

Rapport CÉTS 98-3 RF**HÉMODIALYSE ET DIALYSE PÉRITONÉALE : ANALYSE COMPARATIVE DES RAPPORTS COÛT-EFFICACITÉ****Montréal: CÉTS, 1998. xi-37 p.****(ISBN 2-550-33557-0).****RÉSUMÉ****INTRODUCTION**

L'arrivée au stade terminal de l'insuffisance rénale signifie l'entrée dans un processus de prise en charge médicale qui sera soit palliatif pour un certain nombre de patients candidats à une greffe rénale, soit le plus souvent définitif. Le Québec comptait en 1994 environ 2200 patients dialysés avec un taux de croissance annuel du nombre de personnes en dialyse de 8,85 %. Cette augmentation associée à l'élévation de l'espérance de vie et à la stabilité du nombre des greffes rénales souligne tout l'intérêt porté à la dialyse.

Deux grands types de techniques de dialyse s'offrent aux nouveaux patients arrivés au stade ultime d'insuffisance rénale, soit l'hémodialyse et la dialyse péritonéale, chacune comportant plusieurs modalités. Le choix de la technique ou modalité la plus appropriée se pose alors et il dépendra de la condition médicale du patient mais également du contexte des ressources disponibles.

Il y a 32 centres de dialyse au Québec, tous situés dans les centres hospitaliers. Cependant, huit régions étaient totalement dépourvues de services de dialyse en 1993, de sorte que 80 % des insuffisants rénaux étaient suivis à Montréal, Québec ou Sherbrooke. Sur l'ensemble du Québec, 8,8 % des malades ont une heure de transport pour arriver à leur lieu de traitement et 12,3 % sont à plus de 50 km de leur centre de dialyse.

Sur l'ensemble des patients traités par dialyse en décembre 1994, les différentes modalités d'hémodialyse concernaient 68,2 % des malades, avec 56 % en hémodialyse traditionnelle, 10,5 % en hémodialyse semi-autonome et 2,8 % en hémodialyse autonome. La dialyse péritonéale était le traitement de 31,8 % des patients avec 28,6 % en dialyse péritonéale continue ambulatoire et 2,1% en dialyse péritonéale continue cyclique. Le Ministère de la Santé et des Services sociaux estimait en 1993 le coût moyen annuel d'un patient dialysé à 31 360 \$. Le coût de suppléance seul représentait pour le Québec 69 millions de dollars par an.

Ce rapport présente les résultats d'une étude coût-efficacité visant à guider les décideurs quant à l'orientation initiale du patient insuffisant rénal vers un mode de dialyse adapté. Plus spécifiquement, l'objectif de cette étude est de comparer les rapports coût-efficacité de chacune des techniques sur cinq ans, en tenant compte de la comorbidité présente lors de la prise en charge, de façon à déterminer s'il existe des profils particuliers de patients pouvant bénéficier de l'une ou l'autre technique. Cette étude coût-efficacité est complétée par une enquête réalisée chez des patients dialysés afin de comparer l'impact de la technique de dialyse sur leur qualité de vie.

TECHNIQUES DE DIALYSE***Description***

L'hémodialyse est une technique de suppléance de la fonction excrétoire des reins basée sur la réalisation d'échanges entre le secteur plasmatique du patient et un liquide appelée dialysat. Les

Résumé

échanges se font à travers une membrane synthétique semi-perméable se déroulant au cours de séances de 3 à 5 heures, le plus souvent au rythme de trois séances par semaine : il existe actuellement trois modalités thérapeutiques de l'hémodialyse :

- l'hémodialyse traditionnelle, se déroulant en centre hospitalier et sous la dépendance totale du personnel hospitalier;
- l'hémodialyse semi-autonome, se déroulant en structure hospitalière avec la participation active du patient;
- l'hémodialyse autonome, sous la responsabilité totale du patient et qui se déroule au domicile du malade, dans un local rattaché au CLSC ou dans un hôpital.

L'hémodialyse traditionnelle est la modalité qui reste la plus utilisée. Les septicémies et les problèmes liés à l'abord vasculaire constituent ses principales complications.

La dialyse péritonéale est une technique d'épuration extrarénale qui repose sur l'utilisation de la cavité péritonéale comme lieu d'échange. Elle nécessite la mise en place dans la cavité péritonéale d'un cathéter permettant de remplir et de vider régulièrement le péritoine du dialysat aux différents temps de la technique. Sa principale complication est la péritonite, dont la répétition peut obliger un transfert à l'hémodialyse. Il existe plusieurs modalités de dialyse péritonéale regroupées en modalités ambulatoires sans équipement lourd et en modalités automatisées :

- La dialyse péritonéale continue ambulatoire: elle est la plus fréquente et elle repose sur le maintien permanent d'un volume de liquide de dialyse dans le péritoine tout au long du nyctémère. La dialyse péritonéale continue ambulatoire ne nécessite aucun équipement.
- La dialyse péritonéale continue cyclique : version automatisée de la dialyse péritonéale nécessitant des cycleurs qui assurent les échanges pendant la nuit.

L'évolution actuelle des modalités de dialyse péritonéale se fait vers une combinaison de dialyse péritonéale automatisée nocturne utilisant des cycleurs et de dialyse autonome permettant un ou deux échanges dans la journée.

Choix de la technique

Plusieurs facteurs sont pris en compte dans l'orientation d'un malade vers un mode de dialyse:

- la condition médicale du patient, qui peut être une contre-indication au choix d'une technique;
- le choix du patient, lié à ses préférences personnelles;
- la situation sociale ou familiale: occupation, soutien pour les soins, type de logement;
- l'éloignement du centre de dialyse et soutien financier pour le transport;
- la disponibilité d'hémodialyseurs;
- les ressources du centre de dialyse et le coût des différentes techniques.

Données de la littérature

Concernant l'évolution des patients dialysés, la littérature n'a montré aucune différence significative entre la dialyse péritonéale et l'hémodialyse en termes de survie et de morbidité. Cependant, le taux de survie de ces malades varie principalement en fonction de l'âge, de l'étiologie de l'insuffisance rénale et de présence de comorbidité. Les pathologies cardiovasculaires multiplient par 2 à 2,6 le risque de décès des patients. La durée d'utilisation continue de la technique est plus courte pour la dialyse péritonéale que pour l'hémodialyse et celle-ci coûte plus cher que l'autre technique.

L'équivalence de qualité de vie entre les techniques a été rapportée à plusieurs reprises mais d'autres études indiquent une supériorité de l'une sur l'autre. Enfin, selon certains auteurs, l'âge des patients influencerait de façon différente, selon la technique utilisée, la qualité de vie.

MÉTHODOLOGIE

Dans son volet principal de comparaison des rapports coût-efficacité de chacune des techniques de dialyse utilisées, le rapport utilise des données recueillies en 1995, dans les centres de dialyse de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont de Montréal et de Hôtel-Dieu de Québec. Ces centres suivaient alors 21 % de l'ensemble des dialysés du Québec, pour des traitements en hémodialyse traditionnelle, en hémodialyse semi-autonome ou en dialyse péritonéale. Voici les caractéristiques majeures de l'étude :

- Les critères d'orientations vers l'un ou l'autre mode de dialyse étaient fondés sur le tableau clinique du malade et, en cas d'absence de contre-indication à l'un des modes, sur le choix du patient après une information complète sur les diverses techniques.
- La sélection des patients a concerné tous les patients pris en charge dans les deux centres entre le 1 janvier 1988 et 31 décembre 1990. Étaient exclus les patients de moins de 14 ans et ceux dont on ne pouvait suivre l'évolution.
- Les critères d'efficacité considérés sont le taux de survie du patient, le taux de survie de la technique de dialyse, la morbidité rapportée en termes de complications ou d'hospitalisations, les effets de la technique sur une éventuelle transplantation et le temps nécessaire aux soins et aux transports.
- Les coûts totaux incluent les coûts hospitaliers, les frais de services médicaux payés directement aux médecins par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ) ainsi que les coûts de transport remboursés au patient par la RAMQ au tarif de 0,285 \$ par kilomètre.
- Les coûts hospitaliers ont été définis à partir des rapports financiers des établissements de l'année fiscale 1994-1995 de chaque centre d'activité concerné dans les deux centres hospitaliers étudiés. Ces coûts réfèrent à l'ensemble des services consommés à l'hôpital (séjours, traitements, services paramédicaux, médicaments, examens).
- L'ensemble des coûts de la période d'étude a été attribué au mode de dialyse initial. Le recueil des coûts s'arrêtait au moment d'un décès ou d'une transplantation rénale.
- Considérant que la dialyse permet la survie du patient et entraîne ainsi le traitement des pathologies associées, l'ensemble des coûts reliés aux soins de l'insuffisance rénale et des affections associées a été comptabilisé, soit:
 - le coût total de l'insuffisance rénale et de la maladie néphrologique, incluant la dialyse, le traitement de la maladie à l'origine de l'insuffisance rénale et de ses éventuelles complications;
 - le coût associé aux effets secondaires du traitement de l'insuffisance rénale, et donc des éventuelles complications de la dialyse;
 - le coût du traitement des pathologies associées, et donc de la comorbidité préexistante à l'insuffisance rénale terminale ou survenant après la prise en charge de l'insuffisance rénale.

Résumé

- Un rapport coût-efficacité a été déterminé pour la dialyse péritonéale et l'hémodialyse, à partir du coût total des soins, de la chance de survie au terme de la période considérée et de la valeur donnée à une année de vie dans la technique de dialyse.
- Une analyse de sensibilité a été menée pour voir l'impact de la variation des valeurs
- QALY (Quality Adjusted Life Year) sur le rapport coût-efficacité, mais celui-ci s'est avéré peu significatif.

En complément de cette étude coût-efficacité, une enquête a été menée en mars-avril 1996 sur la qualité de vie des patients dialysés à l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et à l'Hôtel-Dieu de Québec. Deux types de questionnaires ont été utilisés dans cette enquête :

- Le SF 36 qui est un questionnaire générique largement utilisé dans les études et les évaluations de politiques de santé. Il comporte 36 questions à réponses ordinales explorant huit domaines touchant aussi bien la santé physique que l'étude psychosociale.
- Le GRAN, qui est un outil en cours d'évaluation réalisé à partir d'entretiens avec des insuffisants rénaux français puis adapté à la population d'insuffisants rénaux québécois. Le GRAN explore six domaines englobant les champs psychosocial et relationnel.

RÉSULTAT DE L'ÉTUDE COÛT-EFFICACITÉ

Données sur le suivi des patients

Sur les 234 patients inclus dans l'étude, 112 ont été initialement dirigés vers la dialyse péritonéale et 122 vers l'hémodialyse. Les deux groupes ne diffèrent pas significativement quant au sexe et à l'âge, ni quant à la proportion présentant plus de deux comorbidités, soit environ 40 %, bien que leur portrait puisse varier selon la technique. Au terme de l'étude, 19,6 % des patients orientés en dialyse péritonéale et 24 % de ceux orientés en dialyse étaient toujours traités selon le mode initial.

Le taux de survie et la morbidité

L'étude du taux de survie selon le mode initial de dialyse ne montre aucune différence significative entre les patients orientés initialement en dialyse péritonéale ou en hémodialyse. L'analyse suivant la comorbidité montre le rôle de l'âge supérieur à 65 ans et des antécédents d'accidents cérébrovasculaires. La durée de l'utilisation de la dialyse péritonéale a été significativement plus basse que celle de l'hémodialyse. Ceci illustre le fait que le traitement de secours de la dialyse péritonéale est l'hémodialyse et qu'il est difficile d'identifier l'échec de l'hémodialyse qui se solde le plus souvent par un décès. Par contre, chez les patients de plus de 65 ans, la survie des techniques est relativement identique.

L'hospitalisation initiale, pendant laquelle les techniques sont mises en route, s'est révélée plus longue pour la dialyse péritonéale en raison de la phase d'apprentissage de la technique; maintenant cet enseignement se fait davantage en ambulatoire. Par ailleurs, que ce soit lors de la prise en charge ou au cours des cinq ans de suivi, le mode de dialyse initial n'a pas eu d'influence significative sur les jours d'hospitalisation non motivés par la dialyse. Les complications les plus fréquentes ont été la péritonite, les malpositions de cathéter et les hernies ombilicales ou incisionnelles pour la dialyse péritonéale; pour l'hémodialyse, on a surtout relevé des épisodes de thrombose de fistule artérioveineuse ou de cathéter de dialyse. L'orientation initiale à l'une ou l'autre technique n'a pas eu d'influence significative sur les délais moyens d'attente pour une greffe, sur la durée moyenne de fonction du greffon et sur le taux de

survie des greffons dans les deux premières années. Enfin, le temps consacré à la dialyse et au transport (plus particulièrement) est significativement moins élevé pour les patients en dialyse péritonéale que pour ceux en hémodialyse.

Les coûts

Le coût moyen total d'une année de traitement par dialyse pour chaque patient, déterminé à partir du coût total des soins divisé par la durée du traitement, a été évalué à 54 851 \$ pour la dialyse péritonéale et à 85 312 \$ pour l'hémodialyse. La différence porte essentiellement sur les hospitalisations et le transport du patient, qui sont significativement plus élevés pour les hémodialisés.

Les rapports coût-efficacité

En fonction de l'âge, du sexe, de la présence d'une pathologie cardiovasculaire lourde ou de diabète, un indice de gravité défini par le risque de décès du patient durant les cinq années est déterminé. Les deux variables intervenant de façon significative sur le risque de décès à 5 ans sont l'âge et l'état cardiovasculaire. Chaque patient s'est vu ainsi attribuer un indice de gravité variant de 0 à 1, correspondant au risque de décès. Les trois pics de fréquence observés, pics à 0,1, 0,5 et 0,8, ont permis de définir trois catégories de sujets : patients avec indice de gravité inférieur ou égal à 0,33, patients avec indice de gravité compris entre 0,34 et 0,66 et patients avec indice de gravité supérieur à 0,66.

- Les patients appartenant au groupe dont l'indice de gravité est inférieur ou égal à 0,33 sont considérés à faible risque. Il s'agit de sujets âgés de moins de 65 ans, diabétiques ou non, qui ne présentent pas de pathologie cardiovasculaire lourde. Les rapports coût-efficacité moyens observés sont, pour chaque période cumulative, plus élevés en hémodialyse qu'en dialyse péritonéale, mais la différence n'est pas significative. Ainsi, pour un même indice de qualité de vie, il n'existe aucune différence significative de rapport coût-efficacité entre les deux techniques, de sorte que les patients pourraient être indifféremment orientés en dialyse péritonéale ou en hémodialyse, lors de la prise en charge initiale.
- Le groupe dont l'indice de gravité est compris entre 0,34 et 0,66 est constitué de patients de moins de 65 ans porteurs d'une pathologie cardiovasculaire lourde seule ou associée à d'autres affections et de patients de plus de 65 ans sans pathologie cardiovasculaire lourde. Les rapports coût-efficacité sont significativement meilleurs en dialyse péritonéale comparativement à ceux observés en hémodialyse. La différence des rapports étant d'environ 50 % en moins pour la dialyse péritonéale et cela de la première à la cinquième année. Ces résultats portent à croire que l'on pourrait orienter ces patients de préférence vers la dialyse péritonéale, sauf contre-indication.
- Tous les patients dont l'indice de gravité est supérieur à 0,66 sont âgés de plus de 65 ans et porteurs d'une affection cardiovasculaire lourde au début de la dialyse. Ces patients très lourds ont été sujets à des hospitalisations plus fréquentes que les patients des deux autres groupes. De plus les patients orientés initialement en dialyse péritonéale ont été rapidement transférés en hémodialyse. Les rapports coût-efficacité sont élevés pour les deux techniques et ne présentent aucune différence significative, quelle que soit l'année observée.

En dehors de contre-indications particulières d'ordre médical, social ou familial, les comparaisons des rapports coût-efficacité, selon l'indice de gravité, permettent de proposer un arbre décisionnel permettant de guider le choix de la dialyse, puisqu'il corrèle l'indice de gravité et le risque de décès dans les cinq ans avec une fiabilité de 80 %. Ainsi sur la base de cette étude, sauf contre-indication, 47

Résumé

% des patients pourraient bénéficier d'une orientation initiale en dialyse péritonéale, avec un rapport coût-efficacité plus intéressant qu'en hémodialyse.

Enquête sur la qualité de vie des patients

Au total, 234 questionnaires ont été renvoyés soit 65,9 % dont 36 % provenant de patients en dialyse péritonéale, 36,9 % en hémodialyse traditionnelle, 18,7 % en hémodialyse semi-autonome et 7,8 % en hémodialyse autonome. Les questionnaires renvoyés ont été complétés à 92 %.

Selon les résultats du SF 36, les patients en dialyse péritonéale ont une moins bonne performance physique comparé à ceux en hémodialyse. Par contre, pour tous les autres domaines, les résultats sont équivalents dans les deux techniques.

Les résultats du GRAN, bien que non significatifs, indiquent que l'impact psychologique de la dialyse péritonéale est plus important et que la vie sociale et la sensation de bien-être général en sont plus affectées.

Suivant l'âge, on peut conclure que la qualité de vie des patients de moins de 65 ans, traités en dialyse péritonéale et en hémodialyse, est à peu près équivalente. Toutefois, ils acceptent mieux les contraintes de l'hémodialyse et ont un meilleur fonctionnement physique avec cette technique. Quant aux patients de 65 ans et plus, ils s'adaptent mieux à la dialyse péritonéale qu'à l'hémodialyse.

CONCLUSION

A chaque nouveau patient traité pour insuffisance rénale se pose le choix du mode de dialyse le mieux adapté à sa condition médicale et personnelle dans un contexte de contraintes budgétaires. Cette étude, réalisée en 1995 dans les centres de dialyse de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont et l'Hôtel-Dieu de Québec, avait pour objet de guider les décideurs dans le choix d'un mode de dialyse.

Les résultats obtenus nous ont amenés à établir un arbre d'aide à la décision pour le choix d'un traitement initial de dialyse où, sauf contre-indication, les patients porteurs de l'un des deux facteurs de comorbidité suivants, un âge de plus de 65 ans ou une pathologie cardiovasculaire lourde, sont orientés de préférence vers la dialyse péritonéale. Suivant cette logique, 47 % des patients bénéficieraient d'être orientés vers la dialyse péritonéale. Cependant, les particularités de chaque patient, c'est-à-dire leur condition médicale, leur choix de mode de dialyse et leur condition sociale, doivent être prises en compte. Le but de l'étude n'est pas de recommander mais de guider. Les résultats de cet arbre de décision devront nécessairement faire l'objet de tests cliniques ou de considérations par les néphrologues.

Parallèlement l'enquête sur la qualité de vie des patients dialysés a montré que les personnes âgées de 65 ans et plus fonctionnent mieux en dialyse péritonéale. Les personnes de moins de 65 ans acceptent mieux les contraintes reliées à l'hémodialyse et leur vie sociale et émotionnelle s'en trouvent moins influencée qu'en dialyse péritonéale.

En définitive, cette étude permet de mettre en lumière deux critères supplémentaires permettant de guider les décideurs concernés dans le mode de dialyse adapté à la condition médicale et personnelle des insuffisants rénaux : la comparaison des rapports coût-efficacité et l'impact sur la qualité de vie des patients de l'hémodialyse et de la dialyse péritonéale. Ces critères s'ajoutent bien sûr aux critères cliniques dépendant de la condition médicale des patients, à ceux reliés à leurs préférences et à leur éloignement géographique ainsi qu'à la disponibilité générale des ressources dans les centres de dialyse.

Références