

## □ La prise en charge des hémodialysés en Grande Bretagne

*Eric CHEMLA*

*Consultant Renal Transplant and Vascular Surgeon, St Georges Hospital London, UK -  
eric.chemla@stgeorges.nhs.uk*

La Grande Bretagne compte environ 45.000 patients en insuffisance rénale chronique terminale avec une estimation autour de 80.000 pour 2010. Chaque année 2800 d'entre eux seront greffés alors que la majorité des autres sera placée en hémodialyse (75% HD, 25% DP).

Les patients britanniques sont tous inscrits dans une « surgery » (Médecin Généraliste) et c'est à l'occasion de test sanguins demandés pour autre chose que le diagnostic d'insuffisance rénale sera posé. Le patient sera ensuite adressé au néphrologue en charge de la Low Clearance Access clinic la plus proche du domicile (Consultation spécialisée de l'insuffisance rénale chronique pré terminale). Un rendez vous devra lui être fixé dans les 40 jours (abolition des waiting lists, Mars 2005) et là il rencontrera, le médecin ainsi que l'infirmière en charge de la pré-dialyse qui va coordonner tous les soins :

- envoi à l'infirmière en charge de l'anémie, au chirurgien pour création de fistule ou mise en place du cathéter de DP.
- envoi à l'infirmière en charge de la liste d'attente de transplantation rénale.

Malheureusement ce schéma théorique très séduisant est loin de fonctionner correctement. Le nombre de patients adressés tardivement est très élevé ( crash landers) et le nombre de chirurgiens intéressés à l'accès vasculaire très réduit. La proportion de patients débutant la dialyse par cathéter central avoisine les 50% et ne diminue pas ou peu avec le temps. Le délai entre la consultation chirurgicale et la création de l'abord vasculaire est dans 90% des cas supérieur à 4 semaines avec des pics à 60 semaines dans certains endroits. Le recrutement des patients par les chirurgiens ne peut s'étendre vers d'autres régions en demande car les services de chirurgies sont comptables de leur budget et la décentralisation extrême du modèle anglais rend parfois difficile les facturations entre régions différentes. L'accès vasculaire, au vu des résultats médiocres du pays, est devenu priorité nationale et de forts investissements sont venus épauler les projets de modernisations des différents services. Nous avons ainsi créé, des postes « d'access nurse coordinators » en charge du recrutement et du suivi des patients (Consultation de suivi une fois par semaine) et nous avons acquis 3 Transonic afin que chaque patients du secteur puisse avoir un débit de FAV une recirculation et un débit cardiaque 6 fois par an. La proportion de cathéter est tombée à moins de 10 % dans notre service et à 25 % sur l'ensemble du secteur.

L'avenir est à l'augmentation de nos capacités de soins : listes opératoires, lits et internes de spécialité avec, si la crise des vocations chirurgicales continue, création de poste de nurse consultante avec possibilité, pour ces infirmières, d'opérer les cas les plus simples.