



# Parcours de soins des insuffisants rénaux chroniques terminaux qui démarreront la dialyse en urgence : une approche méthodologique mixte

Adélaïde Pladys, Maxime Raffray, Laetitia Laude, Cécile  
Vigneau, Sahar Bayat

Département MÉTIS (MEthodes quanTItatives en Santé publique), **EHESP**, Rennes





# Insuffisance rénale chronique (IRC)

- IRC : Destruction **irréversible** du rein due à une maladie chronique
- Progression sur plusieurs mois / années → stade **terminal** (IRCT)
- Recours au traitement de suppléance :
  - Dialyse (HD, DP)
  - Greffe rénale
- Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (**REIN**) :
  - **Fin 2015 : 80 000 cas d'IRCT**
    - **56 % en dialyse**
    - **44 % greffés**
- Enjeu économique : Prise en charge estimée à **4 Milliards €** en 2007

Rapport annuel REIN 2015

HAS 2014, Rapport évaluation médico-économique IRCT





# Parcours de soins des patients atteints d'IRC

- Articulation période pré-dialyse – dialyse délicate
  - Coordination entre le médecin généraliste et le néphrologue
- **HAS, 2012** : publication d'un **guide d'un parcours de soins** de l'IRC
  - Expliciter le processus de prise en charge
  - Promouvoir la **coordination/coopération** entre professionnels de santé dans la prise en charge
- **Coordination cruciale** afin de limiter le démarrage de la dialyse en urgence

HAS 2014, Rapport évaluation médico-économique IRCT





# Démarrage de la dialyse en urgence

- Définition du **démarrage en urgence** (REIN)
  - *une première séance de dialyse réalisée immédiatement (<24h) après une évaluation par un néphrologue en raison d'un risque vital. Cette notion n'exclut pas une décompensation aiguë malgré une prise en charge précoce par un néphrologue*
- **Conséquences** d'un démarrage en urgence :
  - Augmente risque de mortalité et morbidité
  - Moindre probabilité d'inscription à la liste d'attente pour la greffe rénale,
  - Diminue la qualité de vie
- Etats généraux du Rein : démarrage de la dialyse en urgence → Indicateur de **coordination insuffisante** du parcours de soin

Panocchia et al, 2016  
Chen et al, 2016  
Park et al, 2015  
Chantrel et al, 2010





# Démarrage de la dialyse en urgence

- En 2015 : **33 %** des cas incidents en HD démarraient la dialyse en urgence vs 26% en 2006

Rapport annuel REIN 2015

- Malgré les recommandations de la HAS, le % de démarrage en urgence reste **élevé**

- **Etudes françaises :**

- Survie
- Accès à la greffe

Chantrel et al, 2010  
Michel et al, 2015

- Absence d'étude menée sur le parcours de soins pré et post-dialyse





# Objectifs de l'étude

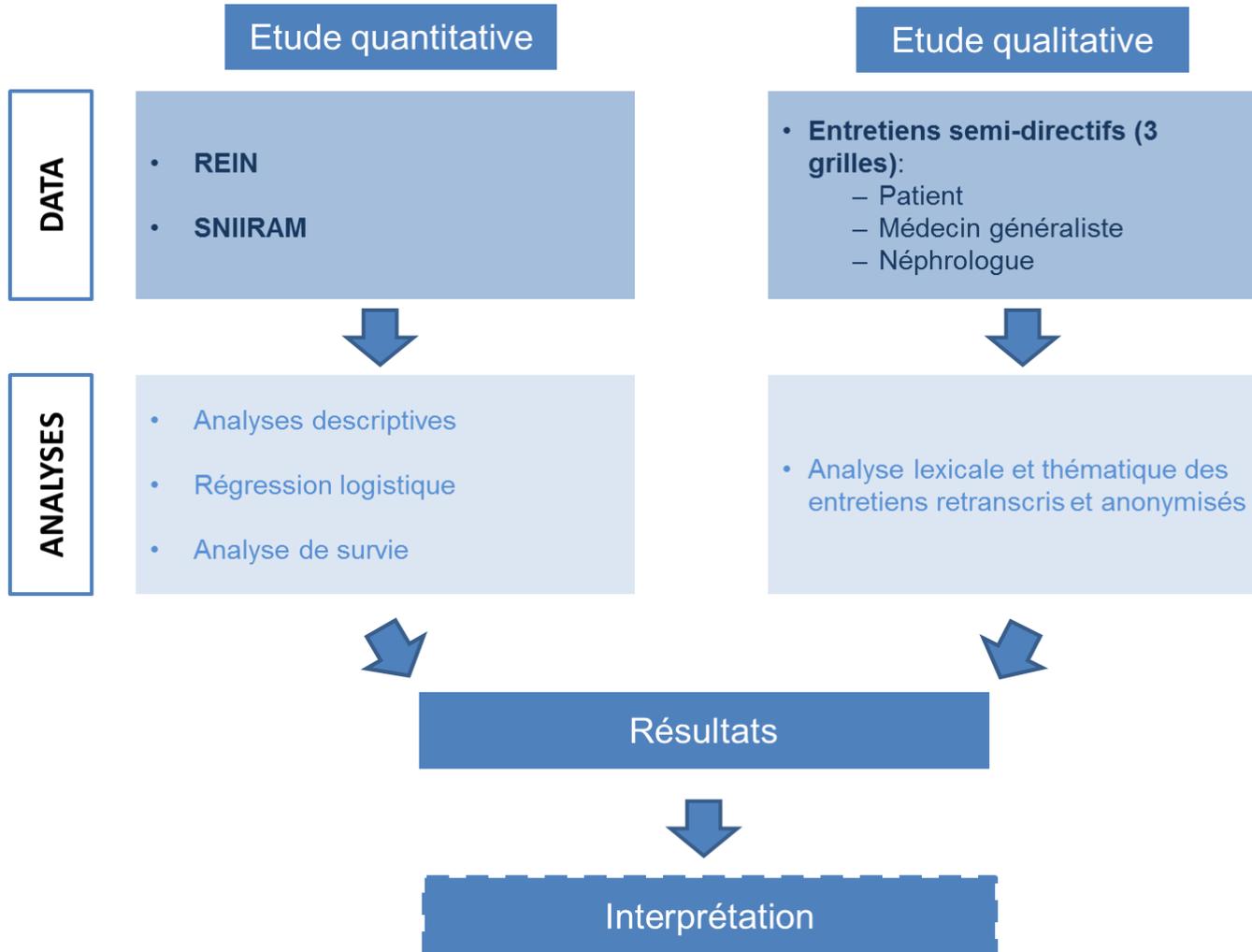
- Etudier le parcours de soins des patients ayant recours à la dialyse en urgence selon une **approche méthodologique mixte** :
  1. **Volet quantitatif** : Comparer le parcours de soins (pré et post-dialyse) des patients ayant démarré urgence avec :
    1. Le parcours recommandé par la HAS
    2. Le parcours des patients bénéficiant d'une 1ère dialyse programmée
  2. **Volet qualitatif** : Par entretien auprès des patients, médecins généralistes (MG) et néphrologues :
    1. L'état des connaissances des recommandations du guide de soin de la HAS,
    2. L'état des pratiques engagées
    3. Les causes perçues de démarrage en urgence





# Population et Méthodes

## Modèle contingent :





# Population et Méthodes

## Etude quantitative :

1. Population étudiée : Patients en IRCT,  $\geq 18$  ans ayant démarré la dialyse en France en **2015**
2. Bases de données :
  - (1) **REIN** :
    - Caractéristiques des patients : socio-démographiques, bio-cliniques
    - Caractéristiques de la 1<sup>ère</sup> dialyse : année de démarrage de la dialyse, type établissement et modalité de dialyse, conditions du démarrage de la dialyse (urg vs prog)
    - Devenir 1 an après le démarrage de la dialyse : inscription sur la liste d'attente de greffe, de décès





# Population et Méthodes

## (2) SNIIRAM :

- Bases de l'assurance maladie
- Enregistrement des informations **recours aux soins** des patients

### Données étudiées :

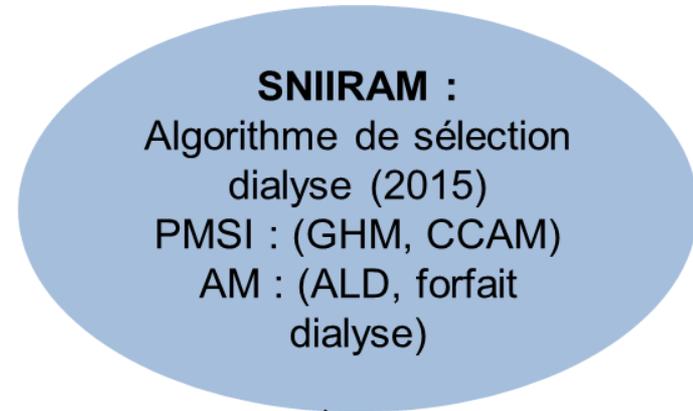
- Données patients : âge sexe, commune et département de résidence
- Prestations remboursées médecine de ville : actes médicaux, consultations, prescriptions médicamenteuses, informations prescripteurs...
- Séjours hospitaliers (PMSI)





# Population et Méthodes

- Identification des cas incidents :



- Rapprochement  
indirect :





# Population et Méthodes

## 3. Analyses statistiques :

- a) Analyse descriptive des **caractéristiques** des patients incidents
- b) Comparaison des **caractéristiques** urg vs prog (**Chi<sup>2</sup>, test t**)
- c) Comparaison des **parcours de soins** pré et post-dialyse (**uni et multivariées**)
  - urg vs recommandations HAS
  - urg vs prog
    - *2 années avant le démarrage de la dialyse*
    - *1 année après le démarrage*
- e) **Survie** à 1 an des patients (**modèle de Cox**)
  - Comparaison urg vs prog
- f) **Accès à la liste d'attente de greffe rénale** à 1 an (**modèles de Cox et de Fine & Gray**)
  - Comparaison urg vs prog



# Population et Méthodes

## Etude qualitative :

1. Population étudiée : **Patients** ayant démarré la dialyse en urgence en 2018 en Bretagne, dans les communes ayant un risque +/- élevé de démarrage en urgences; **MG, néphrologues**
  
2. Bases de données : Entretiens semi-directifs
  
3. Analyses des données selon 2 niveaux :
  - a) Recommandations de la HAS :
    - Identifier les connaissances et l'appropriation des recommandations
    - Comprendre comment améliorer la diffusion
  
  - b) Recours de la dialyse en urgence :
    - Décrire l'état des pratiques
    - Analyser les causes perçues du démarrage en urgence
    - Comprendre comment améliorer le parcours de soins





# Retombées attendues

- Etude parcours de soins :
  - 1<sup>ère</sup> étude en France
  - Approche méthodologique **originale** :
    - **Complémentarité** des méthodes quantitatives et qualitatives
    - **Complémentarité** des sources de données (REIN + SNIIRAM)





# Retombées attendues

- Comprendre le parcours de soins des patients ayant démarré en urgence
  - **Amélioration** des pratiques professionnelles
  - Sensibilisation des MG/néphrologues aux recommandations
- Renforcer la **coordination** interprofessionnelle
  - Amélioration de la prise en charge de l'IRC
  - Ralentissement de la progression de la maladie
  - **Diminution recours à la dialyse en urgence**



***Merci de votre attention***

Adélaïde Pladys  
[adelaide.pladys@ehesp.fr](mailto:adelaide.pladys@ehesp.fr)