



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

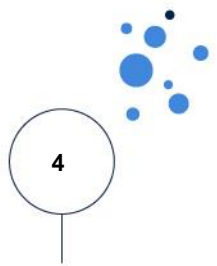




Démarrage de la dialyse en urgence

- 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

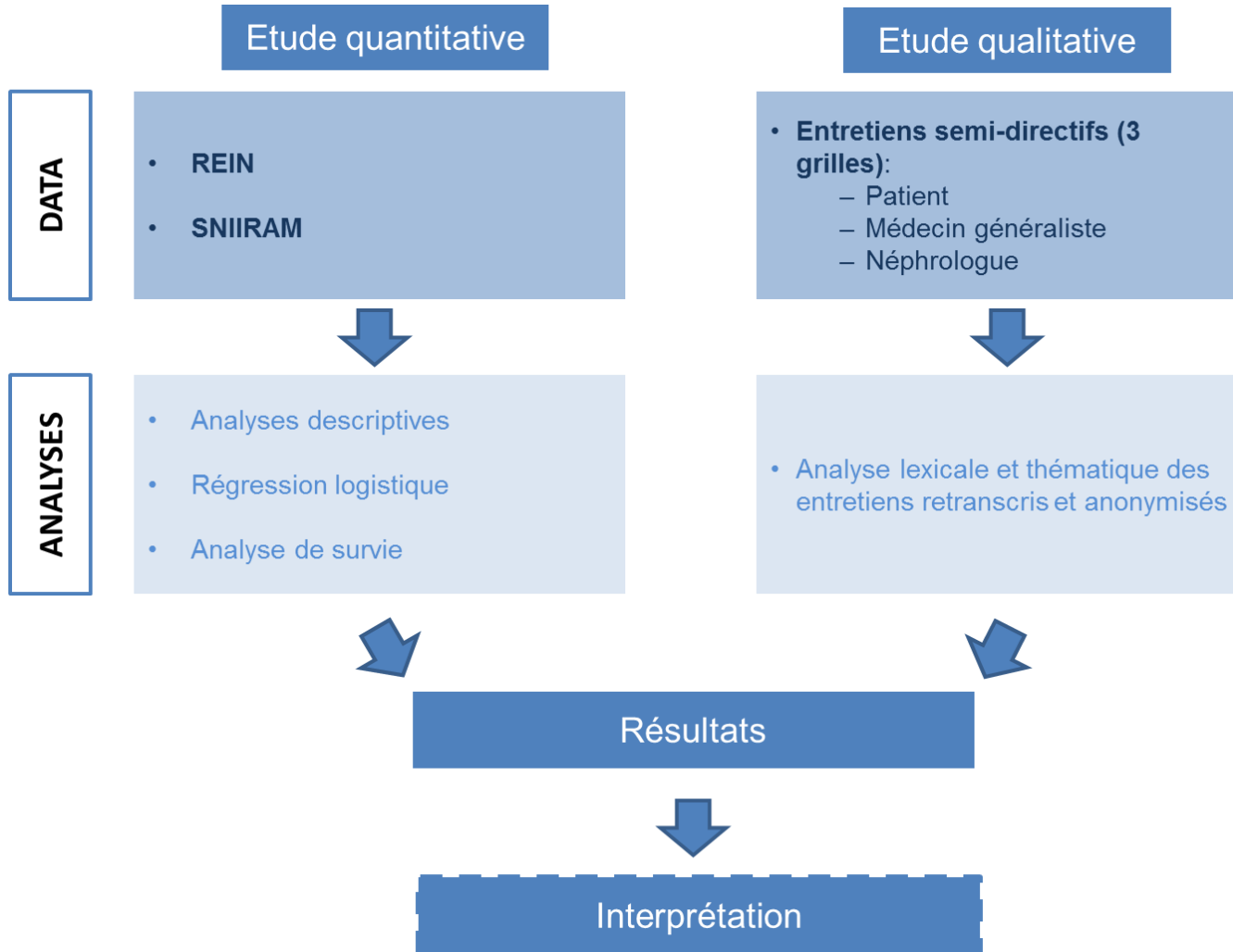
- Etudier le parcours de soins des patients ayant recours à la dialyse en urgence selon une **approche méthodologique mixte** :
 1. **Volet quantitatif** : Comparer le parcours de soins (pré et post-dialyse) des patients ayant démarré urgence avec :
 1. Le parcours recommandé par la HAS
 2. Le parcours 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, ≥ 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^{ère} 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 :

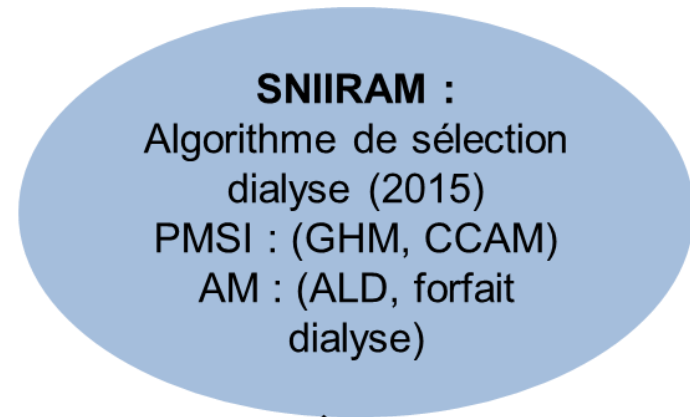
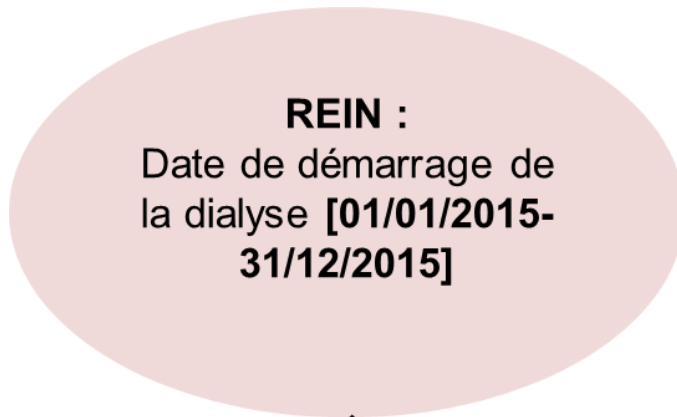
- Données patients : âge sexe, commune et département de résidence
- Prestations remboursées médecine de ville : actes médicaux, consultations, prescriptions médicamenteuses, informations prescripteurs...
- Séjours hospitaliers (PMSI)



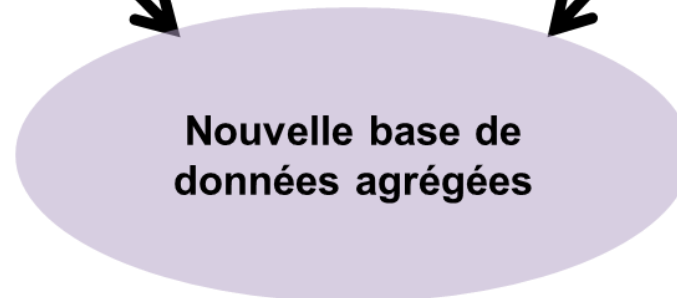


Population et Méthodes

- 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 (**Chi², 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^{ère} 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