

**RAPPORT COMMUN DU GNFB ET DU NBVN POUR LE COLLEGE
DE NEPHROLOGIE ET DES CENTRES DE TRAITEMENT DE
L'INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE**

RAPPORT DES ANNEES 2008-2009

1. L'insuffisance rénale terminale en Belgique : état des lieux depuis 2003

Le nombre de patients présentant une insuffisance rénale terminale (IRT) requérant un traitement substitutif de la fonction rénale (patients *prévalents*) a dépassé pour la 1^{er} fois la barre des 12.000 patients dans notre pays. Depuis 2006, le nombre de nouveaux patients ayant atteint le stade IRT et devant bénéficier d'un traitement substitutif (patients *incidents*) dépasse les 2000 sujets/an (Tableau I).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prévalents	9483	10013	10468	11007	11462	11920	12424
Prévalents PMH	915,7	963,1	1002,1	1047,2	1082,9	1117,5	1155,4
Incidents	1751	1915	1891	2008	2002	2033	2128
Incidents PMH	169,1	184,2	181,0	191,0	189,1	190,6	197,9

Tableau I. Prévalence et incidence de l'insuffisance rénale terminale en Belgique.

Comme le montre le tableau I, le nombre de patients incidents a augmenté en 2009 alors qu'il était resté stable les trois années précédentes. Quant au nombre total de patients en traitement pour IRT (comptabilisation au 31 décembre de l'année considérée), il augmente de façon régulière d'une année à l'autre à raison de 5 % par an.

2. Caractéristiques de la population prévalente

2.1. Age de la population prévalente

Le nombre de patients de moins de 35 ans reste stable. La prévalence augmente peu chez les patients âgés de 35 à 44 ans et de 45 à 54 ans. Elle augmente modérément chez les patients âgés de 55 à 64 ans, ce qui correspond à l'accroissement moyen de l'ensemble de la population. En revanche, la croissance est sensiblement marquée pour les tranches d'âge plus élevées : 65 à 74 ans, davantage de 75 à 84 ans et chez les patients de plus de 85 ans.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-24	170	195	199	206	220	227	216
25-34	473	462	463	472	458	454	458
35-44	915	945	943	966	980	999	996
45-54	1629	1668	1720	1736	1768	1782	1840
55-64	1974	2084	2217	2360	2457	2566	2667
65-74	2324	2441	2472	2508	2578	2662	2805
75-84	1752	1942	2123	2339	2489	2634	2749
>85	246	276	331	420	512	596	693
Total	9483	10013	10468	11007	11462	11920	12424

Tableau II. Prévalence de l'insuffisance rénale terminale en Belgique selon la tranche d'âge entre 2003 et 2009.

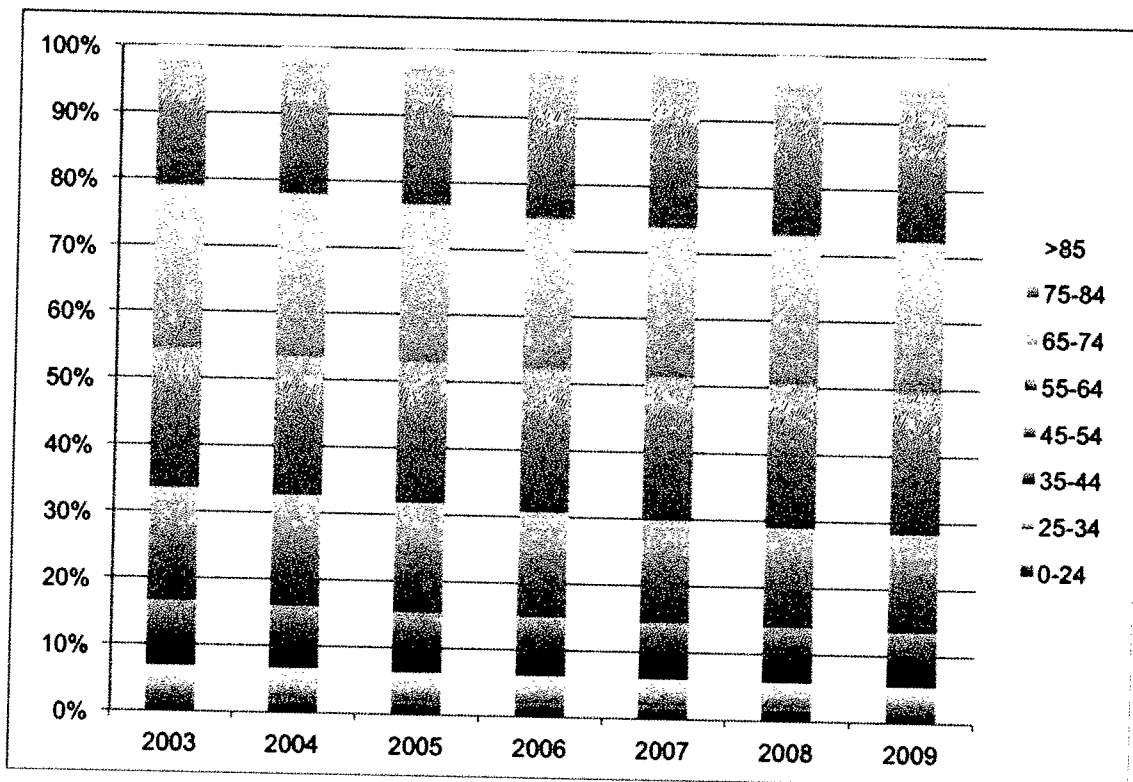


Figure 1. Histogramme de distribution des différentes tranches d'âge des patients atteints d'insuffisance rénale terminale en Belgique entre 2003 et 2009.

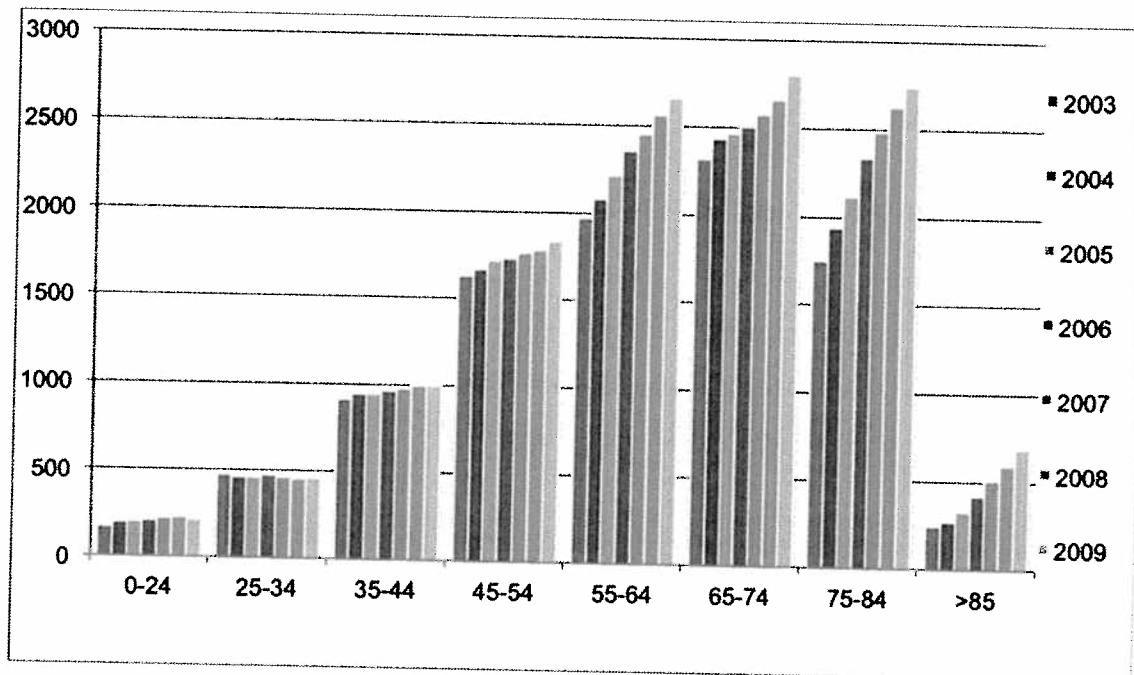


Figure 2. Evolution du nombre de patients prévalents dans chaque tranche d'âge entre 2003 et 2009.

La cohorte numériquement la plus nombreuse est celle des 65-74 ans mais elle est quasi rejointe par la cohorte de la tranche d'âge suivante (75-84 ans). En réalité, deux tiers des patients traités pour insuffisance rénale terminale ont entre 55 et 84 ans.

L'augmentation du nombre de patients prévalents plus âgés peut résulter de plusieurs facteurs :

- incidence accrue de l'urémie terminale dans ces tranches d'âge parce que les traitements dits néphroprotecteurs permettraient de retarder l'IRT ou parce que les progrès accomplis dans le traitement des maladies cardiovasculaires permettraient à des patients qui ont échappé au décès par infarctus ou AVC de développer une insuffisance rénale
- une référence accrue au néphrologue de patients âgés qui préalablement n'étaient pas considérés comme de bons candidats au traitement substitutif de l'insuffisance rénale
- une plus grande accessibilité aux traitements substitutifs de l'insuffisance rénale
- un pronostic satisfaisant des patients âgés en traitement substitutif de l'insuffisance rénale : il est frappant de constater que cette acceptation plus grande des patients âgés ne s'associe pas – au contraire – à une augmentation de la mortalité.

2. 2. Causes de l'insuffisance rénale terminale chez les patients prévalents

La cause d'IRT en croissance significative sur la période est la néphropathie vasculaire (+ 22.7 % en 5 ans). L'accroissement est du même ordre de grandeur pour la néphropathie diabétique (+ 25.6 % en 5 ans). Ensemble la néphropathie vasculaire et la néphropathie diabétique rendent compte de 35 % des insuffisances rénales terminales. Les néphropathies héréditaires et/ou malformatives ont tendance à augmenter ces dernières années, sans doute en relation avec l'essor de la génétique, alors que les GNC augmentent plus modérément (+ 11.5 % en 5 ans).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inconnu	741	775	792	821	842	906	961
Glomérulonéphrite	1909	1977	2038	2106	2148	2213	2273
Pyélonéphrite	952	995	1021	1059	1084	1094	1113
Néphrite Tubulo-intersticielle	656	649	652	677	670	681	679
Héréditaire/Malformations	1311	1396	1439	1509	1588	1682	1726
Vasculaires	1642	1758	1946	2084	2235	2298	2388
Diabètes	1534	1674	1763	1876	1962	2057	2215
Varia et secondaires	738	789	817	875	933	989	1069
	9483	10013	10468	11007	11462	11920	12424

Tableau III. Causes de l'insuffisance rénale terminale des patients prévalents entre 2003 et 2009.

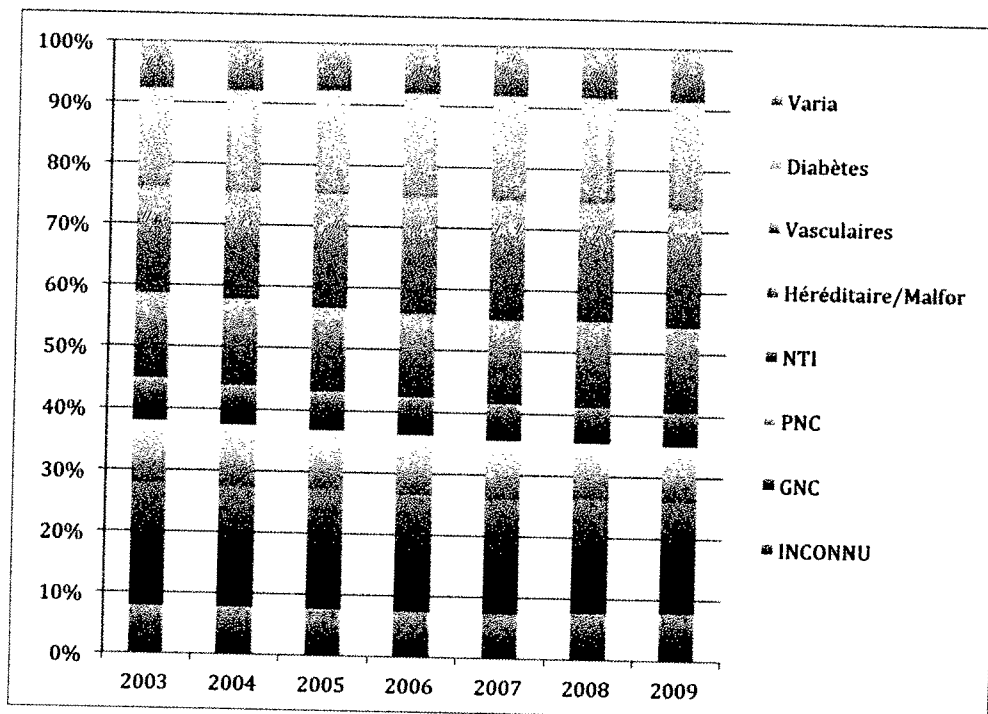


Figure 3. Distribution des causes d'insuffisance rénale terminale chez les patients prévalents entre 2003 et 2009.

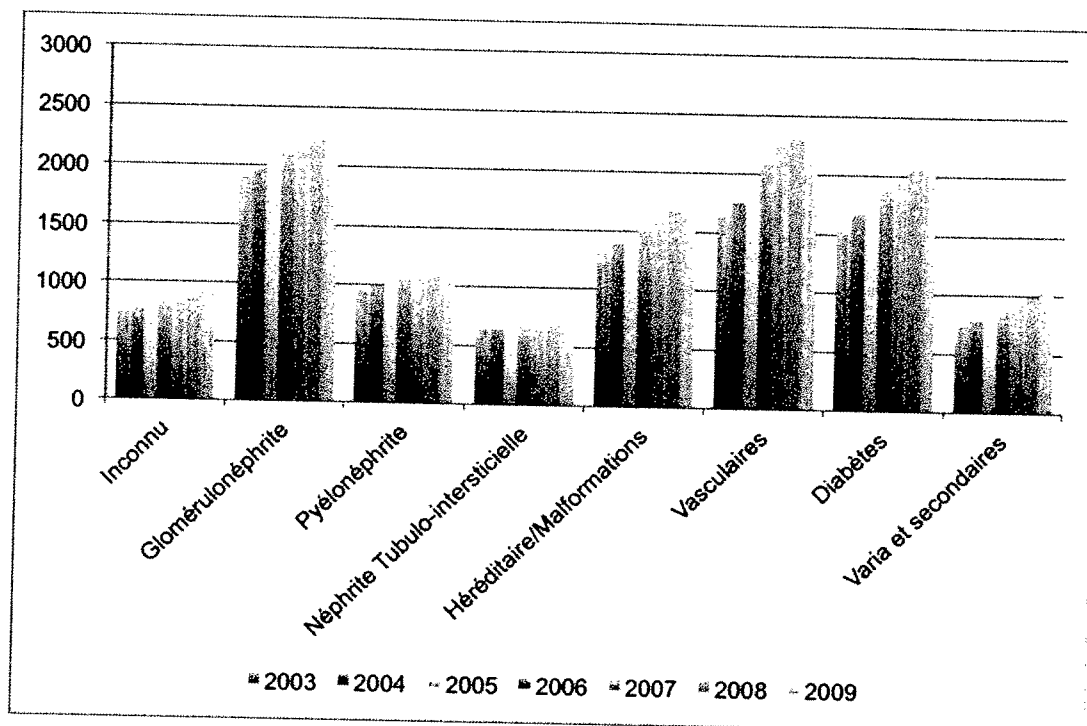


Figure 4. Evolution des causes d'insuffisance rénale terminale entre 2003 et 2009.

2. 3. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents

La population globale

La modalité thérapeutique la plus utilisée reste la transplantation dont la part relative reste stable à 41.5 %. Le nombre de patients transplantés dépasse pour la 1^e fois en 2009 la barre des 5000 individus.

Le pourcentage de patients traités par la transplantation ou les méthodes de dialyse alternatives à l'hémodialyse en centre est passé de 60 % en 2003 à 62 % en 2009 malgré l'augmentation concomitante de la prise en charge de patients plus âgés.

Si l'on ne considère que les patients dialysés, l'augmentation de la part prise par les techniques alternatives se poursuit, leur contribution passant de 30% à 35%. Ceci est d'autant plus significatif que la plupart des patients âgés sont traités par dialyse.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDC	3822	3959	4125	4255	4387	4577	4727
Autodialyse	1105	1263	1403	1535	1641	1711	1832
DP	537	619	647	669	661	653	704
Total Dialyse	5464	5841	6175	6459	6689	6941	7263
% Low Care	30,1	32,2	33,2	34,1	34,4	34,1	34,9
Transplantation	4019	4172	4293	4548	4773	4979	5161
Total général	9483	10013	10468	11007	11462	11920	12424
% Low Care + Tsp	59,7	60,5	60,6	61,3	61,7	61,6	62,0

Tableau IV. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents entre 2003 et 2009.

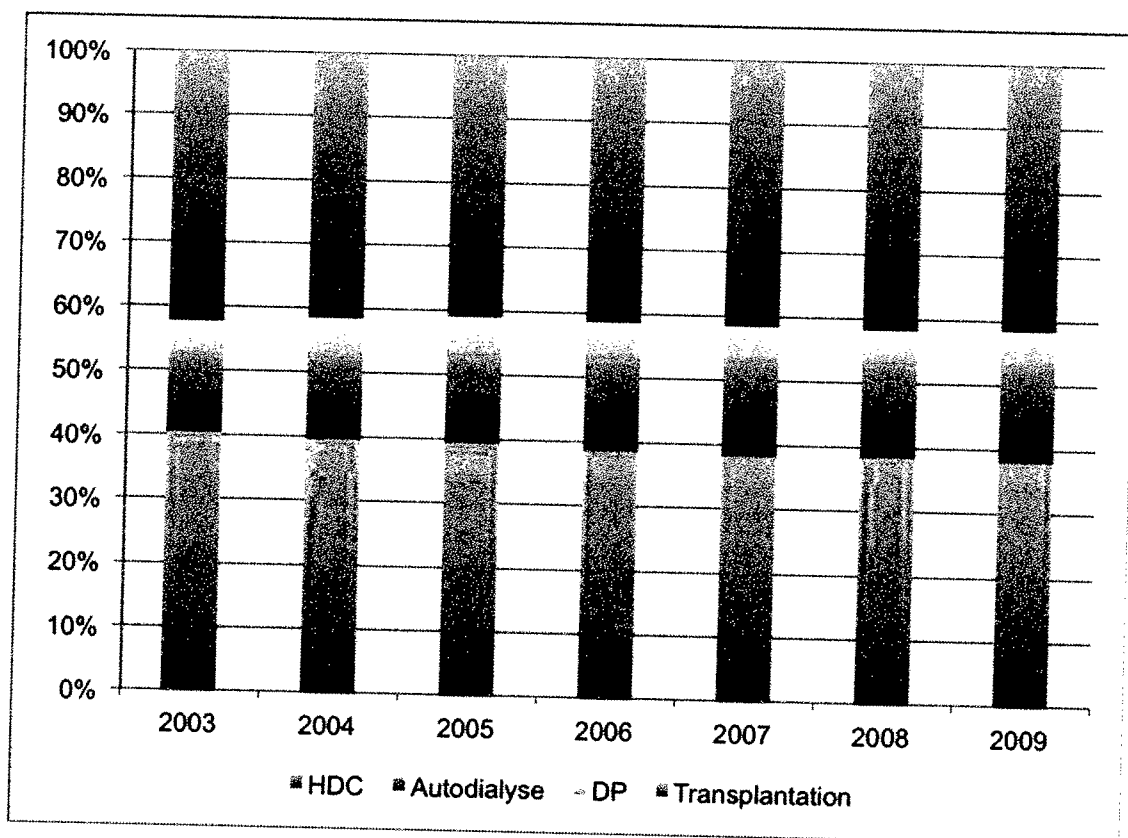


Figure 5. Distribution des différentes modalités de traitement de l'insuffisance rénale terminale chez les patients prévalents entre 2003 et 2009.

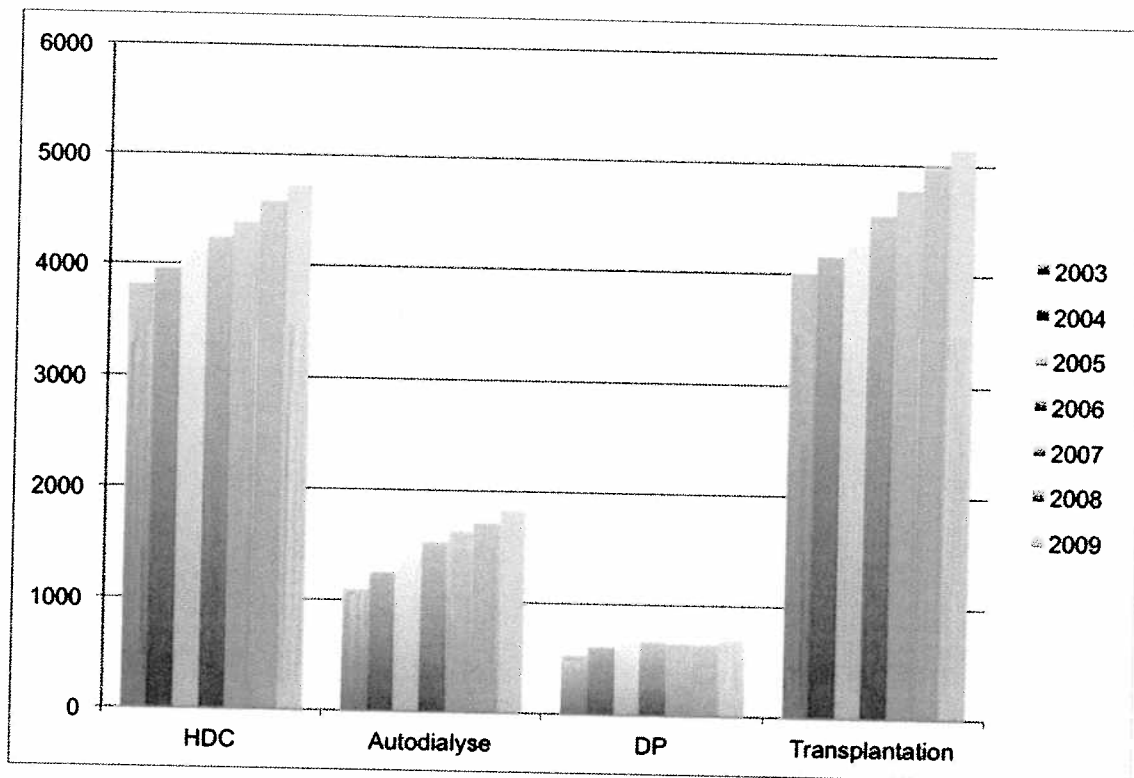


Figure 6. Evolution des différentes modalités thérapeutiques chez les patients prévalents entre 2003 et 2009.

Alors que le nombre total de patients dialysés a augmenté de près de 20% en 5 ans, celui des patients dialysés en centre n'a augmenté que de 17.6 %. Le nombre de patients traités en autodialyse a crû de 30.5 %. En 2009, un patient dialysé sur trois était traité en autodialyse.

Les patients prévalents de moins de 55 ans

Comme attendu, le traitement le plus utilisé est la transplantation dont bénéficient deux tiers des patients. Huit patients de moins de 55 ans sur dix sont traités soit par la greffe soit par une méthode alternative de dialyse.

Parmi les patients dialysés, le recours aux techniques alternatives a significativement progressé, atteignant 52.5% en 2009. Ceci est essentiellement dû à un recours nettement plus fréquent à l'autodialyse.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDC	578	597	615	617	600	600	597
Autodialyse	302	324	355	371	392	383	427
DP	187	227	233	224	214	215	232
Total dialyse	1067	1148	1203	1212	1206	1198	1256
% Low Care	45,8	48,0	48,9	49,1	50,2	49,9	52,5
Transplantation	2120	2122	2122	2168	2220	2264	2254
% Transplantation	66,5	64,9	63,8	64,1	64,8	65,4	64,2
Total général	3187	3270	3325	3380	3426	3462	3510
% Low Care et Trsp	81,9	81,7	81,5	81,7	82,5	82,7	83,0

Tableau V. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de moins de 55 ans entre 2003 et 2009.

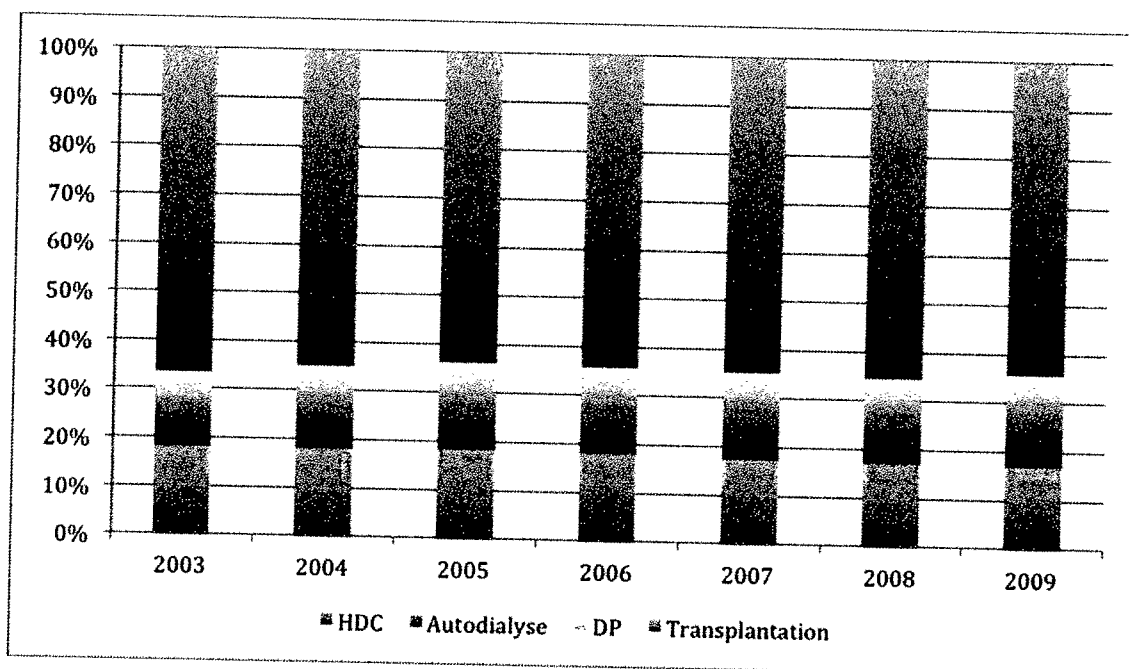


Figure 7. Distribution des différentes modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de moins de 55 ans entre 2003 et 2009.

Les patients prévalents de 55 à 64 ans

Le taux de transplantation est passé de 53.5% à 55% en 5 ans.

Parmi les patients dialysés, le pourcentage de patients traités par les techniques alternatives passe de 36 % à 39 % Ici aussi, la progression la plus importante est celle de l'autodialyse.

Près de 3 patients sur quatre sont traités par la transplantation ou une méthode alternative de dialyse.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDC	614	623	659	648	660	698	726
Autodialyse	174	224	259	286	290	308	317
DP	111	109	112	119	124	140	151
Total dialyse	899	956	1030	1053	1074	1146	1194
% Low Care	31,7	34,8	36,0	38,5	38,5	39,1	39,2
Transplantation	1075	1128	1187	1307	1383	1420	1473
% Transplantation	54,5	54,1	53,5	55,4	56,3	55,3	55,2
Total général	1974	2084	2217	2360	2457	2566	2667
% Low Care et Trsp	68,9	70,1	70,3	72,5	73,1	72,8	72,8

Tableau VI. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de 55 à 64 ans entre 2003 et 2009.

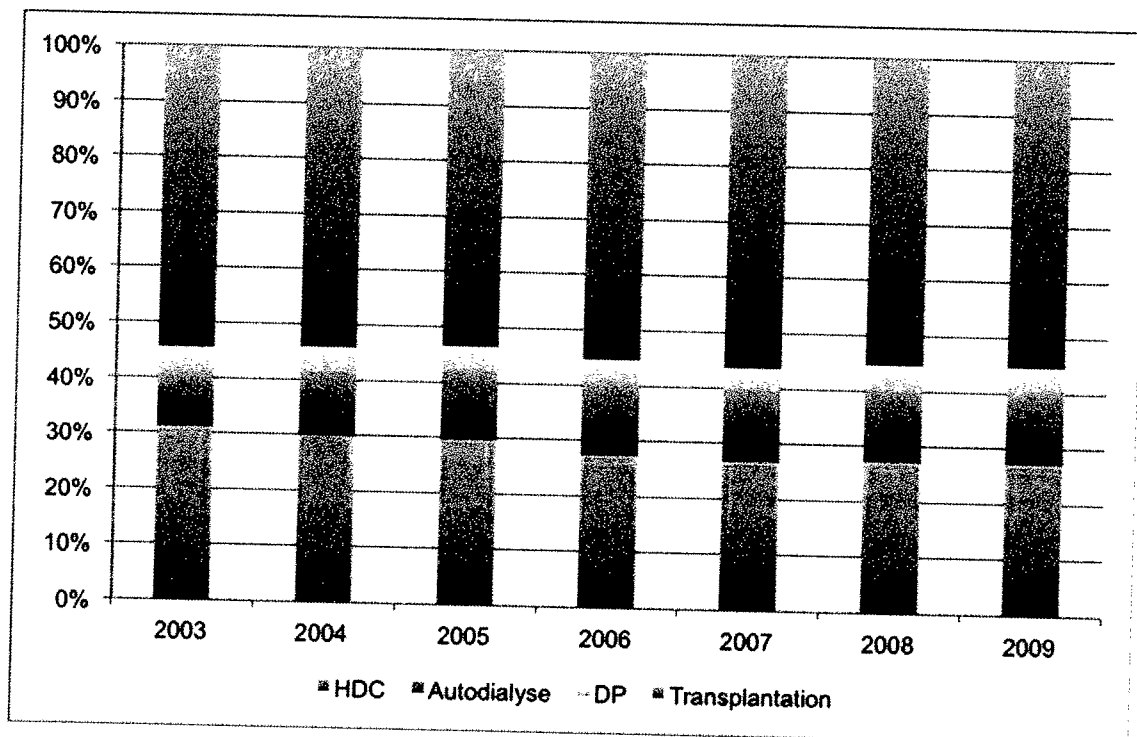


Figure 8. Distribution des modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de 55 à 64 ans entre 2003 et 2009.

Les patients âgés de 65 à 74 ans

Cette cohorte reste, de justesse, la plus nombreuse.

La part de la transplantation y est plus faible que dans les cohortes précédentes. Celle-ci a toutefois nettement augmenté, passant de 33,5% en 2005 à 39,6% en 2009.

Parmi les patients dialysés, un sur trois recourt aux techniques alternatives en 2009.

Le pourcentage de patients traités par la transplantation ou une méthode alternative de suppléance a augmenté de 55,1% à 59,7 % en 5 ans.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDC	1135	1139	1110	1087	1109	1117	1131
Autodialyse	318	344	371	369	362	390	407
DP	143	160	162	169	170	139	156
Total dialyse	1596	1643	1643	1625	1641	1646	1694
% Low Care	28,9	30,7	32,4	33,1	32,4	32,1	33,2
Transplantation	728	798	829	883	937	1016	1111
% Transplantation	31,3	32,7	33,5	35,2	36,3	38,2	39,6
Total général	2324	2441	2472	2508	2578	2662	2805
% Low Care et Trsp	51,2	53,3	55,1	56,7	57,0	58,0	59,7

Tableau VII. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de 65 à 74 ans entre 2003 et 2009.

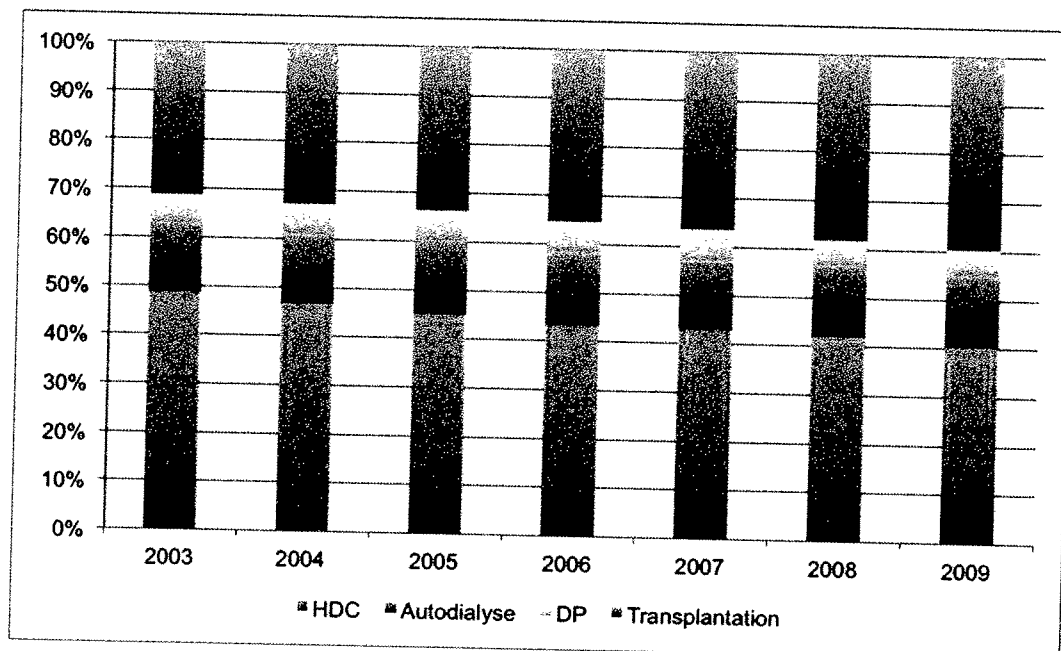


Figure 9. Distribution des modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de 65 à 74 ans entre 2003 et 2009.

Les patients de plus de 75 ans

Le recours à la transplantation est évidemment moins fréquent que chez les patients plus jeunes mais il progresse de 4,8 % à 9,4 % entre 2003 et 2009.

Parmi les patients dialysés, la proportion de ceux qui recourent aux méthodes alternatives de suppléance est passée de 21,4% à 27,1%. La contribution de l'autodialyse dont l'utilisation a plus que doublé est ici aussi déterminante.

La proportion de patients traités par la transplantation ou une forme alternative de dialyse est passée de un quart à un tiers, ce qui n'est pas un mince résultat dans une cohorte aussi âgée.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
HDC	1495	1600	1741	1903	2018	2162	2273
Autodialyse	311	371	418	509	597	630	681
DP	96	123	140	157	153	159	165
Total dialyse	1902	2094	2299	2569	2768	2951	3119
% Low Care	21,4	23,6	24,3	25,9	27,1	26,7	27,1
Transplantation	96	124	155	190	233	279	323
% Transplantation	4,8	5,6	6,3	6,9	7,8	8,6	9,4
Total général	1998	2218	2454	2759	3001	3230	3442
% Low Care et Trsp	25,2	27,9	29,1	31,0	32,8	33,1	34,0

Tableau VIII. Modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de plus de 75 ans entre 2003 et 2009.

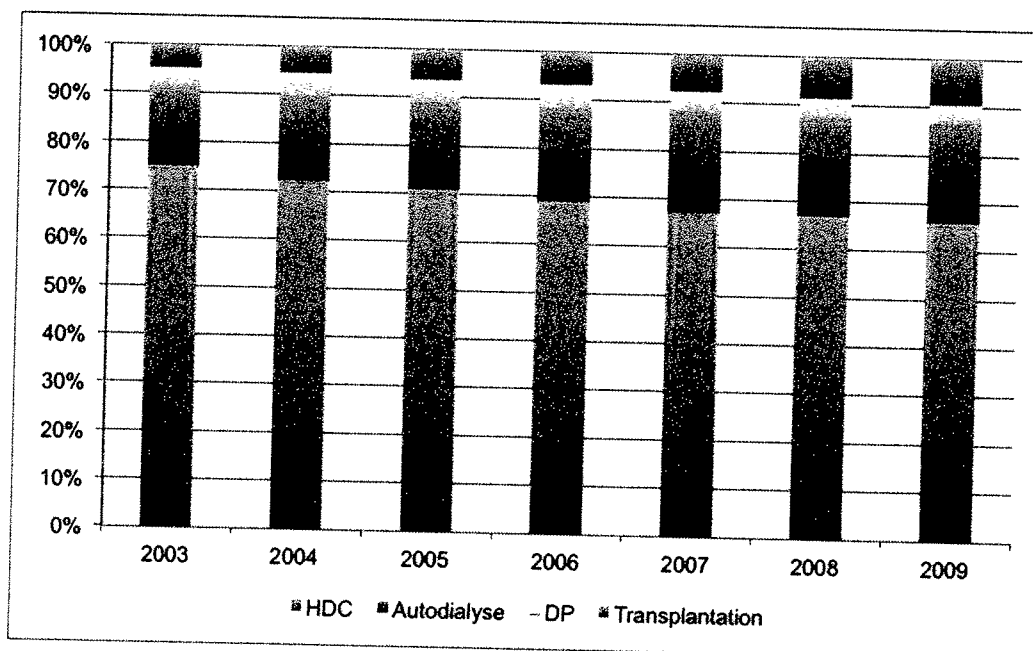


Figure 10. Distribution des modalités thérapeutiques chez les patients prévalents de plus de 75 ans entre 2003 et 2009.

3. Caractéristiques de la population incidente

Age des patients incidents

Des fluctuations de l'incidence sont observées d'année en année sans qu'une tendance nette apparaisse entre 2003 et 2009. Par contre, l'incidence s'accroît de façon significative dans la cohorte de patients de plus de 85 ans, passant de 5.5% en 2005 à 8.3% en 2009.

La stabilité de l'incidence chez les patients plus jeunes, jointe à une augmentation sélective de l'incidence chez les patients les plus âgés suggère

- soit que l'efficacité des traitements néphroprotecteurs postpose l'arrivée en IRT chez les patients insuffisants rénaux chroniques
- soit que des patients âgés ayant échappé au décès par un accident cardiovasculaire développent ultérieurement une insuffisance rénale.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
0-24	21	29	24	25	27	30	24
25-34	43	49	49	47	32	43	51
35-44	92	110	98	84	84	93	114
45-54	171	186	172	187	203	171	188
55-64	257	288	305	328	317	348	356
65-74	519	540	508	526	540	543	552
75-84	559	641	631	681	660	667	667
>85	89	72	104	130	139	138	176
Total	1751	1915	1891	2008	2002	2033	2128

Tableau IX. Répartition des patients incidents selon les différentes tranches d'âge entre 2003 et 2009

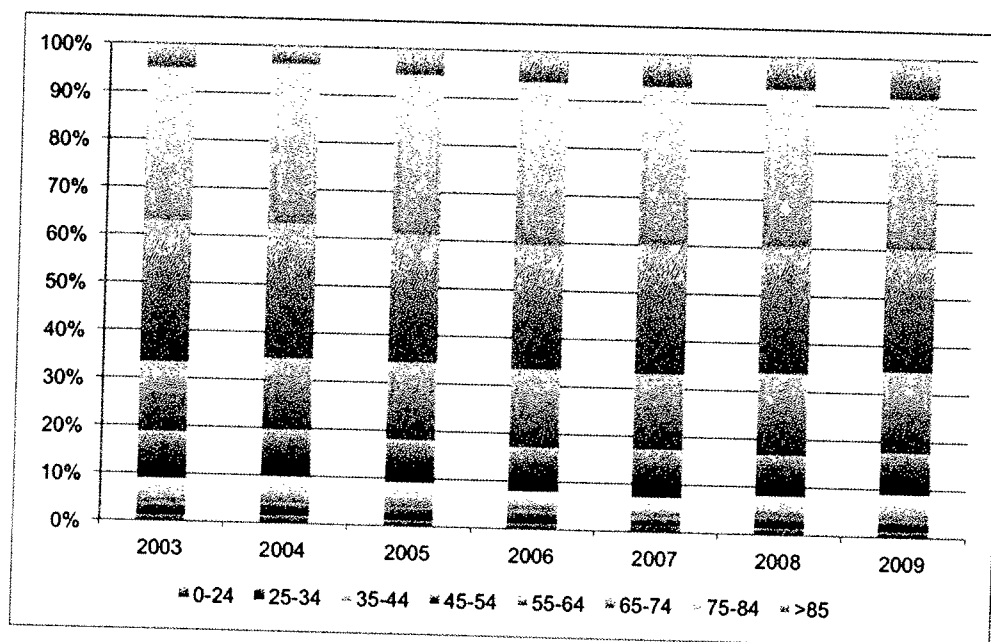


Figure 11. Répartition des différentes tranches d'âge chez les patients incidents entre 2003 et 2009.

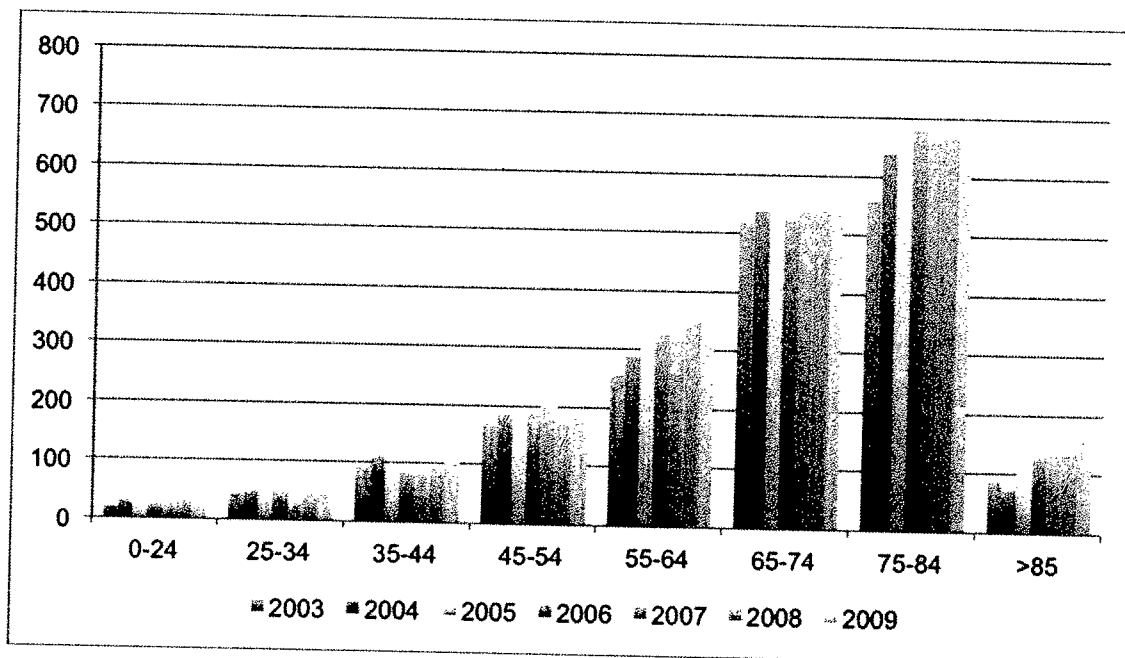


Figure 12. Evolution du nombre d'incidents dans chaque tranche d'âge entre 2003 et 2009.

Causes de l'insuffisance rénale terminale des patients incidents

Comme dans le cas des patients prévalents, l'atteinte vasculaire et le diabète contribuent pour moitié à l'origine de l'IRT des patients incidents. Cette proportion est stable depuis 5 ans (53.9% en 2005 vs 53.4% en 2009).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Inconnu	146	149	153	141	138	181	182
Glomérulonéphrite	156	192	192	183	198	200	198
Pyélonéphrite	107	121	112	142	111	117	120
Néphrite Tubulo-intercielle	100	95	99	123	96	100	87
Héréditaire/Malformation	111	148	114	129	135	138	132
Vasculaire	521	566	567	622	619	583	628
Diabète	425	438	453	449	463	465	508
Varia et secondaire	185	206	201	219	242	249	273
Total	1751	1915	1891	2008	2002	2033	2128

Tableau X. Causes de l'IRT chez les patients incidents entre 2003 et 2009.

Origine des patients incidents

Alors que la province de Hainaut était en 1^e position jusqu'en 2008, les provinces de Flandre occidentale et Flandre orientale la devancent en 2009 suite à une progression considérable. Les provinces d'Anvers, de Liège et de Bruxelles Capitale et du Brabant flamand sont en recul par rapport à 2008 alors que celle du Brabant wallon et du Limbourg progressent significativement. Le Luxembourg fait également une avancée considérable.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Anvers	159,7	184,9	148,3	164,0	185,4	185,8	177,1
Brabant Flamand	167,1	151,8	139,4	167,2	153,7	151,2	141,6
Bruxelles Capitale	199,1	221,0	212,6	210,6	202,6	200,0	193,7
Brabant Wallon	138,2	148,6	150,6	168,9	167,6	152,5	178,7
Flandre Occidentale	158,8	164,8	199,1	201,4	214,3	209,5	266,1
Flandre Orientale	207,4	196,8	214,1	232,0	210,2	213,3	236,2
Hainaut	171,8	214,9	207,8	215,4	227,0	224,4	223,1
Liège	155,2	199,1	180,4	207,0	190,1	223,4	203,1
Limbourg	156,2	156,7	185,0	171,6	167,0	153,9	182,7
Luxembourg	134,6	133,7	124,6	135,8	114,9	133,8	168,0
Namur	142,8	182,5	154,8	176,4	171,0	189,9	193,0

Tableau XI. Evolution par province de l'incidence de l'insuffisance rénale terminale (par million d'habitants) entre 2003 et 2009.

4. Mortalité

Décès et taux de mortalité

Malgré le vieillissement de la population prise en charge et l'augmentation sélective de l'incidence et de la prévalence des néphropathies vasculaires et diabétiques, le taux de mortalité n'augmente pas. Au contraire, la baisse discrète du taux de mortalité documentée durant la période 2000-2005 se confirme et se poursuit durant la période 2003-2009.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Prévalents	9483	10013	10468	11007	11462	11920	12424
Décès	1296	1309	1328	1404	1445	1478	1513
% Mortalité*	13,1	12,5	12,1	12,2	12,0	11,8	11,7

Tableau XII. Nombre de décès et taux de mortalité entre 2003 et 2009.

* Taux de mortalité = Nombre de décès / (Prévalents de l'année précédente+ (incidents de l'année étudiée)/2) X100

Causes de décès

Les deux premières causes de décès sont les complications cardiovasculaires (33.6 % des décès) et les infections (20% des décès). Alors qu'il avait diminué entre 2005 et 2007, le nombre de décès liés à ces deux causes a réaugmenté de façon nette en 2008 et 2009.

Le nombre de décès par cachexie a diminué en 2009 par rapport aux années précédentes et ce malgré la prise en charge de patients plus âgés. Les décès par affection néoplasique ont tendance à augmenter.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Cardiovasculaire	430	445	463	477	457	487	508
Infection	228	255	250	276	291	292	303
Cachexie	83	94	80	75	73	79	67
Néoplasie	121	126	130	130	162	148	154
Autre	252	239	268	291	330	310	343
Inconnue	182	150	137	155	132	162	138
Total	1296	1309	1328	1404	1445	1478	1513

Tableau XIII. Causes de décès entre 2003 et 2009.

Les deux figures (Figures 13 et 14) suivantes illustrent la répartition des causes de décès et leurs évolutions respectives entre 2003 et 2009.

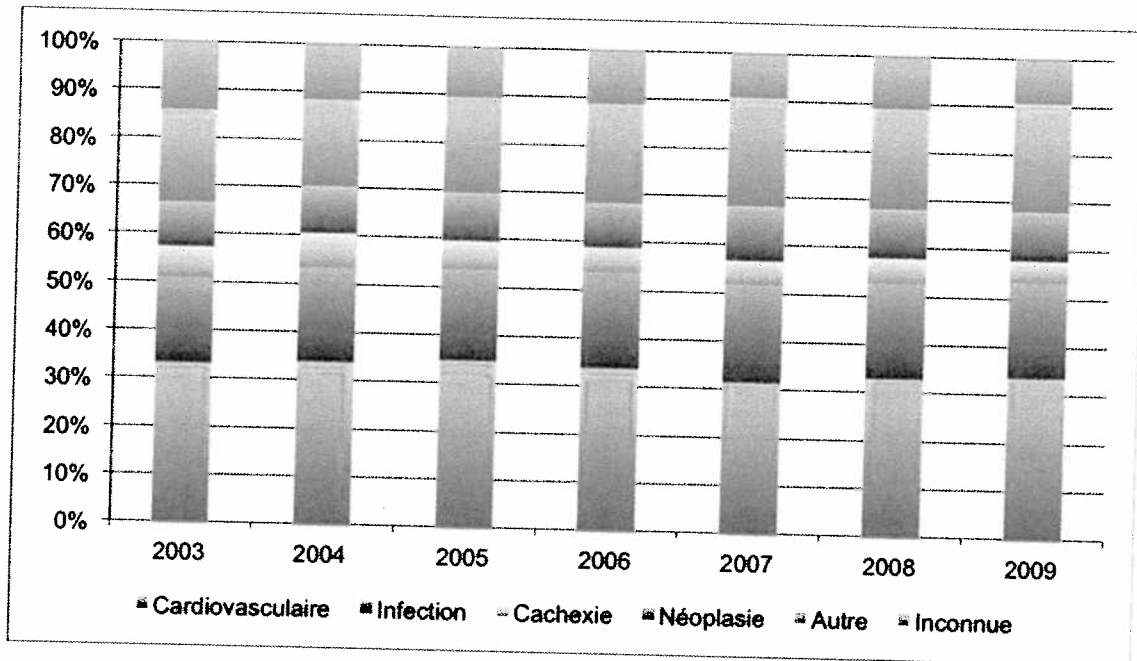


Figure 13. Répartition des causes de décès entre 2003 et 2009.

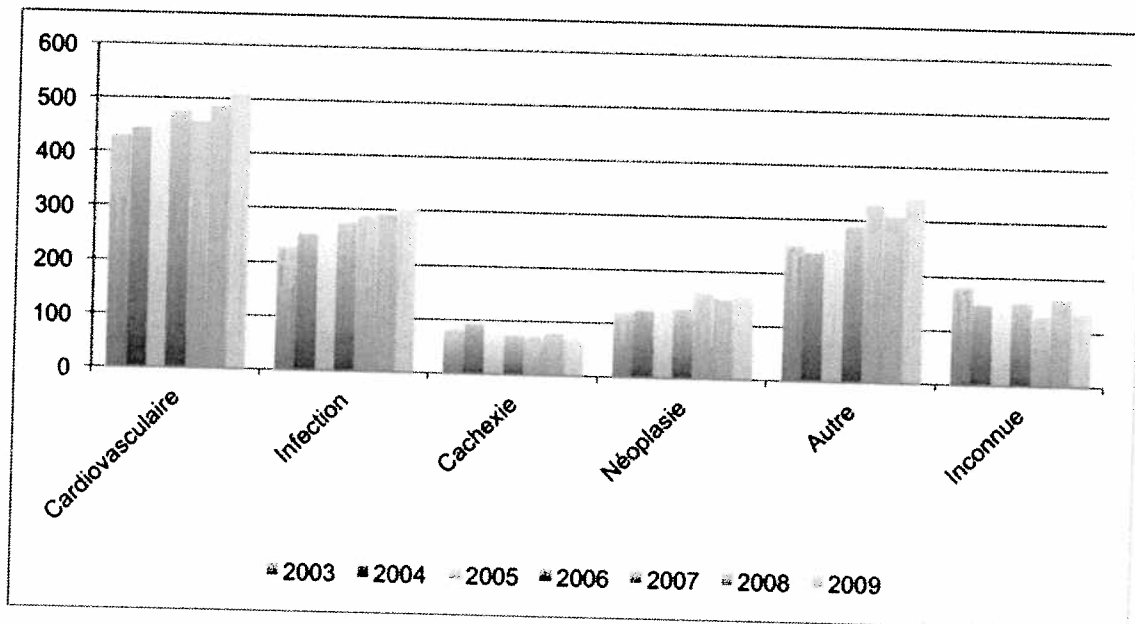


Figure 14. Evolution des différentes causes de décès entre 2003 et 2009.

5. Conclusions

L'incidence de l'IRT tend augmenter en 2009 alors qu'elle semblait stabilisée depuis 2004. Cette augmentation de l'incidence est surtout le fait des patients de plus de 85 ans.

La mortalité n'augmente pas malgré la prise en charge de patients plus âgés, ce qui explique que la prévalence de l'IRT continue à augmenter de 5 % par an.

Les néphropathies vasculaire et diabétique sont à l'origine de plus de la moitié des causes d'IRT dans notre pays, les GNC arrivant en 3^e position.

Plus de 40 % des patients atteints d'IRT bénéficient d'une transplantation rénale. Parmi les 60 % restants, traités par dialyse, un patient sur trois recourt à une méthode alternative d'épuration extra-rénale (beaucoup plus souvent l'autodialyse que la dialyse péritonéale).



GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.

Président :

Dr J. M. POCHET
Clinique Ste Elisabeth
Place L. Godin 15
5000 NAMUR
Tél : 081/72.04.11
Fax : 081/72.05.59
jeanmichel.pochet@cmsenamur.be

Secrétaire :

Dr B. GUILLAUME
CHU Charleroi
Bvd Paul Janson 92
6000 CHARLEROI
Tél : 071/92.11.23
Fax : 071/92.11.24
benoit.guillaume@chu-
charleroi.be

Trésorier :

Dr M.C. MUNIZ MARTINEZ
Chirec / Braine L'Alleud
Rue Wayez 35
1420 BRAINE L'ALLEUD
Tél : 02/389.04.22
marie-carmen.muniz@waterloo.eu
Cpte n° : 751-0015406-23

Siège Social :

Hôpital Erasme
Service de Néphrologie
Route de Lennik 808
1070 BRUXELLES
Site : gnfb.be

Bruxelles, le 14 décembre 2010

Analyse préliminaire des réponses obtenues au questionnaire « Autonomie du patient dialysé chronique » auprès des centres du GNFB

Les résultats analysés portent sur la population dialysée dans 20 centres répartis en Belgique francophone, soit un nombre total de **1.513 patients** (rapport H/F : 885/ 628) d'âge moyen **68 ans**. Parmi ceux-ci, 37% d'entre eux étaient diabétiques et 10% étaient hospitalisés au moment de l'enquête (Figure 1A-B).

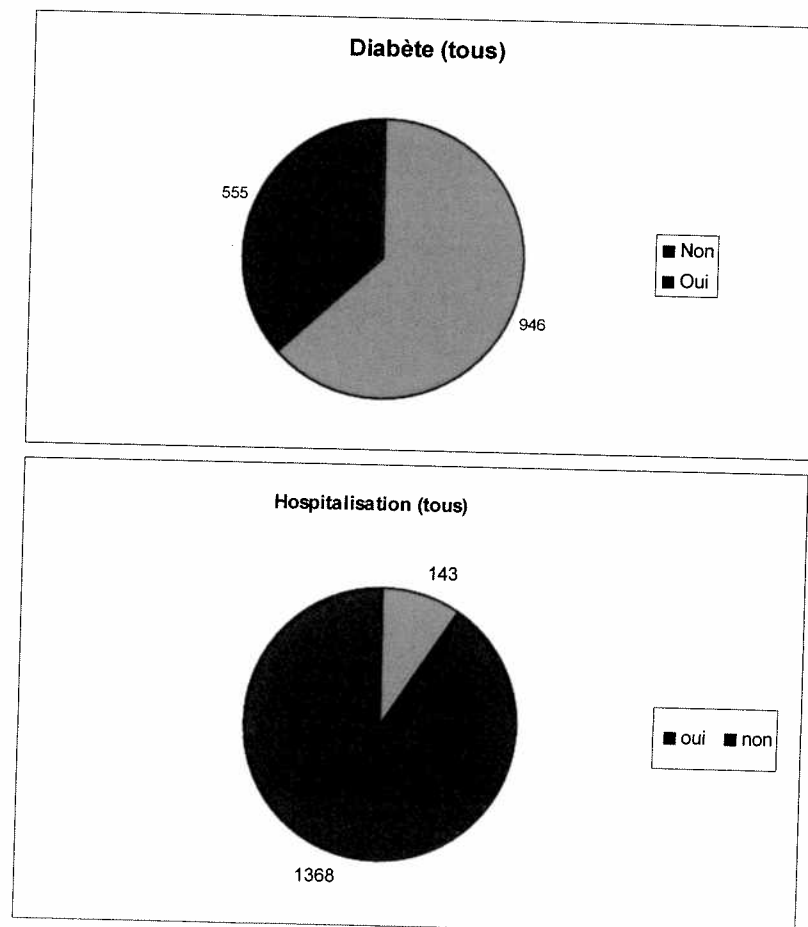


Figure 1A-B

Répartition des patients interrogés selon la modalité de dialyse

Comme indiqué dans la Figure 2, la majorité des patients est traitée en hémodialyse en centre. Le reste des patients se distribue essentiellement entre les diverses techniques alternatives, à savoir essentiellement l'autodialyse hospitalière et extra-hospitalière. Une plus faible proportion de patients est traitée par dialyse péritonéale avec ou sans aide infirmière.

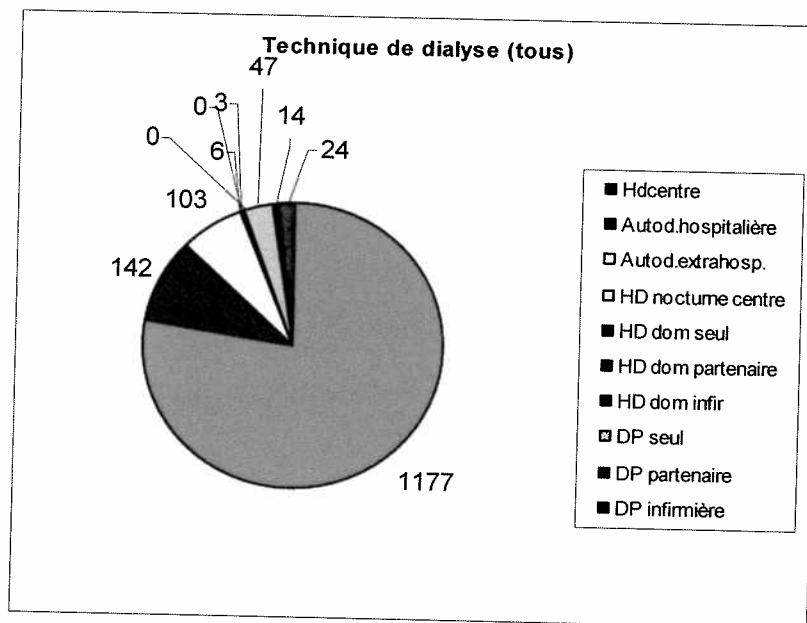
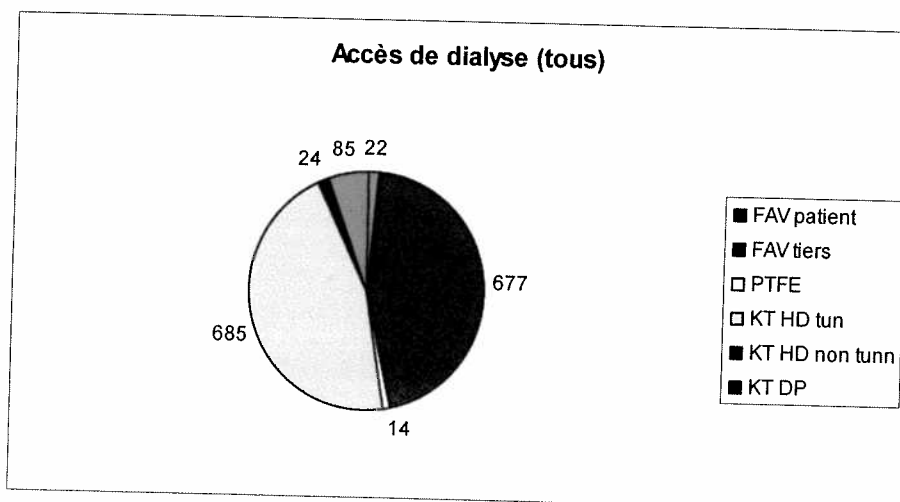


Figure 2

Types d'accès : une proportion significative de cathéters (KT) d'hémodialyse tunnelisés est utilisée comme voie d'accès en HD, les fistules artério-veineuses (FAV) (piquées par des tiers, en l'occurrence le personnel infirmier) arrivant en 2^e position dans la population *in toto*. En autodialyse, la FAV est l'accès vasculaire prédominant alors que le KT est le plus fréquemment utilisé en HD en centre (Figure 3A-C).



**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

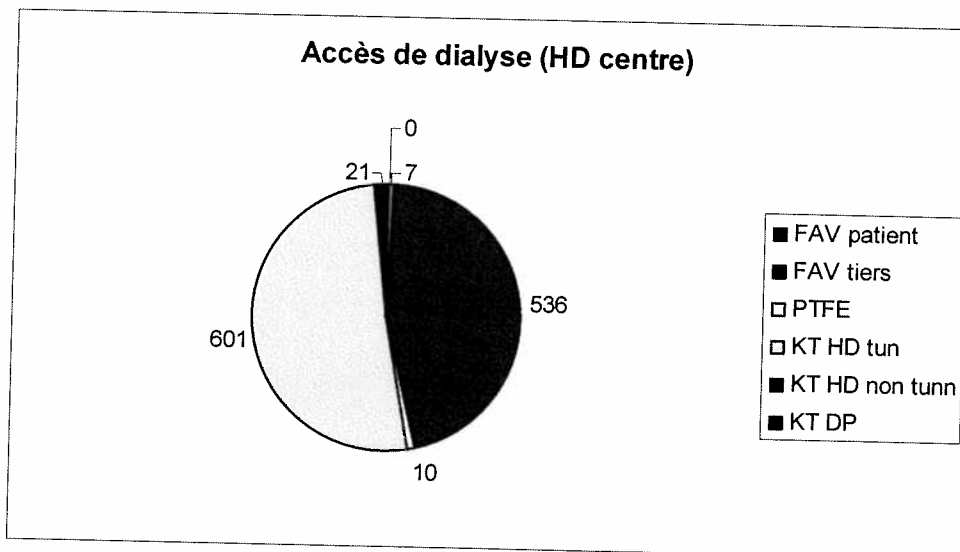
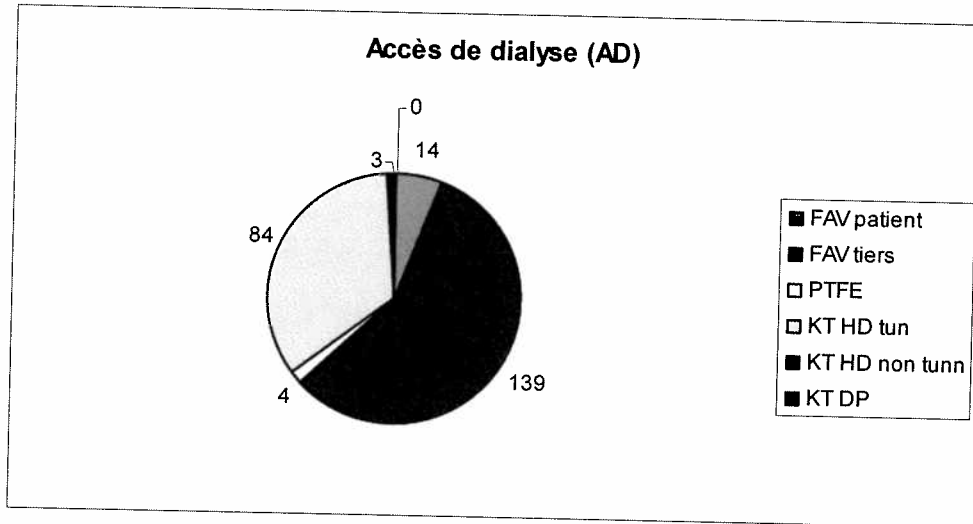
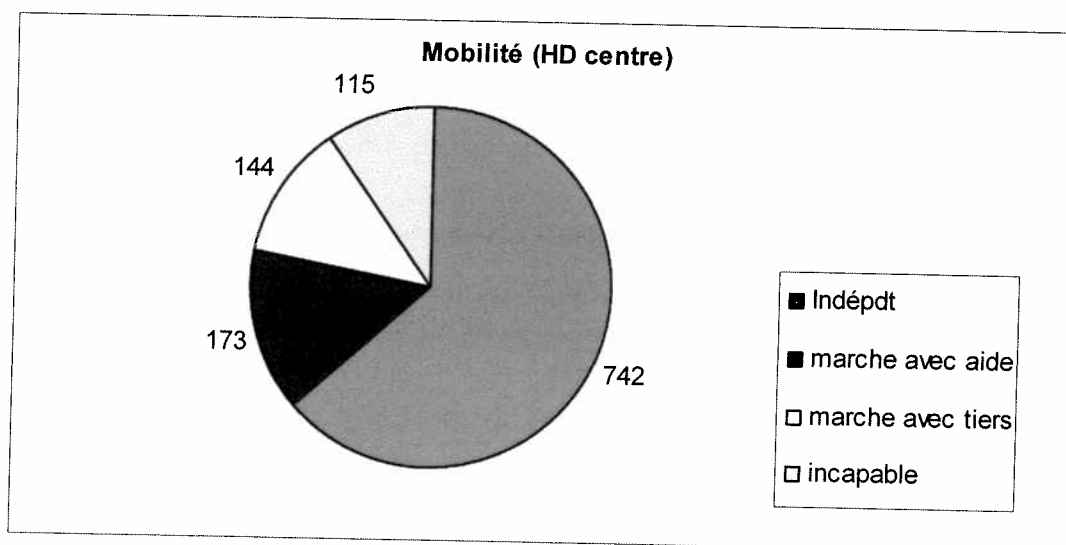
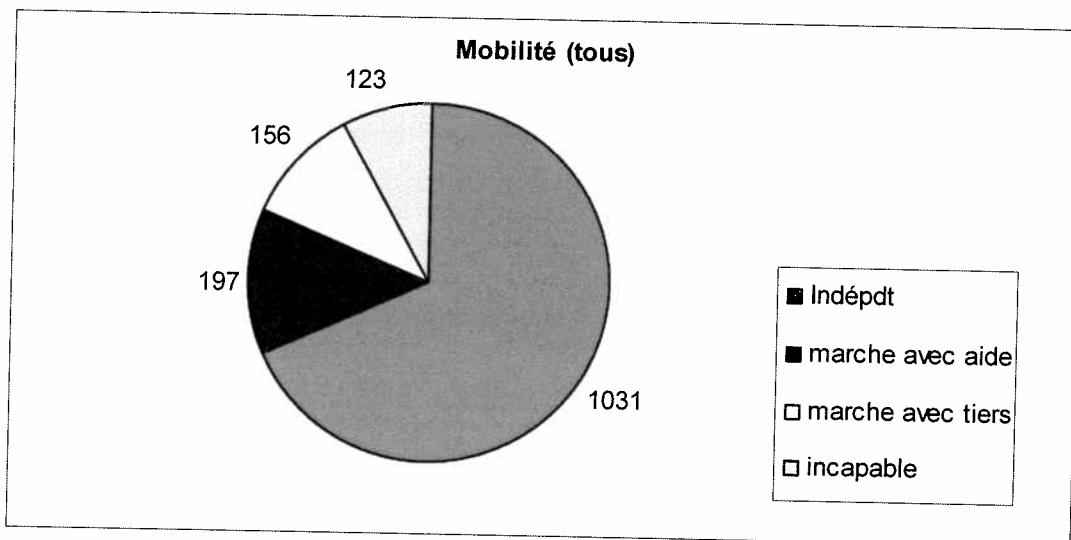


Figure 3A-C

Evaluation du handicap et de la mobilité

Une centaine de patients amputés a été identifiée ; la plupart étaient soignés en HD en centre. Une centaine de patients également était porteur de langes en permanence. Trente-quatre patients étaient aveugles, la plupart étant en traitement en HD en centre et quelques-uns en autodialyse.

La mobilité des patients en dialyse rend compte des différents degrés de handicap : l'invalidité complète ou la marche avec aide ou tiers sont nettement plus fréquemment rencontrées en HD en centre (37%), l'autonomie étant le fait des patients en autodialyse et en dialyse péritonéale (Figure 4A-D). Les chutes sont d'ailleurs quasi toutes recensées en HD en centre.



**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

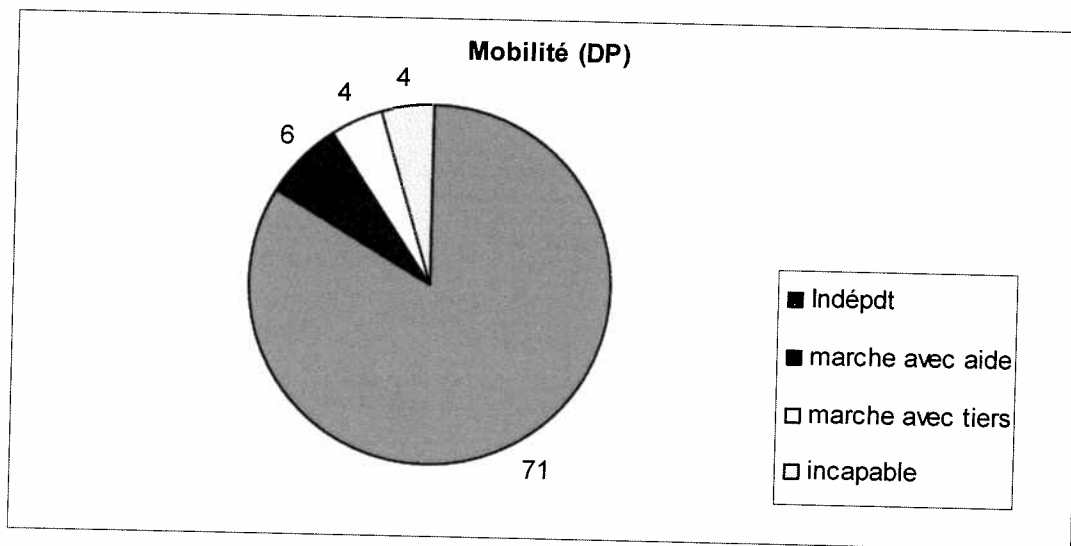
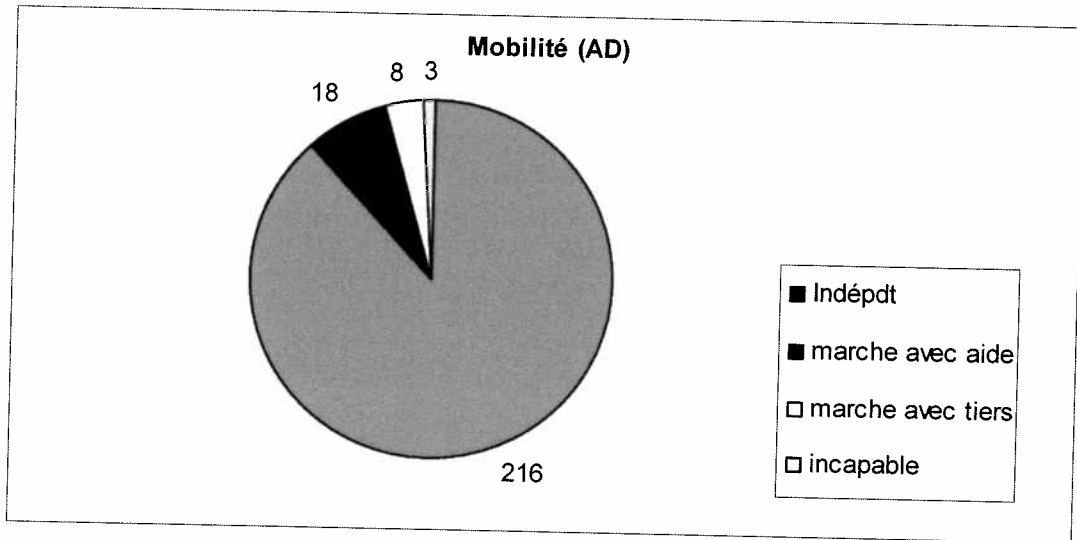


Figure 4A-D

**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

Au niveau des moyens de transport, 1/3 des patients de la population totale interrogée était autonome. Cette proportion passait à plus de la moitié en autodialyse et en dialyse péritonéale, le recours à la chaise roulante étant requis dans l'autre moitié des cas. De façon significative, la proportion de patients autonomes en HD en centre se réduisait à moins de 25% (Figure 5A-D).

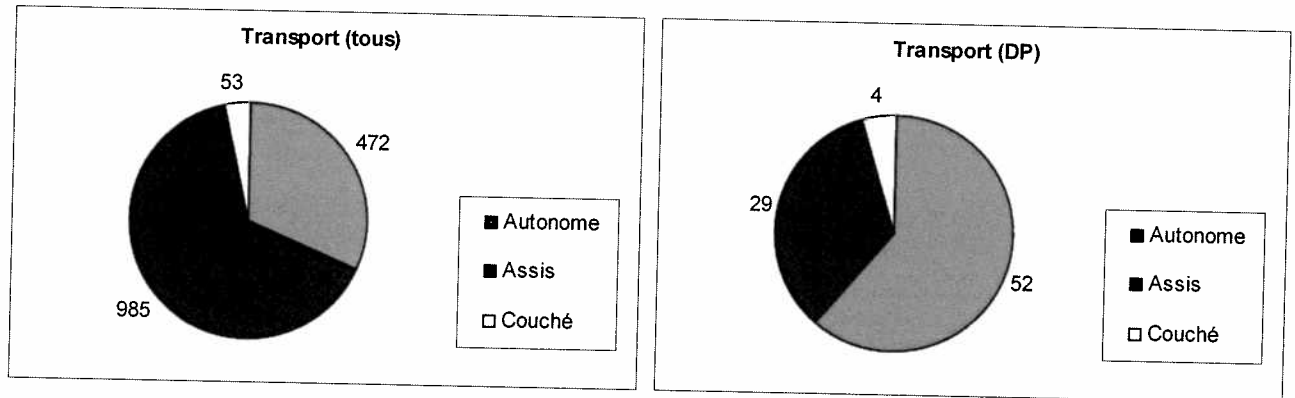
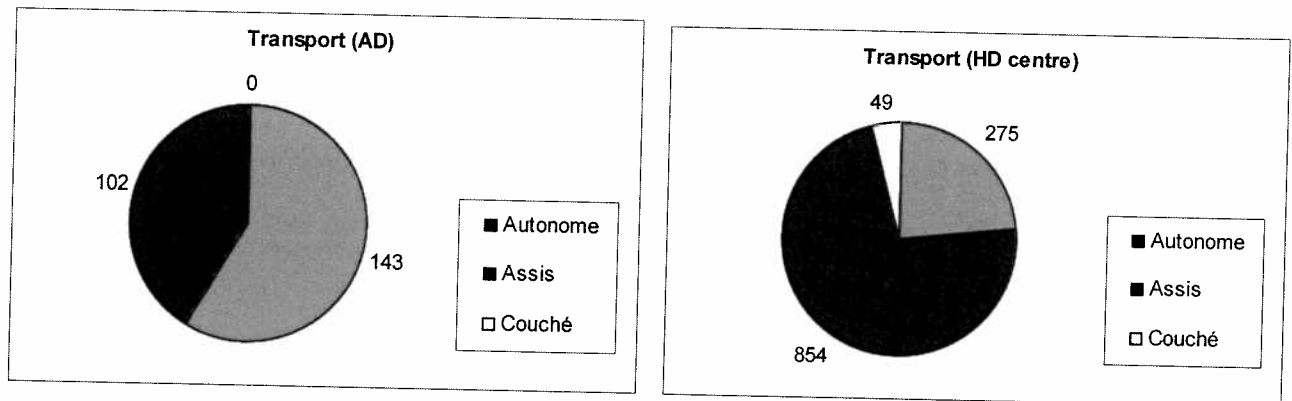


Figure 5A-D



L'autonomie a aussi été évaluée au niveau de la capacité des patients à se nourrir et à prendre leurs médicaments : 76% des patients sont capables de s'alimenter seul et 13% requièrent une aide partielle, chiffres retrouvés essentiellement pour la population en HD en centre. En autodialyse et dialyse péritonéale, les chiffres sont nettement meilleurs (Figure 6A-D).

**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

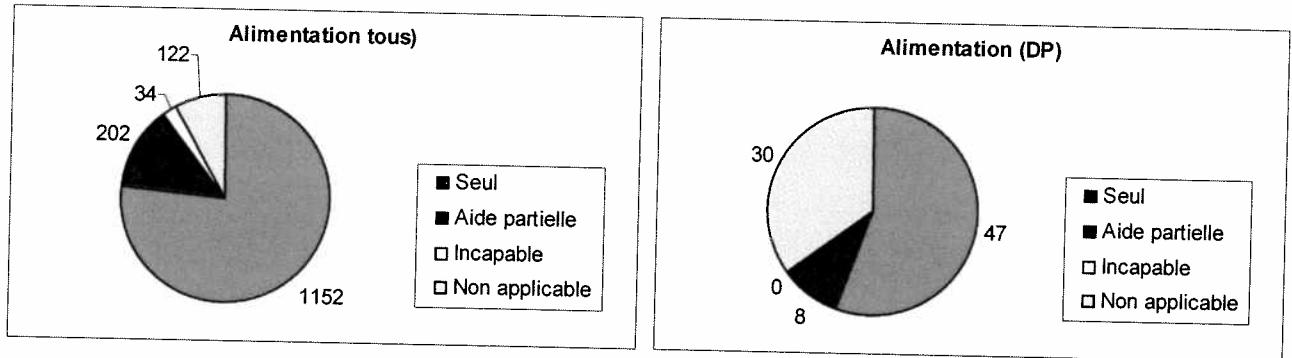
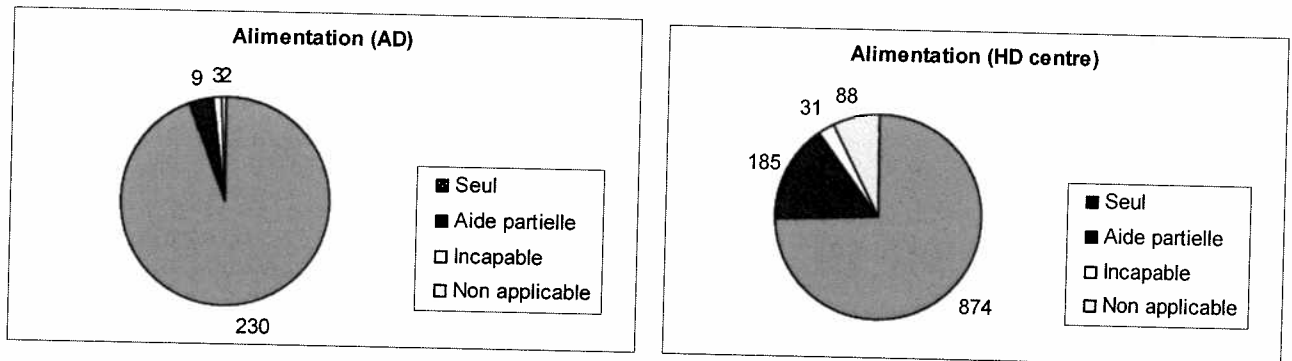


Figure 6A-D



En ce qui concerne la gestion des médicaments, 62% de la population globale l'assume seule et 36% avec l'aide d'un tiers. Ceci reflète principalement la situation en HD en centre, l'indépendance étant davantage préservée en autodialyse et en dialyse péritonéale (Figure 7A-D).

**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

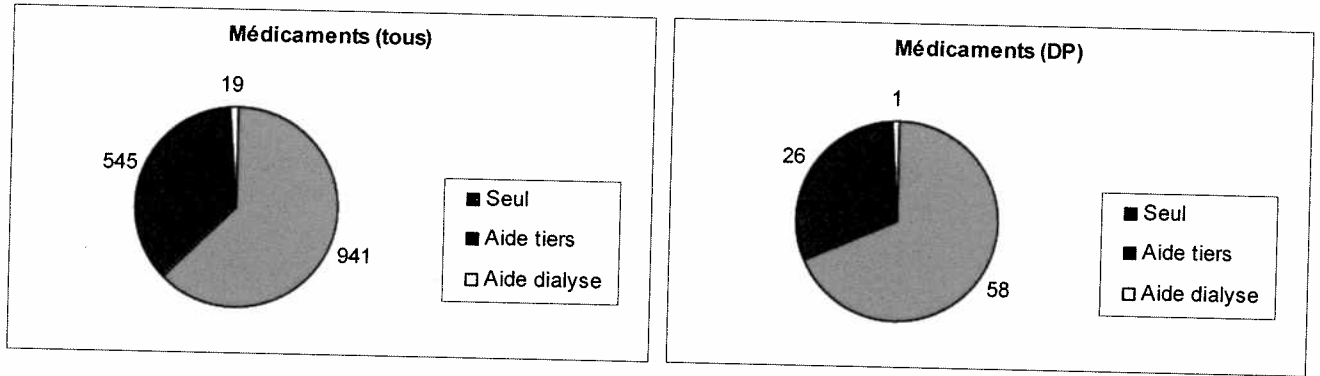
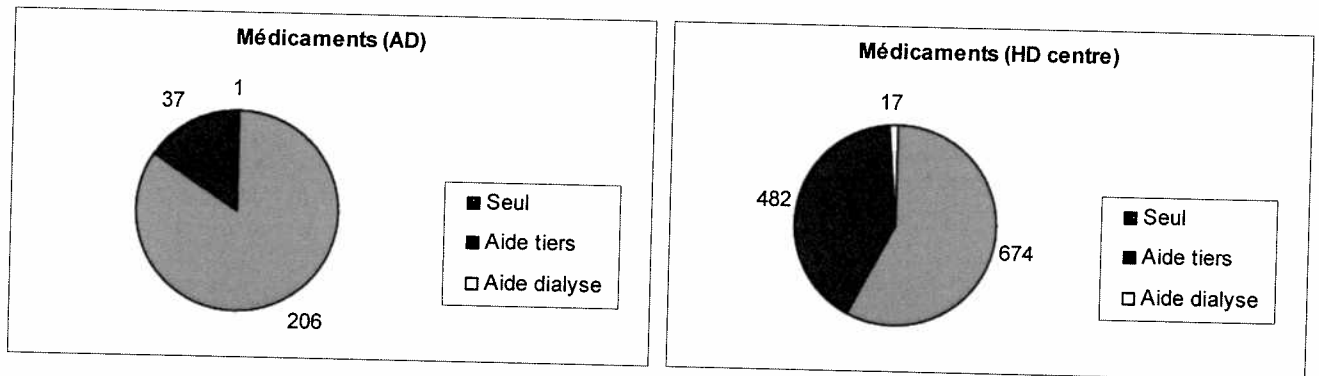


Figure 7A-D



La capacité des patients à effectuer seul une pesée en salle de dialyse a permis de mettre en évidence des différences entre ceux traités en HD en centre et ceux traités en autodialyse et en dialyse péritonéale : seule la moitié des patients en HD en centre peut réaliser cette pesée contre la quasi-totalité en autodialyse et en dialyse péritonéale (Figure 8A-D).

**GRUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

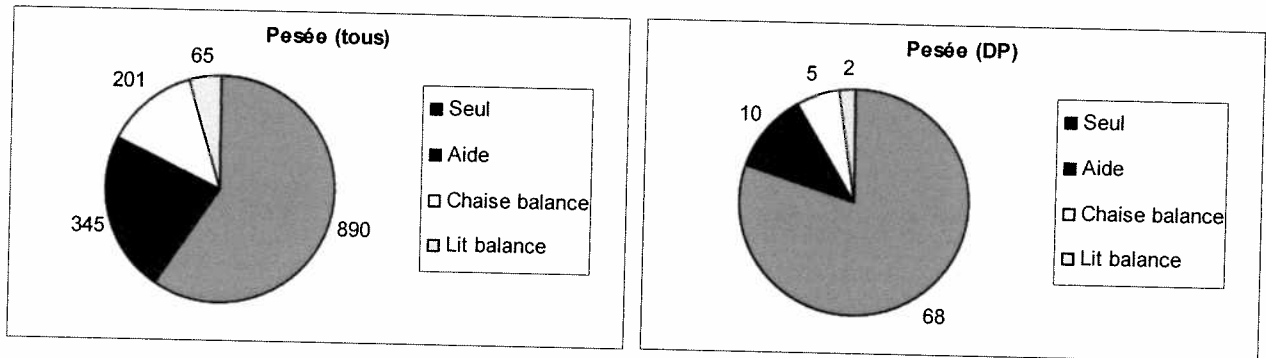
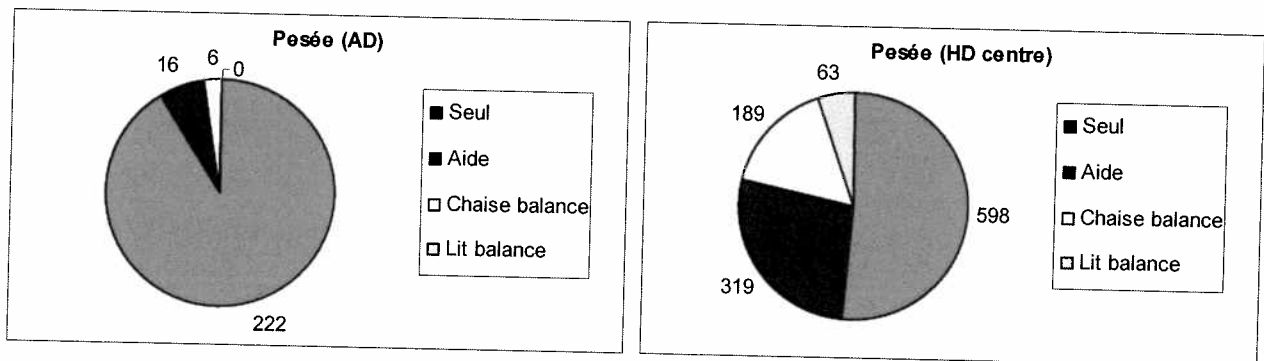


Figure 8A-D



Milieu de vie des patients dialysés

Globalement 75% des patients interrogés vivent en famille, seuls 20% vivent seuls. Les proportions entre les secteurs proviennent du fait que les patients traités en HD en centre sont aussi pensionnaires de home, ce qui n'est pratiquement jamais le cas pour les patients traités par l'une des techniques de dialyse alternative (Figure 9A-D). Mis à part en autodialyse, on ne note qu'un nombre dérisoire de sujets encore actifs.

**GROUPEMENT DES NEPHROLOGUES
FRANCOPHONES DE BELGIQUE A.S.B.L.**

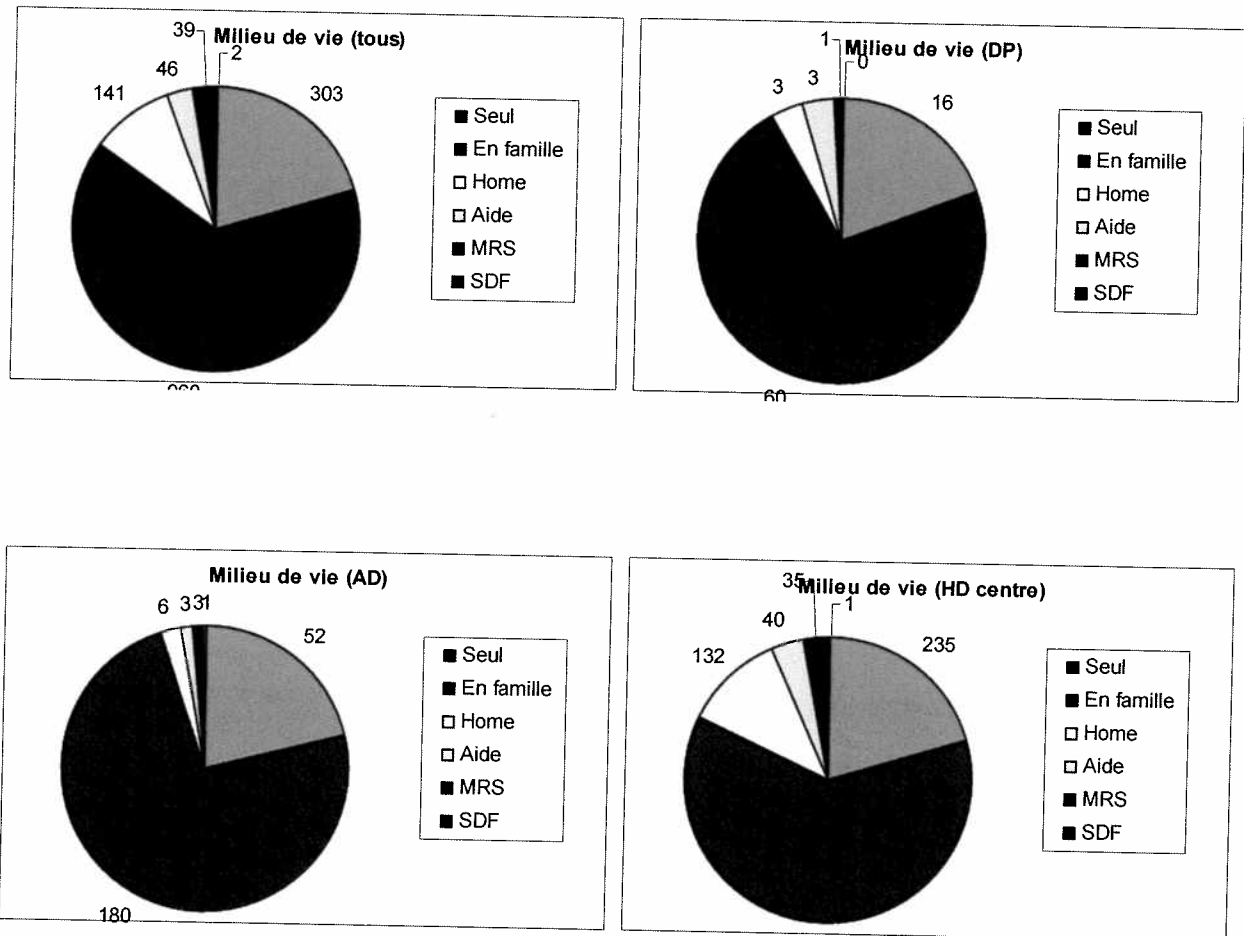


Figure 9A-D

Conclusions préliminaires

Sous réserve d'une analyse plus fine au départ des résultats complets de l'enquête, les données globales confirment bien

1. la préservation de l'autonomie des patients en autodialyse et en dialyse péritonéale
2. la sévérité des handicaps divers observés chez les patients traités en HD en centre. L'importance des comorbidités associées est également reflétée par la prédominance d'utilisation des hémocathéters tunnellisés comme accès vasculaires privilégié chez ces patients au détriment des FAV
3. la lourdeur de la prise en charge infirmière des patients en HD en centre.

QUESTIONNAIRE "AUTONOMIE" - COLLEGE DE NEPHROLOGIE

1. Année de naissance: <i>(pas la date cf protection vie privée)</i>	
2. Sexe: - M = 1 - F = 2	
3. Date du premier traitement de remplacement rénal:	
4. Diabète sucré (ne pas distinguer type 1 et type 2) : - Non = 1 - Oui = 2	
5. Modalité thérapeutique: - HD en centre = 1 - Autodialyse hospitalière = 2 - Autodialyse extrahospitalière = 3 - HD nocturne en centre = 4 - HD à domicile seul = 5 - HD à domicile avec partenaire = 6 - HD à domicile avec infirmière = 7 - DP seul = 8 - DP avec partenaire = 9 - DP avec infirmière = 10	
6. Accès pour la dialyse (le jour de l'enquête) : - FAV piquée par le patient = 1 - FAV piquée par un tiers = 2 - PTFE = 3 - Cathéter HD tunnelisé = 4 - Cathéter HD non tunnelisé = 5 - Cathéter de DP = 6	
7. Amputation des membres inférieurs: (2 réponses possibles) - Aucune = 1 - Sous la cheville unilatérale = 2 - Sous la cheville bilatérale = 3 - Au-dessus de la cheville unilatérale = 4 - Au-dessus de la cheville bilatérale = 5	
8. Mobilité: - Indépendant = 1 - Marche avec aide matérielle (autre qu'une canne) = 2 - Marche avec aide par tierce personne = 3 - Incapable de marcher même avec aide par tierce personne = 4	
9. Aveugle: - Oui= 1 - Non= 2	
10. Hospitalisé la semaine de l'enquête: - Oui= 1 - Non= 2	

QUESTIONNAIRE "AUTONOMIE" - COLLEGE DE NEPHROLOGIE

<p>11. Chutes (<i>êtes-vous tombé sur le sol il y a moins d'une semaine</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non= 1 - Oui= 2 	
<p>12. Moyens de transport:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonome = 1 (sa propre voiture ou transport en commun) - Accompagné assis = 2 - Accompagné couché = 3 (ambulance) 	
<p>13. Alimentation à l'hôpital:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seul = 1 - Aide partielle (couper la viande) = 2 - Incapable de manger seul = 3 - Non applicable = 4 	
<p>14. Médicaments:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gérés par le patient = 1 - Gérés par une tierce personne = 2 - Gérés par le personnel de la dialyse = 3 	
<p>15. Pansements la semaine de l'enquête (<i>hors cathéter</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non = 1 - A domicile = 2 - En dialyse = 3 - Non applicable = 4 	
<p>16. Langes (<i>2 réponses possibles</i>) :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jamais = 1 - La nuit = 2 - Parfois aussi le jour = 3 - Tout le temps = 4 	
<p>17. Se pèse:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seul = 1 - Avec aide = 2 - Chaise-balance = 3 - Lit balance = 4 	
<p>18. Milieu de vie:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Seul = 1 - En famille = 2 - Home = 3 - Aide externe = 4 - MRS = 5 - SDF = 6 	
<p>19. Activité (<i>= travail rémunéré</i>)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oui = 1 - Non = 2 	
<p>20. Echelle visuelle d'autonomie: A faire remplir de façon indépendante par le patient, l'infirmière et le médecin</p>	