

Difficultés rencontrées lors de la création ou la reprise d'une fistule Artérioveineuse dans un contexte d'urgence

Introduction

L'épuration extra-rénale par dialyse est la seule chance de survie pour les patients porteurs d'une insuffisance rénale terminale, quand la greffe rénale n'est pas envisageable ou a échoué. Le mode de dialyse utilisant une fistule artérioveineuse (FAV) occupe une place de choix dans l'épuration extra-rénale, mais elle est sujette à de nombreuses complications avec le spectre de la perte de l'abord vasculaire. Selon la formule consacrée, l'abord vasculaire est à la fois « la ligne de vie » et le « tendon d'Achille » du patient atteint d'une insuffisance rénale terminale. Pour préserver cet « axe de vie », une surveillance étroite s'impose et, en cas de dysfonctionnement, un traitement adapté s'impose souvent dans un climat d'urgence. Cet intitulé couvre donc les situations suivantes :

- celle d'une FAV à créer le plus rapidement possible pour éviter la mise en place d'un cathéter central (KT), qui peut obérer à long terme la pérennité de la FAV par altération des veines centrales intra-thoraciques
- celle d'une préthrombose, ou pire, celle d'une occlusion aiguë, qui est une urgence de premier rang, car là aussi le recours à un KT central est une solution de facilité qui peut être préjudiciable pour le long terme
- les hémorragies, dont le tableau peut aller d'un simple retard d'hémostase en fin de dialyse à l'hémorragie cataclysmique

La notion d'urgence en matière de dialyse est souvent mal perçue par les collègues qui acceptent mal de céder un créneau opératoire et par les anesthésistes, qui discutent parfois la réalité de l'urgence mais craignent en fait souvent ces patients difficiles à gérer.

Enfin les patients dialysés sont fréquemment BMR +, que l'on a tendance à faire passer en dernier en salle d'opération pour désinfecter ensuite celle-ci.

Le tout est bien entendu à intégrer dans un programme personnel fréquemment chargé, sans oublier les horaires de créneaux de dialyse, pour celles déjà créées.

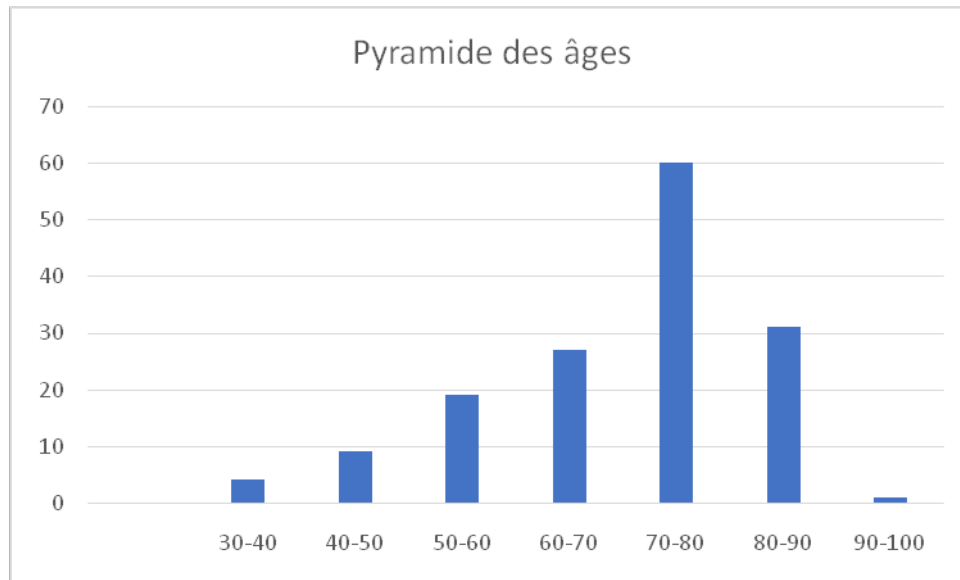
Casuistique

L'étude a été menée à partir de 153 déclarations émises par les adhérents à l'organisme agréé VASCURISQ au titre de situation à risque (SAR) ciblée. La casuistique suivra dans la mesure du possible les items des différents chapitres du document déclaratif. Certains items correspondant à des questions avec des réponses ouvertes ne pourront être relatés compte tenu de la trop grande variété et surtout l'incohérence fréquente des réponses.

L'événement fut ciblé dans 152 cas /153 : un cas de varice a été programmé au bloc opératoire sous l'intitulé abusif « traitement d'une FAV » afin de contourner l'imposition de déprogrammation liée au covid. Cette entorse délibérée qui a été conservée dans les déclarations a pour intérêt de mettre en lumière les difficultés du moment.

Le mode d'exercice se répartissait comme suit : Libéral (104) ; Libéral et salarié (33) ; Salarié (16).

Du côté des patients, il y avait 111 hommes d'âge moyen 70,2 ans et 42 femmes d'âge moyen 67 ans. La moyenne d'âge homme-femmes était de 69,3 ans. Les hommes avaient un IMC moyen de 27,9 compte tenu d'un poids moyen de 81,6kg pour 1,71 m. Respectivement les femmes avaient un IMC à 27,3 pour 70,9 kg et 1,61m.



La pyramide des âges met clairement en évidence la décennie 70-80

La situation était : non complexe (29) ; plutôt non complexe (43) ; plutôt complexe (74) et très complexe (7). Soit 81 cas (53%) de situations complexes.

Le score était ASA I (1) ; ASA II (15) ; ASA III (65), ASA IV (17) ; ASA IVu (1) ; ASA V (1) ; soit un total ASA I+II+III+IV+V : (84) ; NYHA 1 (1) ; NYHA 2 (1) ; Glasgow 15 (1) ; non renseigné (50).

Des éléments de la situation clinique susceptibles d'avoir favorisé l'événement sont retrouvés dans 135 cas avec autant de raisons différentes ou d'arguments tels que : urgence, diabète, FAV, IRC etc. Mais ceci fait partie intégrante de la SAR ciblée...

Le but de l'acte était thérapeutique dans tous les cas, hormis une patiente qui est sortie sans raison de l'établissement de soins.

Une technique particulière a été utilisée 8 fois. L'événement était en lien avec un produit de santé 28 fois : dispositif médical (6) ; dispositif médical implantable (9) ; médicaments (13). L'événement était en lien avec l'utilisation de rayons : 3 fois.

L'item « Que s'est-il passé ? » étant une question avec réponse ouverte, nous avons recherché la fréquence de mots clés pour dresser 2 tableaux : les circonstances de survenue de la déclaration et les éléments ayant contrarié le déroulement de la prise en charge.

1) Circonstances de survenue de la déclaration

Les termes suivants sont retrouvés avec la fréquence suivante :

Urgence : 98

Thrombose (58) ; occlusion (15) ; sténose (58). Total : 131

Nécrose (19) ; sepsis (3) ; infection (8) ; abcès (2). Total : 32
Saignement (9) ; hémorragie (30) ; hématome (28) ; rupture (26) ; perforation (2)
Total : 95

Création ou recréation urgente de FAV : 31

Hyperkaliémie : 14

NB : Il est normal que les nombres additionnés dépassent largement le nombre de déclarations, car un patient peut avoir en même temps une sténose serrée de sa fistule et une hémorragie ou un trouble trophique ou encore une infection.

2) Éléments ayant contrarié le déroulement de la prise en charge

Les termes suivants sont retrouvés avec la fréquence décroissante suivante :

- défaut de coopération, communication entre professionnels de santé (PDS) : avec l'néphrologue (15) ; médecin anesthésiste (13) ou avec les autres PDS c'est à dire : autres chirurgiens, cadres d'unités(28). Total : 89
- Erreur médicale ou paramédicale (36), comportant méconnaissance, incompétence et négligence délibérée (3) ; prélèvement sanguin pour la biologie sur la veine destinée à la création de la FAV (3). Erreur chirurgicale : 10. Total erreurs médicales + paramédicales + chirurgicales : 46.
- Défaut de disponibilité du bilan biologique ou cartographique, car non réalisé, ou non transmis, ou non disponible (cabinet ou service fermé) : bilan biologique (22) ; cartographique (5). Total : 27
- Impossibilité d'accès au bloc opératoire ou difficulté d'accès : 24, dont 2 problèmes de fin de vacation ou d'absence de vacation le jour de l'urgence. Ces difficultés d'accès au bloc entraînent un retard notable de la prise en charge
- Anticoagulant non arrêté, volontairement (pour cause cardiaque) ou non: 14
- Matériel non disponible ou non adapté ou en panne : 19, dont panne d'appareil radiographique au bloc (7)
- Incidence du Covid à quelque niveau que ce soit : 16
- Patient (ou exceptionnellement la famille) dont le profil psychologique est difficile voire pathologique : 14
- Défaut d'information lié à la qualité de la cartographie (7) ou artériographie préopératoire (1)
- « Syndrome du vendredi », c'est à dire appel au début ou en perspective du week-end pour un problème urgent ou à régler dans les 48 heures: vendredi (11) ; samedi matin (4)
- Patient non à jeun : 4
- Absence de contrôle d'une FAV créée ou désobstruée : 2

Localisation de la survenue : Bloc opératoire (83) ; secteur d'hospitalisation (34) ; domicile (8) ; salle de dialyse (7) ; cabinet d'angiologie (4) ; salle de cathétérisme (2) ; urgences (2) ; non précisé (NP) (13).

Période vulnérable : oui (57) ; non (94). Pour la période vulnérable, quand cela est précisé : week-end (17) ; nuit (15) ; Changement d'équipe (7).

Le degré d'urgence : non urgent (9) ; urgence différable de quelques jours (36) ; urgence différable de quelques heures (71) ; urgence immédiates (37).

La prise en charge était programmée : oui (58) ; non (95).

Mode d'hospitalisation : complète (96) ; ambulatoire (52) ; RAAC (2) ; non précisé (NP) (2).

Dans quelle circonstance l'événement s'est-il arrêté : 153 réponses différentes ou presque, donc inexploitable.

Des conséquences sont survenues : oui (61) ; non (89) ; NP (3).

Liste des conséquences : préparation psychologique des patients (11), NP (142).

Autres conséquences : retard (11) ; dialyse sur KT (10) ; reprogrammation (8) ; hémorragies ou hématomes (6) ; infection (4) ; transformation en hospitalisation complète (4) ; changement de technique (3) ; décès (1).

Niveau de gravité des conséquences : mineur (71) ; significatif (56) ; majeur (18) ; grave à critique (6) ; catastrophique (2), dont 1 à domicile (hémorragie massive par rupture).

L'événement a-t-il provoqué une infection ? Oui : (4) ; non (145) ; NP (4).

Les causes immédiates ont été identifiées : oui (143) ; non (10).

Liste des causes immédiates :

FAV pré-occlusive ou fraîchement thrombosée (64), dont (4) pré-occlusives et hémorragiques ; Hémorragiques isolées (27) ; Hémorragique et infectées (4) ; infection pure (5) ; hémorragiques et infectée (1) ; IRC nécessitant la création urgente de FAV (16).

Autres causes immédiates : (74) ...

Causes liées au patient : oui (93) ; non (59) ; NP (1)

Liste de causes liées au patient :

ATCD – comorbidités (43) ; relations conflictuelles (25) ; autres causes (37)

Causes liées aux tâches à accomplir : oui (84) ; non (65) ; NP (3)

Liste des causes liées aux tâches à accomplir :

Aides à la décision, équipements spécifiques, algorithmes décisionnels, logiciels, recommandations / Protocoles indisponibles, non adaptés ou non utilisés (4), définition des tâches (10) ; planification (30) ; protocole indisponible ou inadapté, résultat indisponible (16) ; autres causes liées aux tâches à accomplir (30).

Causes liées à l'individu soignant : oui (46) ; non (103) ; NP (4).

Causes liées à l'équipe : oui (55) ; non (95) ; NR (2).

Liste des causes liées à l'équipe :

Communication entre les PDS (30) ; communication envers le patient ou son entourage (4) ; encadrement, supervision, soutien (7) ; informations écrites (3) ; répartition des tâches (6) ; transmissions et alertes (4).

Causes liées à l'environnement de travail : oui (50) ; non (100) ; NP (3).

Liste des causes liées à l'environnement de travail :

Administration (1) ; Charge de travail (9) ; déplacement et transfert (11) ; effectifs en nombre et compétence (7) ; fournitures ou équipements non disponibles, inadaptés (12) dont informatique (1) ; local inadapté (1) ; retards et délais (7) ; autres causes liées à l'environnement de travail : covid (1) (en fait mentionné ailleurs à de multiples reprises

Causes liées à l'organisation et /ou au management : oui (29) ; non (121) ; NP (3).

Liste des causes : gestion des ressources humaines (6), management de la qualité et sécurité, hygiène et environnement (4) ; politique d'achat (4) ; politique de formation (1) ; ressources financières (2) ; structure hiérarchique (4).

Causes liées au contexte institutionnel : essentiellement liées à la crise du covid (16), dont 10 causes rattachées à la politique de santé nationale et 6 la politique de santé régionale : l'ARS (les 2 situations recouvrent en fait le même problème) ; non (131) ; NP (5)

Causes profondes : renseignées 79 fois. Sont retrouvés fréquemment : la négligence, l'incompétence ou l'inexpérience (13) ; le manque de moyens notamment de personnel avec comme corollaire fréquent l'impossibilité d'accéder au bloc opératoire (7) ; la charge de travail, le manque de coopération et de coordination entre les PDS (10) ; les pannes ou indisponibilité du matériel radio ; l'absence de matériel ou d'implant disponible. De façon générale : le manque de moyens financiers ou organisationnels. La politique de l'établissement est clairement citée dans 4 cas. Problèmes liés au manque d'unité de lieu, aux transferts, retards : rapportés seulement 2 fois dans cet item, mais sans doute sous-représentés comme on le verra dans la discussion. Les difficultés liées au contexte psychologique du patient sont notées 4 fois et le Covid, comme cause principale 4 fois dans cet item.

Barrières qui n'ont pas fonctionné : 102 réponses positives. Seules 87 sont renseignées :

Entente avec tous les acteurs de la prise en charge directe : (53)

Entente avec les collègues chirurgiens d'un même bloc : (7)

Autres barrières qui n'ont pas fonctionné : essentiellement des problèmes de communication, entente, coordination, information : (27).

Barrières qui ont fonctionné : 103 réponses positives mais seulement 65 renseignées, dont entente avec tous les acteurs (62) ; entente entre les collègues chirurgiens (3) ; NP : (88)

Autres barrières qui ont fonctionné : (64) ; NP (89). Dans les barrières renseignées, on retrouve : vérification (8) ; surveillance (5) ; protocole (2) ; entente (3) ; check-list (4).

L'événement a été jugé : évitable (86) ; probablement évitable (47) ; inévitable (4) ; probablement inévitable (12). Donc 16 cas au total jugés inévitables ; NP (4).

Mise en place d'actions après l'EIAS : oui (125) ; non (28). Autant d'avis que de déclarants : item inexploitable.

Existe-il une recommandation ou une solution à mettre en œuvre ? Oui (53) ; non (59), NP (41). Préciser les solutions : 53 réponses différentes... Inexploitable également.

Communication de l'EIAS :

Communication au sein de l'équipe : oui (129) ; non (24).

Communication en RMM : oui (27) ; non (122) ; NR (4).

Communication au sein de l'établissement : oui (59) ; non 93 ; NP (1).

Communication à l'ARS : oui (0) ; non (151), NP(2).

Communication vers d'autres institutions : centre de dialyse et service de néphrologie : (11) ; autres établissements hospitaliers (22).

Communication au patient et à l'entourage : oui (121) ; non (30) ; NP (2)

Commentaire du médecin déclarant : oui (125) ; NP ou pas de commentaire (128). On retrouve essentiellement les mêmes remarques générales, mais la déclaration 259747 résume en quelques phrases l'essentiel, mais de façon non exhaustive, les difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'une FAV : on y reviendra dans la discussion.

Premier mot clé : clinique (34) ; geste technique (40) ; information (40) ; matériel et stérilisation (12) ; médicament (3) ; NP (24)

Deuxième mot-clé inter-spécialités :
Hémorragie, hémostase : (24) ; organique neurologique (1) ; organisationnelle (39) ; autres (psychique) : (2) ; douleurs persistantes (2) ; infectieuse (8) ; organique urinaire (4) ; organique cardio-vasculaire (19) ; psychologique (6) ; pas de conséquence (15) ; NP (33)

Mots clés libres : 89 réponses ... différentes.

Recommandation de communication de l'EIAS : 1/ 153 : elle propose une communication à la CME

Discussion

A) Difficultés rencontrées lors de la prise en charge d'une FAV dans le cadre de l'urgence

Ce chapitre peut être centré sur les thèmes suivants : le cadre d'exercice, les acteurs de santé, le patient et les problèmes spécifiquement liés à la FAV dans l'épuration extrarénale.

1) Le cadre d'exercice

La chirurgie de la FAV a pour cadre un théâtre qui ne respecte pas souvent l'unité de lieu. Idéalement, le service de néphrologie devrait jouxter la salle de dialyse et cet ensemble devait se trouver logiquement à proximité des unités de chirurgie ambulatoire, du bloc opératoire et de l'unité d'hospitalisation. Sans oublier le centre d'imagerie. Or c'est rarement le cas : le centre de dialyse et l'unité de chirurgie sont parfois distants de plusieurs km, jusqu'à 80 km et même 300km pour un cas anecdotique survenu en Guyane. L'entente des centres public-privé a pour avantage évident de mettre en commun des ressources humaines et d'infrastructure, mais pour inconvénient, tout aussi évident, une perte de l'unité de lieu, de difficultés de communication de dossiers, surtout ceux qui sont informatisés, du fait de l'incompatibilité fréquente des systèmes. À cela s'ajoutent les transports pourvoyeurs de retards. Plus la mosaïque des centres est éclatée, plus la perte d'information est importante. Les bilans biologiques et d'échographie en font souvent les frais (27 cas). Ceci revêt une importance majeure quand on sait notamment les dangers d'une hyperkaliémie non transmise dans les délais.

2) Les acteurs de santé

Certes le malade reste au centre des soins, mais le chirurgien vasculaire, lui aussi, connaît une position centrale, d'ailleurs peu confortable ; en quelque sorte entre le marteau et l'enclume. Un commentaire laissé par le médecin dans la déclaration 259747 résume assez bien la situation. Côté marteau, « la programmation des FAV peut être compliquée du fait d'une non compréhension par les néphrologues de l'organisation d'un bloc opératoire, c'est à dire une consultation d'anesthésie et une date opératoire à respecter. Parfois la recherche de BMR et en ce moment la PCR. Pour eux plus que pour les équipes de bloc opératoire, la FAV est un geste bénin que l'on réalise sur un coin de table en 10 mn... » Du côté de l'enclume se trouve le médecin anesthésiste réanimateur (MAR), qui redoute le patient dialysé, car fragile par définition et porteur de presque tous les facteurs de risque. Son attitude sera très souvent orientée sur le repli, avec une anesthésie à minima, ce qui peut gêner la procédure opératoire, obliger des choix thérapeutiques différents. Tout ceci peut engendrer une incompréhension et un conflit avec le MAR. Malgré tout, les cas déclarés de conflit entre les 2 spécialités ne sont pas si fréquents (13), preuve que les chirurgiens et anesthésistes ont, semble-t-il, appris à mieux se comprendre, ce qui est tout bénéfique pour le patient.

Avec les néphrologues les conflits sont plus fréquents (15). Le problème est un peu différent, car ces derniers ont à gérer les horaires de dialyse, les kaliémies souvent sur le fil et cette impatience à vouloir toujours une réponse chirurgicale rapide, car ils sont souvent peu conscients de la chaîne de programmation en aval.

Les cadres de santé du bloc opératoire font l'objet de critiques fréquentes, car ils cristallisent la pierre d'achoppement d'accès au bloc. Certains déclarants les accusent de favoriser les autres disciplines chirurgicales à leurs dépens. Quelques collègues vont même jusqu'à mettre en cause leur compétence pour juger de la priorité des urgences. Le problème vient aussi de la dernière catégorie d'acteurs : les collègues chirurgiens.

Les collègues chirurgiens peuvent s'avérer de redoutables concurrents dès lors qu'ils ont leurs propres urgences à régler ou un programme long qu'il faut terminer. Sur les 28 cas de difficultés d'accès au bloc, l'hostilité ou le manque évident de coopération est clairement indiqué 7 fois dans les causes profondes.

Les médecins responsables de l'imagerie médicale (angiologue ou radiologue) sont mis en cause à plusieurs reprises pour la mauvaise qualité de leur exploration ou la difficulté d'obtenir les résultats desdites explorations. Ceci résulte du fait d'horaires d'ouverture des cabinets, multiplicité des centres (radiologie, cabinet d'angiologie), systèmes informatiques incompatibles. À ce propos il apparaît de plus en plus nécessaire que le chirurgien vasculaire possède la pratique de l'échographie, non pas pour se substituer au radiologue ou à l'angiologue, mais pour exercer un contrôle des données (sorte de checklist ultime d'imagerie) ou pour un éventuel changement de tactique peropératoire.

Les IDE sont rarement responsables de dysfonctionnements, car ces acteurs sont parfaitement rôdés dans les services spécialisés comme la néphrologie, la dialyse ou le service de chirurgie vasculaire. Les seules erreurs rapportées (essentiellement le prélèvement sanguin aux fins d'analyse dans la veine siège de la FAV), relèvent de l'inexpérience.

Dans les acteurs de santé il convient de rattacher aussi les divers cadres, notamment administratifs, qui interviennent dans la politique générale de l'établissement à savoir le

planning des personnels et les plages de programmation. Ceci peut avoir un retentissement très négatif sur le fonctionnement du bloc opératoire. Des anomalies graves de fonctionnement sont rapportées à plusieurs reprises par les déclarants. Par exemple : salle dédiée aux urgences occupée pour « finir » le programme pléthorique d'un chirurgien de spécialité différente. Prise en charge immédiate impossible du fait de l'absence de vacation le jour considéré ou, pire encore, prise en charge différée car elle arrive en fin de plage de vacation attribuée au chirurgien vasculaire. Les cadres et responsables de la gestion d'un bloc ont la tâche difficile de remplir des cases avec des noms : cela ne suffit malheureusement pas pour absorber les aléas liés aux urgences. On voit pointer ici le problème des ressources humaines et des moyens financiers.

3) Le patient

Le patient dialysé est particulier à plusieurs titres. Comme le diabétique (ce qu'il est fréquemment aussi), il est malade tous les jours et ce jusqu'à la fin de sa vie. Il endure notamment de longues heures de dialyse, des prélèvements sanguins permanents et des transports incessants. De plus le porteur d'une FAV a tôt fait de comprendre que celle-ci, malgré tout le soin que l'on aura apporté à sa confection, nécessitera de nombreuses reprises : la vie d'une FAV n'est pas un long fleuve tranquille. Le dialysé est habitué à être entouré d'une armada de PDS « à ses petits soins », le tout dans une transparence complète, notamment la gratuité totale. Il en résulte un niveau d'exigence élevé qui conduit parfois l'équipe à modifier le schéma thérapeutique sur un mode dégradé. Des relations conflictuelles (patients difficiles ou franchement psychiatriques) sont rapportées 14 fois comme élément déterminant de l'EIAS.

4) Les problèmes spécifiquement liés à la FAV dans l'épuration extrarénale

Le patient dialysé porteur d'une FAV peut devenir rapidement un casse-tête pour le chirurgien : l'évolution d'une fistule est jalonnée de complications à distance. Certes la sténose puis la resténose ont largement bénéficié des techniques endovasculaires, mais cela ne résout pas tout. Les resténoses sont de plus en plus rapprochées dans le temps et les autres complications ne sont pas rares : anévrisme, hémorragie et infection avec bien sûr la thrombose. La préoccupation majeure du chirurgien est de gérer le capital vasculaire de son patient, veineux mais aussi artériel, dans une ambiance technique qui relève parfois du challenge, le tout bien entendu dans un contexte d'urgence.

Mais les problèmes spécifiquement liés à la FAV dans l'épuration extrarénale ont un leitmotiv qui est celui du délai de la prise en charge rapide, soit d'une complication liée à une FAV existante, soit plus rarement à la création de novo d'une FAV. Les obstacles, on l'a vu, sont nombreux : difficulté d'accès au bloc opératoire, attitude peu compliant des cadres de bloc, craintes des médecins anesthésistes et malheureusement aussi défaut de coopération des collègues chirurgiens. Le retard de prise en charge résultant de la combinaison de tous ces facteurs se retrouve clairement énoncé dans l'item « conséquences ciblées » : mise en place de 10 KT qui auraient pu être évités, 2 thromboses de FAV, 4 pertes définitives de la FAV, 2 hémorragies abondantes et 1 décès.

B) Que proposer pour pallier ces difficultés ?

1) Une communication tous azimuts

On l'a vu, le délai de prise en charge d'un patient posant un problème en rapport avec une FAV est directement lié au degré de coopération et coordination des PDS. Il est nécessaire que les différents acteurs entourant le chirurgien vasculaire et son patient prennent la mesure de l'importance de la rapidité de cette prise en charge. Ceci repose sur une coopération réelle des acteurs, pas seulement déclarative. La circulation de l'information (dossier du patient, résultats des bilans sanguins et d'imagerie) doit être rapide et fiable. Ceci est parfois compliqué, car cela fait intervenir des acteurs différents dans des centres souvent différents. C'est là où toute la puissance de l'informatique doit agir. Il serait idéal de concentrer les informations sur un même site sécurisé, accessible par tous les acteurs autorisés, ceci 24h/24 7J/7 (à l'instar des gros centres de radiologie). Quand cela n'est pas possible ou disponible, le recours à d'autres systèmes informels peut être discuté. Ce procédé a été spontanément utilisé à plusieurs reprises par des déclarants. Ils ont créé un petit groupe sur un réseau social fermé permettant le partage d'informations sur un patient dans le cadre de l'urgence : nom, prénom, type de complication, geste envisagé, à jeun ou non, anticoagulant éventuel. Tous les acteurs de santé concernés reçoivent la même information. Cela soulève, bien entendu immédiatement, le problème de la sécurité des informations et la protection de données éventuellement sensibles.

Concernant les déclarations des adhérents, il semble nécessaire de limiter au maximum les items ouverts, car ils sont strictement inexploitable en dehors de l'étude de la fréquence de certains mots-clés simples. On trouve autant de réponses que de déclarants et, plus grave, des réponses complètement incongrues à la question posée. Chaque fois que cela est possible, il faudrait remplacer ces items par des éléments à cocher avec un ou plusieurs choix possibles.

- 2) L'attribution de plus de ressources humaines et de moyens est comme toujours au centre de la politique de santé. Certes le coût de la dialyse est exorbitant et la politique de gestion maîtrisée des dépenses est louable vis à vis de l'argent public, mais ceci a des effets néfastes. À cela s'ajoute un phénomène social issu des dernières décennies : la culture du week-end (qui commence bien souvent le vendredi à midi). La préoccupation majeure du chirurgien vasculaire et même de tout chirurgien, qui reçoit un appel pour une prise en charge rapide d'un patient n'est pas d'avoir une charge de travail mais de savoir comment et à quel moment il pourra réaliser cette prise en charge. C'est la conquête du bloc qui commence : personnel réduit, réduction du nombre de salles ouvertes, médecin anesthésiste débordé et compétition avec les collègues qui ne sont pas toujours de bonne foi.

Conclusion

Force est de constater que la plupart des complications évolutives des FAV constituent une urgence vitale largement sous-estimée et rétrogradée dans l'esprit de beaucoup d'acteurs de santé. Le patient porteur d'une FAV est en tant que patient, selon la formule consacrée, au centre des soins, mais c'est à coup sûr la coopération et la coordination des PDS qui est au centre de sa prise en charge

Le dialysé rénal est titulaire d'un permis de vivre à points : chaque FAV perdue lui enlève un certain nombre de points. Ceci est d'autant plus navrant que c'est le retard de prise en charge qui en est souvent responsable. Il semble exister une fonction linéaire décroissante

entre le retard de prise en charge d'une FAV pré-thrombotique ou fraîchement thrombosée et les chances de survie du patient.

Il paraît important que les acteurs de santé, liés de près ou de loin à la prise en charge des dialysés chroniques, prennent en considération quelques mesures suivantes : accès prioritaire au bloc au même titre que les urgences vitales et, pour les médecins anesthésistes, généralisation des anesthésies locorégionales(en dehors de la prise d'AC) pour effectuer dans de bonnes conditions des gestes réparateurs de plus en plus complexes au fil du temps et qui nécessitent unedurée de réparation plus longue.