

# Table Ronde

« Organisation de la Dialyse »

25 Janvier 2013

*Walid ARKOUCHE*  
*Société de Néphrologie*

L'organisation initiale de l'hémodialyse chronique distinguait :

- une hémodialyse autonome, réalisable à domicile sans aide paramédicale qualifiée pour un patient indemne de comorbidité sévère
- l'hémodialyse en centre pour les autres patients

### Evolution

- auto-dialyse, initialement «substitut du domicile»
- structures expérimentales «de centre allégé», transformées en unités de dialyse médicalisée

Carte sanitaire sur la base d'un indice national de besoins, servant de limite aux indices régionaux fixé pour les appareils de dialyse installés dans les centres de traitement de l'insuffisance rénale chronique des adultes. Les appareils hors centre n'étaient pas soumis à indice

Au final, le recours à une modalité de traitement de l'insuffisance rénale chronique est devenu davantage liée à l'offre de soins disponible qu'à une indication médicale ou au choix de la personne concernée.

Le nouveau système de régulation introduit par les décrets du 23 septembre 2002 relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale

- a abrogé l'ancien indice de besoins qui limitait le nombre de postes de traitement par millions d'habitants
- et y a substitué un régime fondé sur les besoins des patients en terme
  - de niveau de prise en charge
  - de proximité de traitement

L'autorisation ne peut être délivrée qu'aux établissements qui disposent au moins des trois modalités suivantes : hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile

**A titre dérogatoire**, l'autorisation peut être délivrée à un établissement, s'il a conclu une convention de coopération organisant la prise en charge des patients

Le nouveau dispositif proposé s'appuie :

- sur un SROS, qui devient obligatoire et constitue le pilier du dispositif
- sur la définition des conditions d'implantation de l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale
- et sur la définition de conditions techniques de fonctionnement.

**Ce nouveau régime juridique, basé sur les besoins de la population, a pour objectifs**

- **de garantir le libre choix du patient : information et l'orientation des patients entre les diverses modalités de traitement de permettre une prise en charge adaptée et de qualité**
- **accès de proximité à la transplantation (proposée dès le stade avancée de l'IR) et à toutes les modalités de dialyse**
- **tout en assurant la continuité de la prise en charge : suivi, urgences et replis**

**Conventions de coopération : complémentarité de l'offre dans chaque bassin sanitaire, assurant les replis de dialyse et en hospitalisation**

- Article R6123-54: L'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extrarénale est exercée selon les quatre modalités suivantes :
  - 1° Hémodialyse en centre ;
  - 2° Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
  - 3° Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée ;
  - 4° Dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

- Article R6123-55: L'autorisation ne peut être délivrée qu'aux établissements qui disposent au moins des trois modalités suivantes: hémodialyse en centre, hémodialyse en unité d'autodialyse et dialyse à domicile.
- **A titre dérogatoire**, l'autorisation peut être délivrée à un établissement, s'il a conclu une convention de coopération organisant la prise en charge des patients.



- Article R6123-58: Le centre d'hémodialyse prend principalement en charge des patients dont l'état de santé nécessite au cours de la séance la présence permanente d'un médecin. Le centre se situe au sein d'un établissement permettant l'hospitalisation dans des lits de médecine ou éventuellement de chirurgie.
- Article R6123-59: Le centre dispose du matériel de réanimation et du matériel d'urgence, d'un service de réanimation, d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale et d'un équipement d'imagerie (ou par convention).

- Article D6124-68: Le centre d'hémodialyse dispose d'au moins:
  - ▶ 8 postes d'hémodialyse et 1 générateur d'hémodialyse de secours pour 8 postes
  - ▶ 2 postes d'entraînement (sauf unité réservée)
  - ▶ 1 poste de repli pour 30 à 45 patients traités hors centre
  - ▶ 2 boxes pour les patients nécessitant un isolement
  - ▶ 2 néphrologues (< 15 postes), puis 1 par tranche de 8 postes dont 1 néphrologue présent en permanence et 3 soignants/8 pts

- Article R6123-63: L'unité de dialyse médicalisée accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant la séance de traitement ou qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.
- Article R6123-64: Les techniques d'hémodialyse reposant sur la réinjection intraveineuse d'un liquide de substitution produit extemporanément à partir du dialysat ne peuvent être pratiquées que dans les centres d'hémodialyse et dans les unités de dialyse médicalisée.

- Article D6124-75: L'unité de dialyse médicalisée dispose d'au moins:
  - ▶ 6 postes d'hémodialyse
  - ▶ 1 générateur de secours pour 6 postes de traitement installés, réservé à cet usage
  - ▶ 1 poste d'hémodialyse réservé à l'entraînement
  - ▶ 1 box pour les patients nécessitant un isolement (par 6 postes)
  - ▶ 1 néphrologue pouvant intervenir en cours de séance dans un délai de sécurité, et assurant une visite 1 à 3 fois par semaine et 1 IDE/ 4 patients

- Article R6123-65: L'hémodialyse en unité d'autodialyse s'exerce en autodialyse dite simple ou en autodialyse assistée.
- L'autodialyse dite simple est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, en mesure d'assurer eux-mêmes tous les gestes nécessaires à leur traitement.
- L'autodialyse assistée est offerte à des patients formés à l'hémodialyse, mais qui requièrent l'assistance d'un infirmier ou d'une infirmière pour certains gestes.

- Article D6124-80: Toute unité d'autodialyse fonctionne avec le concours de médecins néphrologues. L'équipe peut être commune avec celle d'un centre d'hémodialyse ou d'une unité de dialyse médicalisée.
- Cette équipe assure une astreinte 24 heures sur 24.
- Chaque patient reçoit la visite d'un néphrologue en cours de séance, au moins une fois par trimestre en autodialyse simple et au moins une fois par mois en autodialyse assistée
- 1 IDE pour 6 patients en ADA et pour 8 patients en ADS

- Article R6123-66: L'hémodialyse à domicile est offerte à un patient, formé à l'hémodialyse, en mesure d'assurer couramment tous les gestes nécessaires à son traitement, en présence d'une personne de son entourage, qui peut lui prêter assistance.
- Article D6124-64: La formation du patient et de la tierce personne est placée sous la responsabilité d'un médecin néphrologue ; elle est dispensée par des infirmiers ou des infirmières formés à la dialyse. Le centre d'hémodialyse dispose à cette fin d'un local spécifique.

- Article D6124-84: L'hémodialyse à domicile est gérée par un établissement qui installe, au domicile du patient, un générateur d'hémodialyse et un système produisant l'eau pour l'hémodialyse.
- Il fournit également les médicaments, les objets et produits directement liés à la réalisation du traitement par hémodialyse.
- Le domicile du patient est adapté à la pratique de l'hémodialyse dans des conditions suffisantes de sécurité et de confort. L'aide d'un infirmier ou d'une infirmière peut être sollicitée.



- Article D6124-85: L'établissement propose une formation adéquate au patient et à la tierce personne qui l'assistera
- Un médecin néphrologue assure une astreinte 24 heures sur 24, afin de pouvoir répondre à toute urgence médicale des patients traités par hémodialyse à domicile
- L'établissement de santé assure le repli temporaire du patient dans un centre d'hémodialyse, à sa demande ou sur prescription médicale, son orientation définitive vers une autre modalité de traitement, ou son hospitalisation en cas de nécessité.

- Article R6123-67: La dialyse péritonéale est réalisée à domicile ou dans le lieu où le patient réside, même temporairement.
- Qu'elle soit manuelle ou automatisée, cette technique est pratiquée par le patient lui-même avec ou sans l'aide d'une tierce personne.
- Tout établissement de santé accueillant des patients traités par dialyse péritonéale doit permettre à ces derniers de poursuivre leur traitement pendant leur hospitalisation.

- Article D6124-86: Le domicile ou le lieu où réside le patient est adapté à la pratique de la dialyse péritonéale dans des conditions suffisantes de sécurité et de confort.
- Lorsque l'état du patient requiert l'aide d'une tierce personne qui ne peut être trouvée dans l'entourage habituel du patient, il est fait appel à un(e) infirmier(e). Le patient et la tierce personne sont formés à la dialyse péritonéale.
- L'établissement installe, au domicile du patient, l'équipement nécessaire en cas de dialyse péritonéale automatisée. Il fournit également les médicaments, les objets et produits directement liés à la réalisation de la dialyse péritonéale.

- Article D6124-87: L'établissement s'assure le concours d'une équipe de médecins néphrologues.
- Lorsqu'il existe une unité de formation et de suivi de la dialyse péritonéale, l'équipe médicale peut être commune à l'établissement de santé et à cette unité.
- L'équipe de néphrologues assure une astreinte 24 heures sur 24 afin de répondre à toute urgence médicale des patients traités par dialyse péritonéale par l'établissement. Une astreinte est assurée 24 heures sur 24 par un infirmier ou par une infirmière formé à la dialyse péritonéale et besoins d'1 IDE pour 10 ou 20 patients.

## Impact des ressources humaines sur la prise en charge en dialyse

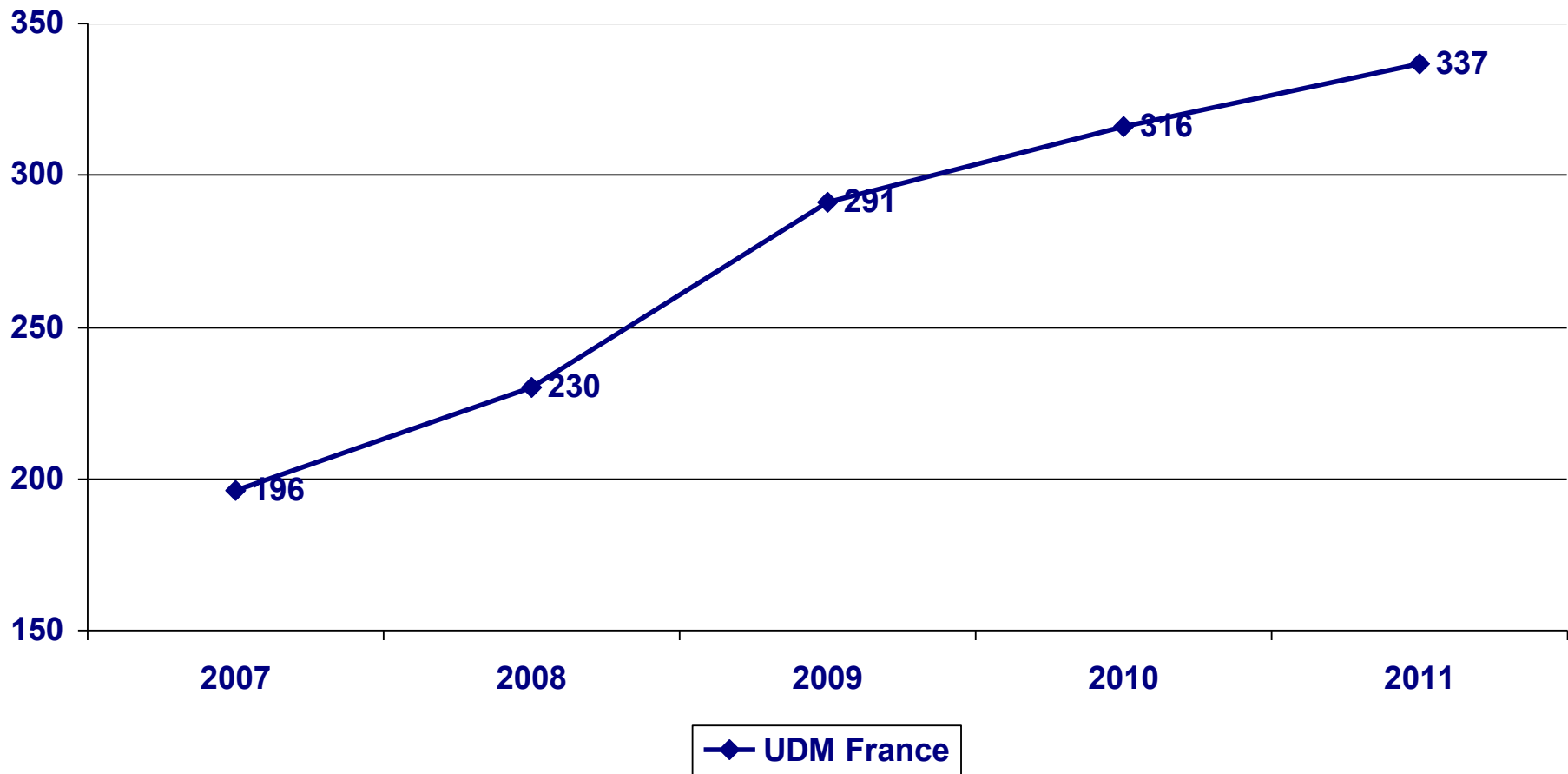
La continuité des soins est assurée par une organisation coordonnée entre les différentes modalités de traitement.

Pour l'hémodialyse, celles-ci s'inscrivent dans une graduation de l'environnement médical du patient : peu élevée pour la dialyse à domicile, la médicalisation de ces établissements s'accroît jusqu'à une permanence médicale pendant les séances pour l'hémodialyse en centre.

Compte tenu de la démographie médicale, mais également des effectifs constatés pour le personnel non médical, les normes liées aux personnels risquent d'entraîner une concentration/regroupement des centres et unité de dialyse médicalisée

Si elle devait se concrétiser, et en fonction de son ampleur, cette tendance pourrait ne pas être neutre en termes d'accessibilité, dans la mesure où elle aura un impact probable sur la proximité entre, lieu de traitement et lieu de résidence des patients.

*NB Enquête DGOS 2008 (selon Document Télémédecine HAS 2010)*



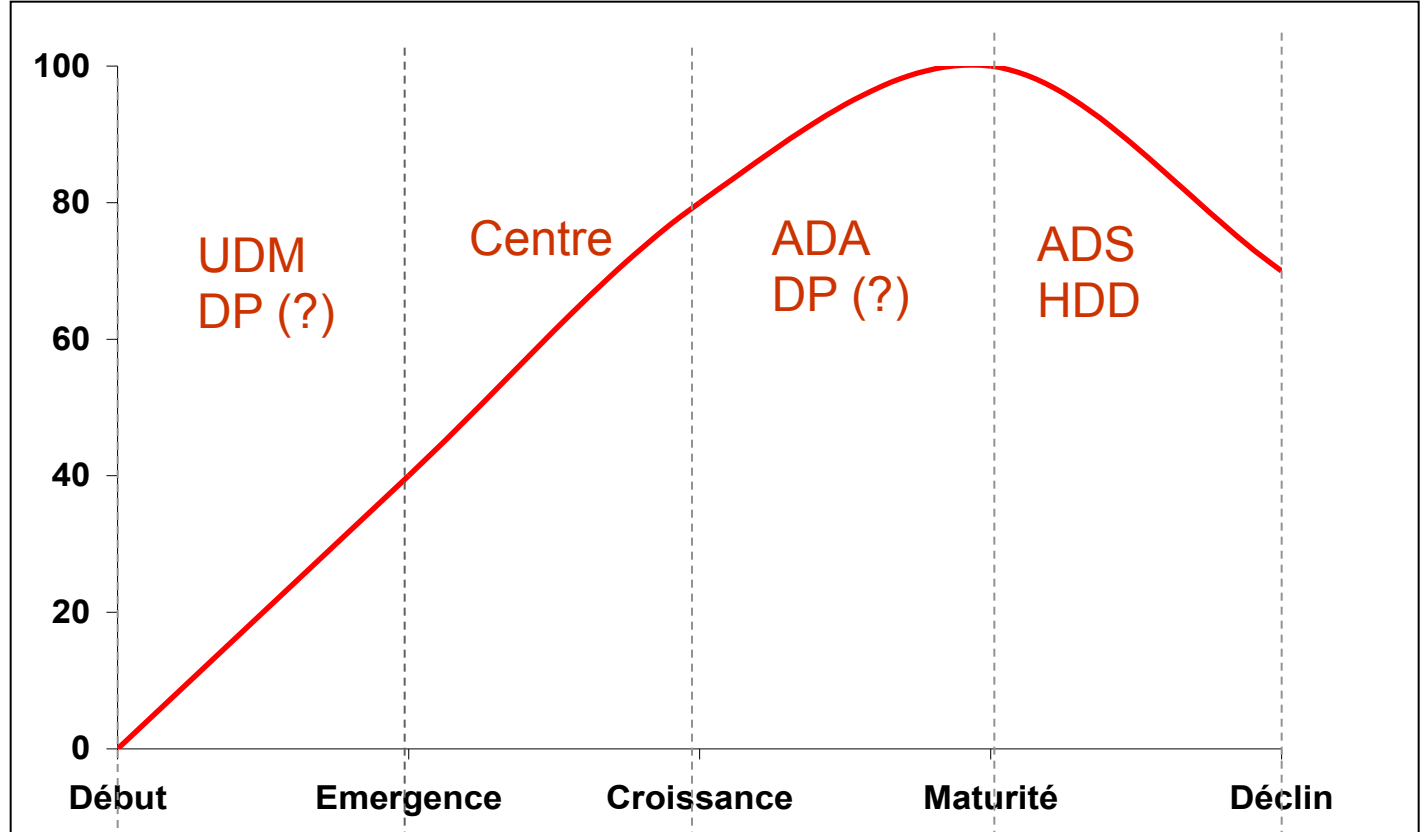
Les volets IRC des SROS visaient à réduire l'hétérogénéité de l'accès aux différentes méthodes de prise en charge selon les lieux et les équipes, à privilégier la proximité et l'autonomie et à garantir le libre choix du patient.

Si la prévalence globale est conforme à la prévision, les tendances récentes concernant l'évolution effective des différentes modalités de traitement de l'insuffisance rénale chronique par dialyse, mettent en évidence:

- une augmentation du nombre de malades hémodialysés en centre
- une montée en charge progressive des UDM
- une diminution des malades traités par hémodialyse à domicile et par AD
- une stagnation des malades traités par dialyse péritonéale.



# Cycle de vie : AD Little



La dialyse

•DAS : Cycle de vie

Méthode AD Little

Croissance  
Potentiel  
Largeur  
gamme

Elevée  
Fort  
Assez  
importante

Très élevée  
Très fort  
Importante

Stagnation  
Faible  
Moindre

Nul ou négatif  
Très faible  
Diminution

## Impact financier et dialyse de proximité, et dialyse autonome :

- L'optimisation des taux de remplissage des nouvelles unités ouvertes
- Les vrais coûts selon les différentes modalités de dialyse et leur marge financière
- L'ADS demande plus de charge en surface et en équipements alors que le forfait est plus bas que l'ADA
- Le cas spécifique des unités de dialyse éloignée des centres (proximité patients) notamment en AD, et le risque financier élevé :
  - Investissement bâtiment et équipements
  - Taux de remplissage insuffisant
  - Salariés isolés
- Notion acquise pour un temps de trajet de 1h pour le centre et l'UDM (?), et  $\frac{1}{2}$  h pour l'AD

# Interrogations

- Positionnement des centres auprès des établissements de santé acté
- Développer la dialyse hors centre tout en distinguant la notion de traitement de proximité (UDM/AD/Domicile) et la notion de l'autonomie (ADS et Domicile)
- Analyse des besoins en temps de médecins et en temps IDE et autres soignants selon les différentes modalités
- Evolution des sites de proximité vers une alternance AD/UDM avec la mise en place des programmes de télé-médecine
- Voire analyser la place de l'ADA par rapport aux UDM de proximité ?

# Interrogations

- Développer la dialyse à domicile
  - DP
  - HD
  - ✓ Interventions IDE pour l'HD à domicile
  - ✓ nouveaux équipements HDQ
  
- ADS et autonomie : La notion de souplesse dans les horaires de dialyse des patients, en incluant l'approche de la dialyse en soirée ou de nuit
  
- La dialyse en vacances et les difficultés d'accès à des structures équivalentes sur les sites de vacances

# Interrogations

- Durée de vie des générateurs : 10 ans ou 30000 h en AD et 7 ans ou 30000 h en UDM et en centre
- Pas de durée de vie pour les installations de traitement d'eau
- HDF uniquement en Centre et en UDM. En AD?
- Organisation de l'accès à l'intensification en HD:
  - HDQ
  - HD Longue
- Financements des programmes de télé-médecine et des actes?
- Financement des programmes d'ETP?