



## ÉDITORIAL

## Quinze pour cent de patients dialysés traités par DPCA/DPA en 2010 : mythe ou réalité ?

## Fifteen percent of dialysed patients treated with CAPD/APD in 2010: myth or reality?

Depuis bientôt 30 ans la dialyse péritonéale (DP), a été considérée comme une méthode substitutive de la fonction rénale efficace pour le traitement au long cours de patients atteints d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT), qu'ils soient ou non diabétiques [1]. Les innovations technologiques introduites dans le domaine de la DP telles que les nouvelles solutions de dialyse, les mesures plus rigoureuses de prévention et de traitement des complications abdominales ont rendu cette méthode de dialyse efficace, sûre et largement acceptable par les patients. En dépit des progrès réalisés, des controverses persistent relatives aux indications électives ou préférentielles de la DP et aux avantages et inconvénients respectifs de l'hémodialyse (HD) par rapport à la DP pour les patients traités pour IRCT.

Un symposium organisé à Paris le 16 décembre 2005 dans le cadre du « Paris DP Club » avec le soutien du laboratoire Fresenius, a eu pour objet de faire le point sur les difficultés du développement de la DP et ce, plus particulièrement en Île-de-France où la prévalence de l'IRCT est l'une des plus importantes en France métropolitaine.

Dans le monde, à la fin de l'année 2004, environ 1 800 000 patients étaient traités pour IRCT dont 77 % par une méthode de dialyse. L'HD était utilisée chez 89 % des patients dialysés, 11 % seulement étaient traités par DP avec une grande disparité selon les pays. Les pourcentages de patients traités par DP en Corée du Sud, Mexique et Royaume-Uni sont supérieurs à 20 % alors qu'ils sont inférieurs à 10 % au Japon, en Allemagne ou en France. On observait toutefois une augmentation de 6 % des patients traités par DP entre 2003 et 2004, principalement en rapport avec le développement de la dialyse péritonéale automatisée (DPA) [2]. En France, une enquête menée par la

CNAMTS en 2003 [3] a permis de confirmer un faible développement de la DP avec seulement 8,7 % des patients dialysés traités par cette technique. Il existait une disparité régionale très importante. Ainsi, en Franche-Comté, le pourcentage de patients traités par DP était de 26,5 % alors qu'il n'était que de 6,9 % en Île-de-France [3].

Les décrets ministériels relatifs au traitement de l'IRCT en France publiés en 2002 établissent que la DP est une des quatre modalités de dialyse prévues pour le traitement de l'IRCT (article R6 2354) et que tout établissement qui ne dispose pas de l'ensemble des modalités de dialyse doit veiller à assurer l'orientation des patients vers un établissement autorisé à pratiquer la modalité la plus adaptée à chaque cas particulier (article R.6123-56). Le décret s'appuie sur le concept suivant lequel il faut concevoir la prise en charge d'un patient atteint d'IRCT comme un projet thérapeutique global pour toute sa survie ultérieure. Le choix du traitement initial doit ainsi s'inscrire dans une stratégie de long terme, la majorité des patients devant avoir recours au fil du temps à plusieurs techniques successives en fonction de l'échec de l'une d'entre elles. À cet égard, il existe un bénéfice démontré de la transplantation rénale chez les patients les plus jeunes, la greffe étant le plus souvent précédée d'une période de dialyse. La DP représente ainsi une option préférentielle pour les sujets jeunes en attente de transplantation rénale [4] ou pour certains sujets très âgés ou polyartériels [5]. Pour les autres patients, il convient de choisir pour chaque patient la meilleure modalité de traitement en fonction de son profil clinique, psychologique, sociofamilial et de son choix préférentiel compte tenu des moyens disponibles, mais aussi en tenant compte des aspects économiques et financiers des différentes techniques.

Dans ce contexte, les objectifs du SROSS annoncés pour l'horizon 2010 comportant 15 % des malades dialysés traités par DP peuvent-ils raisonnablement être atteints ? Un certain nombre d'obstacles importants concernant un tel projet sont parfaitement cernés. Certains sont d'ordre clinique, psychologique, sociétal, financier, ou en rapport avec des réticences du corps médical ou à des défauts organisationnels dans la mise en place de réseaux de soins néphrologiques.

## Les obstacles cliniques

Les obstacles cliniques ne représentent plus, dans la grande majorité des cas, un obstacle réel ou un frein au recours à la DP. L'infection péritonéale, considérée à juste titre au cours des décennies précédentes comme une complication fréquente et grave de cette technique de dialyse, n'est plus aujourd'hui une préoccupation majeure [6]. En fait, les arguments dissuasifs vis-à-vis de la DP sont actuellement le plus souvent fondés sur des considérations autres que cliniques.

## Les obstacles psychologiques et sociétaux

Ils ressortent pour une large part de l'attitude consumériste prévalente dans les sociétés occidentales qui conduit de nombreux patients et leur famille à demander d'être pris en charge pour l'intégralité de leur traitement par le corps médico-infirmier soignant, à l'image d'une prestation hôtelière. Les modifications de l'image corporelle peuvent amener certains patients à préférer le port d'une fistule pour hémodialyse à celui d'un cathéter abdominal. La DP, comme l'autodialyse, représente une approche différente de la maladie car elle met en avant une amélioration de la qualité de vie, du vécu de la maladie et de son pronostic chez les patients qui sont partie prenante à leur traitement. Une fréquente limitation sociétale est due à la paupérisation importante d'une large fraction de la population qui rend souvent difficile, entre autres, la disposition au domicile d'un local adapté à la pratique de la DP. Enfin, les néphrologues ont été récemment amenés à prendre en charge une population accrue de patients migrants pour lesquelles l'HD en centre peut devenir un havre sanitaire.

## Les obstacles financiers

Ils perdurent sans solutions satisfaisantes. Les modifications tarifaires récemment introduites (T2A) entretiennent en effet de nombreuses obscurités sur les modalités actuelles et futures de remboursement de la DP, aussi bien dans le secteur public qu'associatif ou privé. La DP ne pourra se développer, en particulier dans le secteur privé, que dans la mesure où, en outre, un remboursement honnête prendra en compte la vérité des coûts (en particulier la DPA versus la DPCA). À ce jour, si la tarification 2005 (circulaire DAOS-119 du 1<sup>er</sup> mars 2005) a prévu un forfait d'entraînement à la DPA de 433,8 euros par séance, un forfait d'entraînement à la DPCA de 406,83 euros par séance, un forfait hebdomadaire pour la DPA à domicile de 700,34 euros et un forfait DPCA de 547,79 euros, il n'est pas prévu de forfait technique ou de forfait pour les hono-

raires médicaux pour la DP en ambulatoire dans le secteur privé. Des honoraires médicaux corrects pour la pratique de cette technique doivent être mis en place, de façon à ce que les néphrologues du secteur privé ne soient plus pénalisés financièrement pour chaque patient qu'ils traitent par DP par rapport à ceux traités en HD, alors que technique bénéficie actuellement d'un essor favorisé par de nombreuses autorisations d'ouverture de centres accordées par les autorités de tutelle.

## Les réticences du corps médical

Les réticences du corps médical jouent un rôle non négligeable. On observe depuis de longue date une désaffection des jeunes néphrologues pour l'apprentissage et la pratique de la DP, associée à un manque d'investissement des équipes universitaires pour l'enseignement de cette technique. Une formation structurée pour la DP est quasiment inexistante, attestée par l'absence de module dévolu à la dialyse péritonéale dans le cursus de formation des néphrologues français. La DP reste encore injustement trop souvent considérée par les néphrologues et leurs sociétés savantes comme une technique de deuxième niveau et de moindre fiabilité par rapport à l'HD.

## Les défauts de l'organisation des soins en néphrologie ont un impact négatif sur le développement de la DP

Une meilleure coopération entre néphrologues, généralistes et autres spécialistes pour une prise en charge plus précoce de l'IRC est indispensable [6]. Les médecins généralistes ont une méconnaissance de la DP (car moins médiatisée que l'HD), encore souvent majorée par le fait que le néphrologue peut avoir tendance à prendre progressivement la place du généraliste pour le suivi des patients atteints d'IRC. Des efforts importants ont été faits pour une meilleure information des patients en état d'urémie chronique à un stade avancé, en phase de pré-dialyse. Cette information se doit d'être objective et complète. Ces efforts se heurtent à un suivi néphrologique spécialisé des patients encore souvent trop tardif. Ainsi, 30 % d'une population de patients résidant en Île-de-France pris en charge en dialyse entre 1998 et 2000 dans un grand centre parisien avaient eu un suivi néphrologique inférieur à six mois [7]. Lorsqu'un traitement par dialyse doit être instauré dans un contexte d'urgence, aucun choix éclairé entre les différentes méthodes thérapeutiques fondées sur les bases d'un dialogue serein, détaillé et constructif entre patient et équipe soignante n'est plus possible.

Dans le cadre des récents schémas d'organisation sanitaire les tutelles ont proposé la création de centre « référents » pour la DP. Il en découle la nécessité pour les autres centres de dialyse d'établir des conventions avec ces centres. Néanmoins, cette logique administrative peut ne pas prendre en compte l'éloignement géographique des patients des centres référents et générer de ce fait d'importantes augmentations de coûts de transports médicalisés. La multiplication des conventions a pour conséquences l'engorgement de centres référents trop peu nombreux, dont l'activité est de plus freinée par des retards à

l'arrivée de nouveaux crédits et d'une mise à disposition de postes médicaux et paramédicaux. La création de nouveaux centres lourds en Île-de-France ainsi que la multiplication des structures dites UDM (unité de dialyse médicalisée) représente un facteur dissuasif pour le développement de la DP. Celui-ci est indissociable d'autorisations devant être accordées à la majorité des structures néphrologiques lesquelles devront bénéficier de forfaits de remboursement techniques et médicaux incitatifs. Afin de favoriser le développement de la DP, qui est actuellement après l'autodialyse, la technique la moins coûteuse d'épuration extrarénale chronique, il pourrait être efficace de s'inspirer du « modèle hollandais ». En effet, depuis la fin des années 1980 les hollandais ont su développer la DP grâce à un système de tarification proche de la T2A avec des forfaits techniques et des honoraires médicaux incitatifs au recours de cette technique [8].

### Croissance continue de la DP

Une croissance continue de la DP peut et doit être réalisée. Cette technique offre en effet de nombreux avantages en matière d'indépendance et de convenances pour de nombreux patients atteints d'IRCT, y compris, et même surtout, parmi ceux qui continuent à exercer une activité professionnelle. Par ailleurs, la DP contribue à alléger le lourd fardeau budgétaire de l'HD en centre. De grands efforts restent à accomplir au plan pédagogique par le corps médical en charge d'enseignement, les administrations de santé et les industriels pour que les méthodes de DP deviennent en France plus largement disponibles et plus facilement acceptables (et acceptées) dans un avenir que l'on continue d'espérer proche.

### Références

- [1] Zimmerman SW, Johson C, OBrien M. Long term survivors on peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 1987;10:241-9.
- [2] Grasmann A, Gioberge S, Moeler S, Brown G. ESRD patients in 2004; global overview of patients numbers, treatment modalities and associated trends. *Nephrol Dial Transplant* 2005;20:2587-93.
- [3] Enquête nationale SROS/IRCT-CNAMTS/DHOS, Juin. 2003.
- [4] Issad B, Benhamida M, Mouquet C, Bitker MO, Allouache M, Amaria R, et al. In: Ota K, Maher J, Winchester J, editors. CAPD--renal transplantation: a successful strategy of treatment for patients with terminal uremia: current concepts in peritoneal dialysis. 1992. p. 747-52.
- [5] Dimkovic N, Oreopoulos DG. Chronic peritoneal dialysis in the elderly. *Semin Dial* 2002;15(2):94-7.
- [6] Issad B, Freida P, Allouache M, Deray G. Comparaison de l'incidence des péritonites en dialyse péritonéale continue ambulatoire versus dialyse péritonéale automatisée. *Bull Dial Periton* 2001;11(1):3-10.
- [7] Jungers P, Joly D, Nguyen-Khoa T, Mothu N, Bassilios N, Grünfeld JP. Continued late referral of patients with chronic disease: causes, consequences and approaches to improvement. *Presse Med* 2006;35:17-22.
- [8] Van londen J. Netherlands: rational choices in health care. *Lancet* 1992;340(8813):228-9.

Belkacem Issad\*

Claude Jacobs

*Service de néphrologie, groupe hospitalier  
Pitié-Salpêtrière, 83, boulevard de l'Hôpital,  
75651 Paris cedex 13, France*

*Adresse e-mail : belkacem.issad@psl.aphp.fr (B. Issad).*

Guy Rostoker

*Service de néphrologie, centre hospitalier privé  
Claude-Gallien, 20, route Boussy-Saint-Antoine,  
91480 Quincy-sous-Sénart, France*

Reçu le 20 mai 2006 ; accepté le 24 juillet 2006

\*Auteur correspondant.