

SUPLÉER L'INSUFFISANCE RÉNALE CHRONIQUE

La journée mondiale du 2 mars et la **semaine nationale du rein** qui s'achève le 28 mars prochain ont permis de mettre l'accent sur l'**information**, la **prévention** et le **dépistage** des maladies rénales qui touchent 3 millions de personnes en France. La **dialyse** et la **greffe** ont révolutionné la prise en charge de l'insuffisance rénale terminale mais leur accès reste encore inégal.



Diabète et HTA, les principaux pourvoyeurs d'IRC Les disparités et inégalités d'accès à la dialyse persistent

Le nombre de patients souffrant d'une **insuffisance rénale chronique terminale** dialysés ou greffés augmente, de 52 000 en 2003 à 76 000 en 2013. La **dialyse** reste majoritaire. En 2013, 56 % des patients étaient dialysés et 44 % greffés contre respectivement 59 % et 41 % en 2003. Malgré un « arsenal réglementaire » garantissant un traitement par dialyse de **haute qualité**, des disparités d'accès sont toujours présentes.

● Même si le nombre de transplantations rénales a augmenté ces dernières années - il a « doublé » chez les plus de 60 ans en 10 ans -, la dialyse reste le traitement de suppléance le plus fréquemment de l'insuffisance rénale aiguë ou chronique au stade terminal. « L'objectif est d'augmenter le nombre de greffés, qu'il soit supérieur à celui des dialysés », explique le Pr Philippe Brunet, président de la société francophone de dialyse, adjoint chef du service de néphrologie et transplantation, CHU de Marseille, AP-HM. Il est aussi d'améliorer l'accès à la dialyse qui reste inégal selon les départements.

La France compte, chaque année, 150 nouveaux patients dialysés par million d'habitants alors que les États-Unis frôlent les 350 nouveaux patients par million d'habitants. Ces fluctuations sont essentiellement « dues aux différences de proportion des diabétiques et des hypertendus dans la population », explique le Pr Brunet, les deux causes les plus fréquentes de maladie rénale chronique. Des inégalités que l'on retrouve au sein même des régions françaises. Le Nord-Pas-de-Calais, la Lorraine



Plus de la moitié des patients qui ont besoin d'un traitement de suppléance sont dialysés

et l'Ile-de-France ont une incidence plus forte que la moyenne nationale, aux alentours de 174 nouveaux patients par millions d'habitants et les DOM-TOM ont des scores « interpellants », puisqu'ils ont entre 250 à 370 nouveaux patients par million d'habitants chaque année. « Là aussi, ce sont des populations dans lesquelles le diabète explose, probablement du fait des modes de vies et des comportements alimentaires », souligne le Pr Brunet.

Facteurs de précarité

Les disparités sont aussi liées à la pauvreté et à la précarité. Dans le Nord-Pas-de-Calais, il existe une superposition entre les zones d'incidence de dialyse les plus fortes et les zones de précarité. « On y observe moins de prévention, plus de facteurs de risque et les comportements nutritionnels sont probablement moins bons que dans les zones de population plus aisées », indique le Pr Brunet,

on peut se demander s'il ne faut pas mettre plus de moyen dans certaines zones où on identifie une précarité afin d'avoir une meilleure prise en charge médicale ». La distance entre le domicile et les centres de néphrologie est aussi un facteur de disparité. Afin d'améliorer la prise en charge partout sur le territoire, une campagne de recueil des indicateurs de qualité et de sécurité des soins (IPA-QSS) en hémodialyse sera lancée cette année, sous l'égide de la Haute Autorité de la santé (HAS) auprès des 1 200 centres français. L'enquête évaluera notamment la conformité à la circulaire ministérielle de mai 2003 qui demande que tous les établissements de dialyse s'assurent le concours d'une diététicienne, d'une assistance sociale et d'une psychologue. « On espère que ces enquêtes vont permettre d'identifier les disparités, et à terme de les gommer », conclut le Pr Brunet. La publication des résultats devrait avoir un effet stimulant sur les établissements de dialyse. »

Sophie Martos

Pallier la pénurie de greffons

● La transplantation rénale demeure le second traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale. « Il existe une discordance importante entre l'offre et la demande en transplantation rénale avec un indice de pénurie de 4,7 », explique le Pr Benoît Barrou, urologue chirurgien à la Pitié-Salpêtrière et président la Société francophone de transplantation (SFT). En 2014, un peu plus de 3 000 greffes de reins ont été réalisées et 90 % des greffons provenaient de donneurs décédés par mort encéphalique (DDME). Mais cette politique a ses faiblesses. La liste nationale d'attente de transplantation, elle se rallonge chaque année, (environ 4 000 nouveaux malades inscrits en 2014 alors que 10 000 patients y sont déjà répertoriés). Depuis 2011, la loi Bioéthique a élargi le cercle de donneurs vivants pour le don d'organe mais seulement 400 transplantations à partir de donneurs vivants ont été exécutées en 2014. Le prélèvement sur donneur décédé par arrêt circulatoire (DDAC) pourrait être l'autre alternative à la pénurie de greffons.

Une première autorisation

Le décès par arrêt circulatoire peut survenir dans deux circonstances. La première est lorsque l'arrêt survient de manière inopinée (le plus souvent en dehors de l'hôpital). Le prélèvement est possible dans certaines conditions. « C'est extrêmement technique et difficile, il faut des moyens humains importants, les équipes pré-hospitalières en amont, des réanimateurs et des chirurgiens en aval, tous

très motivés. Les équipes le plus souvent insuffisamment étoffées sont un frein au développement de la méthode. La transplantation est une activité transversale et multidisciplinaire », souligne le Pr Barrou. Le programme lancé en 2007 a été impulsé par les professionnels de santé et l'Agence de Biomédecine (ABM). « On a fait un comité de pilotage entre les professionnels qui étaient volontaires et l'ABM et on a mis au point un protocole national qu'on suit tous rigoureusement », explique le Pr Barrou. Au total, 528 greffes ont été réalisées entre 2007 et 2014 par les 14 équipes autorisées. Les greffes provenant des DDAC donnent de bons résultats (le taux de survie des greffons à deux ans est de 91 %).

La seconde circonstance d'arrêt circulatoire est dite « contrôlée » : l'arrêt circulatoire est secondaire à l'arrêt des thérapeutiques actives chez un patient hospitalisé (le plus souvent victime de lésions cérébrales graves ou d'anoxie), pour lequel il n'y a plus aucun espoir thérapeutique. Cet arrêt est réalisé de manière très encadrée selon les termes de la loi Leonetti. Une technique qui a déjà fait ses preuves car « elle est autorisée depuis 15 ans en Angleterre, Belgique, États-Unis et Pays-Bas », ajoute-t-il. En France le programme vient juste de commencer. Une autorisation a été accordée en décembre 2014 au centre d'Annecy. Deux prélèvements ont déjà été réalisés qui ont conduit à 4 greffes de rein et une greffe de foie avec de bons résultats initiaux. Un deuxième centre devrait être autorisé dans les prochains jours. Sophie Martos

La dialyse péritonéale ou l'option boudée (mal-aimée) de l'autonomie

● « Le choix de la dialyse péritonéale (DP), c'est celui de la liberté », explique le Dr Pierre-Yves Durand, chef du service de dialyse à Vannes. Cette méthode de dialyse permet au patient de gérer lui-même la dialyse et de le faire à domicile, de jour ou de nuit pendant son sommeil, d'adapter le traitement à son activité et même de voyager en emportant les poches dans ses valises. Pourtant, malgré ses avantages, la DP n'est pas assez développée en France.

« La prévalence de la technique

reste désespérément inférieure à 10 % dans la population des dialysés », se désole le néphrologue de Vannes. Pour le Pr Philippe Brunet, président de la société francophone de dialyse, « les inégalités d'accès à la DP sont très problématiques ». Le taux des nouveaux patients « peut varier de 0 % comme en Guyane, à 30 % en Franche-Comté », détaille le Dr Durand. La situation de la DP dans l'Hexagone contraste fortement avec celle de l'hémodialyse. « Il faut se battre pour mettre un patient en DP », décrit-il.

Des médecins réticents

La sous-représentation de la DP n'est vraisemblablement pas le reflet du choix des patients. « Selon plusieurs études convergentes, quand les patients reçoivent une information pré-dialyse standardisée, 40 à 60 % d'entre eux, soit environ 1 sur 2, choisissent la DP », explique le Dr Durand. Le temps hebdomadaire consacré à la dialyse est réparti de façon différente mais est sensiblement le même. L'information donnée au patient est très importante,

et plus que tout, c'est la façon dont elle est faite. Les vrais freins viennent des médecins. La DP repose sur leur motivation et leur conviction. »

Les obstacles sont multiples. « Les difficultés rencontrées au démarrage d'un programme de dialyse sont démotivantes pour les équipes, commente-t-il. Les problèmes de cathéter, souvent quand le chirurgien est peu expérimenté, peuvent tuer dans l'œuf une technique. Un problème de mauvais positionnement du cathéter peut être très délicat et long à résoudre. De plus, la DP véhicule une « mauvaise image » dans les services hospitaliers, où elle est synonyme de surcharge de travail pour des infirmières très occupées ». À cela s'ajoutent des filières parfois très étanches, qui ne réfèrent pas vers le domicile des patients éligibles.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé, il y a très peu de contre-indications à la DP. Comme le résume le Dr Durand, chef de projet du texte publié en 2007 : « La DP est réalisable dans la très grande majorité

des situations pour lesquelles l'hémodialyse est aussi possible, laissant le choix ouvert. Les seules contre-indications absolues sont l'obésité morbide, les délabrements irréparables de la paroi abdominale, les éviscération non opérables. Les autres contre-indications tiennent à l'environnement du patient : habitat insalubre, absence d'infirmier libéral disponible si le patient n'est pas autonome, hygiène insuffisante ».

Les jeunes en attente de greffe

L'adhésion à la DP est très variable. « Chez les sujets âgés non autonomes, la DP avec le passage d'une infirmière à domicile est une alternative à l'hémodialyse. Chez les jeunes, la DP est une très bonne indication chez les sujets en attente de greffe, puisqu'ils n'auront pas eu de fistule artério-veineuse et ne garderont aucune séquelle ». Certains centres de dialyse ont d'ailleurs pris le parti de proposer systématiquement la DP à tout nouveau patient, afin de préserver au maximum le capital vas-

culaire. « C'est une bonne option pour entrer dans la dialyse, commente le Dr Durand. Quitte à venir à l'hémodialyse ensuite, les transferts de l'une à l'autre sont possibles. » Le Pr Brunet se veut optimiste sur l'évolution des choses : « Aujourd'hui, près de 90 % des services universitaires donnent accès à un enseignement de la DP. Il existe un vivier de jeunes néphrologues qui ont les outils pour la développer ». La formation repose encore beaucoup sur l'initiative personnelle, mais les supports se multiplient. Le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française (RDPLF) joue un rôle de pivot. « C'est d'abord un registre unique sans équivalent, plus exhaustif que celui du rein. Mais c'est bien plus qu'un registre, c'est un outil très interactif d'aide à la prescription, conclut le Dr Durand. Le site consacre aussi une page d'information à visée des médecins généralistes pour préciser leur rôle en cas de complication ». Dr Irène Drogou

2,6

millions de sujets ont eu accès à un traitement de suppléance du rein en 2010; 4,9 à 9,7 millions en avaient besoin

Chiffres du « Lancet » publié en ligne le 13 mars 2015

www.rdpf.org