion correcte et le traitement de la douleur et des autres problèmes (physique, psychosocial ou spirituel).

Cette évaluation permet la mise en place d'un **projet personnalisé de vie et de soins**.

La prise en charge palliative est susceptible d'intervenir quel que soit le lieu de vie ou de soins (environnement de la personne malade, avec l'appui de professionnels et d'équipe de soins, à domicile, au sein des établissements de santé).

L'offre de soins palliatifs est graduée pour **s'adapter aux besoins des personnes malades**.

Une prise en charge adaptée, à domicile, centrée sur le patient



PERSONNE DE CONFIANCE ET DIRECTIVES ANTICIPÉES

➔ La personne de confiance

Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui est d'accord pour assumer cette mission (un conjoint, un des enfants ou un des parents, un ami, un proche, le médecin traitant...).

Elle sera le porte-parole du patient et aura pour mission de rapporter les souhaits exprimés antérieurement par le patient, uniquement en cas d'incapacité de celui-ci à s'exprimer. Dans ce cas elle peut aussi recevoir l'information médicale à sa place.

Elle a un devoir de confidentialité concernant les informations médicales qu'elle a pu recevoir.

La désignation de la personne de confiance doit se faire par écrit sur papier libre, daté

et signé, en précisant ses nom, prénoms, coordonnées pour qu'elle soit joignable ou utiliser un formulaire dédié.

Elle doit cosigner le document la désignant. Si le patient a des difficultés pour écrire, il peut demander à deux personnes d'attester par écrit que cette désignation est bien sa volonté. Le patient peut changer d'avis et/ou de personne de confiance à tout moment en le précisant par écrit (ou par oral devant deux témoins qui l'attesteront par écrit). Il est recommandé de prévenir la précédente personne de confiance qu'elle n'a plus ce rôle et de détruire le document précédent.



➔ Les directives anticipées

Elles sont le recueil des volontés de la personne. Leur rédaction n'est pas obligatoire : c'est un droit offert aux citoyens et aux patients, et non un devoir. Elles permettent d'exprimer, par avance, la volonté de poursuivre, limiter, arrêter ou refuser des traitements ou actes médicaux, pour le jour où l'on ne peut plus le faire soi-même, par exemple du fait d'un accident ou d'une maladie grave. Ce droit a été défini par la loi du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (loi Léonetti), et renforcé par la loi du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (loi Claeys-Léonetti).

Les directives anticipées n'ont pas vocation à être utilisées tant que le patient est en capacité de communiquer ses volontés. Les directives anticipées ne sont pas un testament ou un document pour anticiper l'organisation de ses obsèques. Elles se limitent aux traitements dont une personne peut bénéficier en fin de vie.

Les directives anticipées peuvent ne pas être prises en compte par l'équipe soignante si leur contenu n'est clairement pas adapté à la situation médicale. Cette décision doit être clairement motivée et tracée dans le dossier médical.