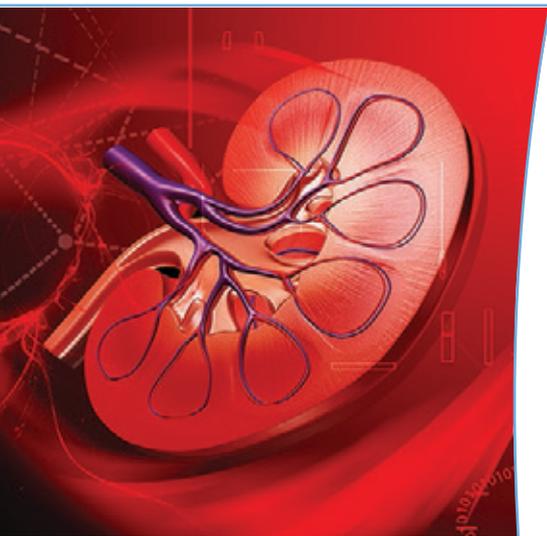


Insuffisance rénale chronique terminale : la transplantation est la stratégie la plus efficiente dans tous les groupes d'âge

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) affecte une part croissante de la population française et représente un enjeu économique majeur pour la plupart des pays. Son coût humain est particulièrement élevé, notamment en termes de morbi-mortalité et d'impact sur la qualité de vie du patient. La HAS a réalisé une évaluation médico-économique qui révèle que le développement de la transplantation rénale est la stratégie de prise en charge la plus efficiente pour tous les groupes d'âge. Explications d'Isabelle Bongiovanni, du service d'évaluation médico-économique et de santé publique de la HAS et du Dr Cécile Couchoud, de l'[Agence de la biomédecine](#).



Vous avez réalisé une évaluation médico-économique sur les stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Quels ont été les résultats de cette évaluation ?

L'évaluation médico-économique a révélé que le développement de la transplantation rénale est la stratégie de prise en charge la plus efficace et la moins coûteuse par rapport à l'ensemble des stratégies évaluées dans toutes les sous-populations de patients. Parmi les différentes stratégies évaluées, le rapport coût-efficacité est le plus favorable pour une stratégie de développement conjoint de la greffe à partir de donneur décédé et de donneur vivant.

Cependant, la rareté des greffons est un frein majeur. Cela justifie d'évaluer l'efficacité de stratégies alternatives de prise en charge en dialyse.

L'évaluation a aussi établi que, par rapport aux pratiques observées, il existe des stratégies alternatives moins coûteuses pour une efficacité jugée équivalente.

Quels étaient les objectifs de cette évaluation médico-économique ?

D'importantes disparités régionales dans les modes de prise en charge des patients en IRCT montrent qu'il existe des marges de manœuvre. Partant de la place importante de l'hémodialyse en centre, modalité de traitement la plus coûteuse, l'objectif était d'évaluer l'efficacité de stratégies alternatives définies selon 4 axes :

- développement de la transplantation rénale ;
- développement de la dialyse hors centre ;
- préférence des patients pour des traitements qui favorisent leur autonomie ;
- prise en charge à proximité du domicile des patients.

Comment avez-vous procédé pour réaliser cette évaluation ?

L'évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'IRCT en France a été mise en œuvre à partir des données du registre [Rein](#) (Réseau en épidémiologie et information en néphrologie) et de celles de l'[Assurance maladie](#) et de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation ([Atih](#)).

Le modèle sur lequel se fonde cette évaluation économique offre une représentation simplifiée de la réalité en permettant de décrire les évolutions sur 15 ans de la répartition des volumes des nouveaux patients pris en charge dans dix modalités de traitement :

- transplantation à partir de donneur décédé ;
- transplantation à partir de donneur vivant ;
- hémodialyse en centre ;
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM) ;
- hémodialyse en unité d'autodialyse ;
- hémodialyse à domicile ;

POUR EN SAVOIR PLUS

• « Évaluation médico-économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale en France », (argumentaire, synthèse et annexes).



Recevez gratuitement
Actualités & Pratiques

ABONNEZ-VOUS

SUR LE WEBZINE DE LA HAS

www.has-sante.fr

>> FOCUS

- dialyse péritonéale continue ambulatoire (DPCA) assistée par un infirmier ;
- DPCA non assistée par un infirmier ;
- dialyse péritonéale automatisée (DPA) assistée par un infirmier ;
- DPA non assistée par un infirmier.

À partir des données observées dans le registre Rein, ce modèle donne la possibilité de simuler des changements dans les trajectoires des patients selon les différentes modalités de traitement et d'estimer leurs impacts en termes d'efficacité et de coût.

La trajectoire d'un patient en IRCT peut être définie comme la succession des différentes modalités de traitement entre le démarrage de la suppléance et le décès. Définir des trajectoires permet de prendre en considération les conditions réelles de prise en charge des patients en IRCT.

Les stratégies évaluées ont été définies en fonction de six groupes de patients : 18-44 ans, 45-69 ans et 70 ans et plus, et selon le statut diabétique. L'ampleur des changements a tenu compte de la faisabilité organisationnelle et des caractéristiques cliniques des patients. L'hypothèse sous-jacente était qu'une partie des patients traités en hémodialyse en centre pouvait faire l'objet d'un autre mode de prise en charge, sans perte de chance.

Quels sont les autres résultats mis en évidence par cette évaluation ?

Dans tous les groupes d'âge, il existe des stratégies alternatives aussi efficaces et moins coûteuses que les stratégies fondées sur les pratiques observées.

→ **Chez les jeunes en attente de transplantation**, les stratégies fondées sur le développement de la dialyse péritonéale non assistée à domicile ou de l'autodialyse.

→ **Chez les patients d'âge intermédiaire**, les stratégies fondées sur le développement de la dialyse péritonéale non assistée à domicile, de l'autodialyse ou de l'UDM, selon l'état clinique.

→ **Chez les patients de 70 ans et plus**, les stratégies fondées sur le développement de la dialyse péritonéale à domicile assistée par un infirmier ou les stratégies fondées sur le développement de l'UDM.

Par ailleurs, l'efficacité et le coût de certaines stratégies novatrices devront être évalués plus précisément lorsque des données seront disponibles. C'est par exemple le cas de l'hémodialyse quotidienne à domicile avec utilisation de nouvelles machines ou du recours à la télémédecine dans l'organisation des soins. Ces stratégies privilégient le maintien à domicile, l'autonomie et la proximité de la prise charge.

Un état des lieux a montré que l'utilisation de la télémédecine concernait principalement les unités de dialyse médicalisée. Elle peut cependant aussi concerner toutes les modalités de prise en charge de l'IRCT. Les principaux enjeux sont l'amélioration de l'accès aux soins et du suivi du traitement.

Les travaux vont-ils se poursuivre ?

Il serait intéressant, en dehors du cadre de cette évaluation, de poursuivre le travail afin d'adapter le modèle mis en œuvre pour servir d'outil d'aide à la planification. Ceci suppose également d'actualiser les données de coût selon les dix modalités de traitement.

Le modèle pourrait être complété afin d'évaluer d'autres stratégies de prise en charge en prenant en compte la disponibilité de l'offre de soins au niveau régional ou d'un territoire de santé. ■

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)

La stratégie de prise en charge la plus efficace, chez les jeunes, est la transplantation rénale, à partir de donneurs vivants et de donneurs décédés.

Évaluation médico-économique réalisée par la HAS, en partenariat avec l'Agence de la biomédecine et avec l'appui d'un groupe de travail incluant des représentants d'associations de patients. L'évaluation a été menée à la demande de la CNAMTS et de la DGOS.