

Abstract / Résumé

In 2005, 6,021 patients with end-stage renal disease living in fourteen regions covering 45M inhabitants (73% of the French population), started renal replacement therapy (dialysis or preemptive graft): median age was 70 years; 3% had a preemptive graft. The overall crude annual incidence rate of renal replacement therapy for end-stage renal disease was 139 per million population (pmp) in thirteen regions that met exhaustivity, with significant differences in sex and age-adjusted incidence across regions (92 to 171 pmh). At initiation, 48% of the patients had at least one cardiovascular disease and 36% diabetes (89% Type 2 non-insulin-dependent diabetes).

On December 31, 2005, 21,813 patients living in these fourteen regions were on dialysis: median age was 69 years. The overall crude prevalence rate of dialysis was 539 pmp in thirteen regions. On December 31, 2005, 19,491 patients were living with a functioning graft: median age was 53 years. The overall crude prevalence rate for these patients was 390 pmp in thirteen regions. The overall crude prevalence rate of renal replacement therapy for end-stage renal disease was 929 pmp in thirteen regions, with significant differences in age-adjusted prevalence across regions (732 to 1009 pmh).

In the 2002-05 cohort of 11,632 incident patients, the overall one-year survival rate was 82%, 72% at 2 years and 62% at 3 years. Survival decreased with age, but remained above 50% at 2 years in patients older than 75 at RRT initiation.

Among the 5,902 new patients starting dialysis in 2005 in the 14 regions, 7% had a BMI lower than 18,5 kg/m² and 16% a BMI higher than 30. At initiation, 63% had an haemoglobin value lower than 11g/l and 9% an albumin value lower than 25g/l. The first haemodialysis was started in emergency in 30% of the patients and with a catheter in 46%.

On December 31, 2005, 8% treated in the dialysis units of the fourteen regions received peritoneal dialysis, of which 35% were treated with automated peritoneal dialysis. 94% of the patients on haemodialysis had 3 sessions per week, with a median duration of 4 hours.

In 2005, 1,911 patients received a renal graft. On December 31, 2005, 4,634 patients were on the waiting list for a renal graft in the transplantation centres of the 14 regions.

En 2005, 6021 nouveaux malades résidant dans 14 régions (Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Provence-Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes) recouvrant 73% de la population française (soit 45 M d'habitants) ont débuté un premier traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique avec un âge médian de 70 ans ; 3% de ces malades ont bénéficié d'une greffe préemptive. L'incidence brute globale de l'insuffisance rénale terminale dans 13 régions ayant un enregistrement exhaustif était de 139 par million d'habitants. Il existait des différences significatives entre régions qui persistaient après standardisation sur le sexe et l'âge (de 92 à 171 pmh). A l'initiation du traitement, 48% des malades avaient au moins une comorbidité cardiovasculaire et 36% un diabète (diabète type 2 dans 89% des cas).

Au 31/12/2005, 21 813 malades résidant dans les 14 régions considérées étaient en dialyse (âge médian 69 ans). Au 31/12/2005, on estimait à 19 491 le nombre de malades résidant dans ces 14 régions et porteurs d'un greffon rénal fonctionnel (âge médian 53 ans). La prévalence brute des malades en dialyse était de 539 par million d'habitants dans 13 régions, la prévalence brute des malades porteurs d'un greffon était de 390 par million d'habitants, soit une prévalence brute globale de l'insuffisance rénale terminale de 929 par million d'habitants, avec des différences entre régions qui persistaient après standardisation sur le sexe et l'âge (de 732 à 1009 pmh).

Dans la cohorte des 11 632 malades ayant débuté un traitement de suppléance entre 2002 et 2005, 82% des malades étaient en vie à 1an, 72% à 2 ans et 62% à 3 ans. La probabilité de survie diminuait avec l'âge mais restait au-dessus de 50% à 2 ans chez les malades de plus de 75 ans à l'initiation du traitement de suppléance.

En 2005, parmi les 5 902 nouveaux malades traités par dialyse dans ces 14 régions, 7% avaient un indice de masse corporelle inférieur à 18,5 kg/m² et 16% un IMC supérieur à 30. A l'initiation du traitement de suppléance, 63% avaient un taux d'hémoglobine inférieur à 11g/l et 9% une albuminémie inférieure à 25 g/l. La première hémodialyse a été effectuée en urgence pour 30% des malades et dans 46% des cas sur un cathéter.

Au 31/12/2005, parmi les 22 697 malades traités dans les structures de dialyse de ces 14 régions, 8% étaient en dialyse péritonéale (dont 35% en dialyse péritonéale automatisée). En hémodialyse, 94% des malades avaient eu 3 séances par semaine, d'une durée médiane de 4 heures.

En 2005, 1 911 malades ont été greffés. Au 31/12/2005, 4 634 malades étaient en attente de greffe de rein dans les centres de transplantation de ces 14 régions.

Introduction

Le registre du « Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie » (REIN) a pour objectif général de décrire l'incidence et la prévalence des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique, les caractéristiques de la population traitée, les modalités de prise en charge, la qualité du traitement ainsi que la survie des malades. Il a pour finalité de contribuer à l'élaboration et à l'évaluation de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique et de favoriser la recherche clinique et épidémiologique.

Il contribue à l'estimation des besoins de la population dans le cadre des décrets n^{os} 2002-1197 et 2002-1198 septembre 2002 relatifs au traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale.

Il permet également d'évaluer la diffusion des recommandations en matière de prévention et de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ainsi que leur impact dans la population. En particulier, plusieurs des informations enregistrées constituent des indicateurs de suivi des objectifs 80 et 81 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique ainsi définis: (80) stabiliser l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale d'ici à 2008 ; (81) réduire le retentissement de l'insuffisance rénale sur la qualité de vie des personnes en dialyse.

L'organisation du REIN repose sur une collaboration étroite entre les professionnels de santé, l'Assurance Maladie, le Ministère de la Santé, l'Agence de la biomédecine², l'Institut de Veille Sanitaire, l'Inserm, les Universités, les Sociétés Savantes, le Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française, l'association française des infirmiers de dialyse, transplantation et néphrologie et les associations de malades (FNAIR et AIRs), tant au niveau national qu'au niveau régional. L'Agence de la biomédecine constitue le support institutionnel du réseau. Cette organisation se construit autour d'un dispositif contractuel qui définit les modalités de collaboration et la contribution de chacun.

Ce quatrième rapport du REIN fournit les résultats des données de quatorze régions ayant participé au registre en 2005 : Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Ile de France, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas-de-Calais, Provence-Alpes-Côte-d'Azur et Rhône-Alpes. Il décrit :

- l'incidence 2005 des traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique et les caractéristiques des nouveaux malades ;
- la prévalence de la dialyse et des greffes rénales fonctionnelles au 31/12/2005;
- la survie de la cohorte des nouveaux malades traités en 2002, 2003, 2004 et 2005 ;
- la description de certains indicateurs de prise en charge pour les malades traités dans ces 14 régions;

² L'Agence de la biomédecine est créée par la loi de bioéthique du 6 août 2004. Elle a repris à compter du 10 mai 2005 les missions précédemment dévolues à l'Etablissement français des Greffes ainsi que celles relatives à la procréation, l'embryologie et la génétique humaines.