Tableau de bord

Tableau de bord

OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

L'insuffisance rénale chronique à La Réunion

Octobre 2011

Sommaire

Introduction	3
Définitions	6
Répertoire des sigles	7
Contexte	8
Incidence de l'IRCT	10
Prévalence de l'IRCT	12
Prévalence de l'IRCT traitée par dialyse	13
Greffe rénale	15
Hospitalisation pour IRC	16
Admission en ALD pour IRC	18
Mortalité par IRC	19
Offre de soins et de prise en charge	20
Facteurs de risque et déterminants	22
Politiques régionales et stratégies de prévention	23
Adresses utiles	25
Références bibliographiques et sources	27
Synthèse	28

Introduction

Contexte

La connaissance de l'état de santé de la population est une nécessité dans l'élaboration d'une politique de santé comme dans son évaluation et l'observation en représente aujourd'hui une dimension essentielle.

Le tableau de bord régional 2011 actualise et complète, dans le cadre de la convention entre l'ARS-OI et l'ORS Réunion concernant sa mission d'observation, les indicateurs présentés en 2009 [1].

La prévention des maladies chroniques, notamment de l'insuffisance rénale chronique, et l'adaptation du système de santé à la prise en charge de ces maladies constituent deux priorités essentielles du Plan Stratégique de Santé de La Réunion et de Mayotte [2].

Objectifs

Ce tableau de bord a pour objectif général d'actualiser les indicateurs sur l'insuffisance rénale chronique en termes de prévalence, d'incidence, de mortalité, de morbidité, d'offre de soins et de prise en charge à La Réunion.

L'objectif final est de guider les actions de prévention.

Méthodologie

L'insuffisance rénale chronique est définie comme la diminution permanente de la fonction excrétrice des reins, appelée usuellement fonction rénale. Elle est appréciée par l'évaluation du débit de filtration glomérulaire (en permanente diminution). Elle est souvent évolutive et s'aggrave progressivement. C'est une maladie longtemps silencieuse qui nécessite, au stade terminal, un traitement de suppléance par dialyse ou une transplantation rénale [3].

L'insuffisance rénale chronique est définie par les codes CIM 10 : N18.0 (insuffisance rénale terminale), N18.1 (maladie rénale chronique, stade 1), N18.2 (maladie rénale chronique, stade 2), N18.3 (maladie rénale chronique, stade 3), N18.4 (maladie rénale chronique, stade 4), N18.5 (maladie rénale chronique, stade 5), N18.8 (autres insuffisances rénales chroniques), N18.9 (maladie rénale chronique, sans précision).

Ce travail repose sur la mise à jour d'indicateurs généraux (effectif, taux, ratio standardisé) de mortalité, d'hospitalisation, et d'indicateurs spécifiques (prévalence, incidence) sur l'insuffisance rénale chronique (IRC) et sur l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

Les données de prévalence et d'incidence présentées sous forme de tableaux ou de graphiques dans ce document sont issues des tableaux du rapport du registre REIN 2009 [4] et concernent spécifiquement l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Pour information, les taux bruts d'incidence 2009 ont été calculés en prenant comme dénominateur l'estimation de la population de la région au 30 juin 2009 et les taux bruts de prévalence au 31 décembre 2009 en prenant comme dénominateur l'estimation de la population régionale au 31 décembre 2009. Les taux 2009 ont été standardisés sur l'âge et le sexe, selon la méthode de la standardisation directe en prenant comme référence la population française à la même période.

Les taux présentés pour les données de mortalité, d'hospitalisation et d'admission en ALD sont des taux bruts moyens annuels ou des taux standardisés sur l'âge. Des taux spécifiques par classe d'âge (mortalité, admission en ALD, hospitalisation) ont été calculés séparément pour les hommes et pour les femmes.

Les taux standardisés sur l'âge (mortalité, admission en ALD, hospitalisation) ont été calculés à partir des effectifs moyens enregistrés sur des périodes triennales en prenant comme population de référence la population française au recensement de population 2006.

La comparaison des taux de mortalité et des taux d'hospitalisation selon le territoire de santé de résidence du patient a été réalisée par standardisation indirecte en calculant des Ratios Standardisés de Mortalité (RSM) et des Ratios Standardisés d'Hospitalisation (RSH) pour chaque territoire de santé de l'île. La significativité statistique des RSM et des RSH a été testée à l'aide du test de Breslow et Day ou du test de Samuels et al si l'effectif attendu (décès, séjours hospitaliers) était inférieur à 10 [5].

Sources de données

Les principales sources de données utilisées sont :

- **les données du registre « Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie » REIN.**
  Créé en 2002, ce registre est un système d'information d'intérêt commun aux malades et aux professionnels de santé, et plus largement aux acteurs, décideurs et institutions concernés par les problématiques que soulèvent les traitements de suppléance de l'insuffisance rénale chronique dans le champ de la santé publique. REIN a pour finalité de contribuer à l'élaboration et l'évaluation de stratégies sanitaires visant à améliorer la prévention et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Son objectif général est de décrire les caractéristiques de la population traitée, la mortalité et les modalités de traitement au moyen d'un enregistrement exhaustif et continu d'informations sur les malades traités pour insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Les données de prévalence et d'incidence de l'IRCT traitée (par dialyse ou par greffe) présentées dans ce tableau de bord proviennent du rapport du registre REIN 2009 [4].

- **Les données de l'Agence de la biomédecine.**
  L'Agence de la biomédecine est une agence publique nationale de l'État créée par la loi de bioéthique de 2004 [6]. Elle exerce ses missions dans les domaines du prélèvement et de la greffe d'organes, de tissus et de cellules, ainsi que dans les domaines de la procréation, de l'embryologie et de la génétique humaines. Les données présentées dans ce tableau de bord concernent les activités de prélèvement et de greffe à La Réunion et en France de 2006 à 2010 [7,8,9].

- **les admissions en affection de longue durée (ALD) prononcées par les 3 principaux régimes d'assurance maladie (CNAMTS, CCMSA, RSI).**
  En cas d'affections comportant un traitement prolongé, le code de la Sécurité Sociale prévoit la suppression du ticket modérateur normalement à la charge de l'assuré dans le cadre du risque maladie. La liste de ces affections dites de longue durée est établie par décret et comporte 30 affections ou groupes d'affections. L'information sur la maladie dans les bases de données des services médicaux des différents régimes d'Assurance Maladie ne reflète pas totalement la réalité pour cette pathologie. En effet, les personnes atteintes d'une maladie chroniques ne sont pas nécessairement déclarées en ALD et de ce fait ne sont pas connues des services médicaux de l'Assurance Maladie. Les données présentées dans ce tableau de bord concernent les nouvelles admissions en ALD pour insuffisance rénale chronique (identifiées à partir du code CIM 10 N18 parmi les patients admis en ALD 19 pour néphropathie chronique grave) à La Réunion entre 2006 et 2008. Il faut néanmoins souligner un biais possible (et non quantifié à ce jour) dans cette estimation car des malades diabétiques ou hypertendus, déjà en ALD 8 ou 12 avant le passage en IRC, n'ont pas forcément été reclassés en ALD 19 [10].

- **les diagnostics principaux des séjours recensés en établissements de santé à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI).**
  Les données d'hospitalisation permettent de dénombrer les maladies ou événements morbides « aigus » à l'origine d'un séjour hospitalier (indiqués comme diagnostic principal). Elles concernent les séjours effectués dans les unités de soins de courte durée médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés. Les séjours sont affectés au lieu de résidence du patient : il s'agit de données domiciliées. Les séjours hospitaliers au cours d'une année peuvent concerner la même personne, tandis que tous les patients atteints d'une maladie chronique n'ont pas nécessairement recours à des soins hospitaliers chaque année. Les données présentées dans ce tableau de bord concernent les séjours hospitaliers survenus à La Réunion entre 2006 et 2008 et ayant pour diagnostic principal un des codes CIM10 correspondant à l'insuffisance rénale chronique.

- **les statistiques de mortalité établies par l'INSERM CépiDC**.
  Les données sont issues de la base de données nationale sur les causes médicales de décès. Les statistiques annuellement élaborées par le Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès de l'Inserm (CépiDc) sont établies à partir des données recueillies sur le certificat médical rempli par le médecin ayant constaté le décès. Ce certificat comporte des données démographiques et une description du processus pathologique ayant conduit à la mort avec une cause initiale de décès notée sur la dernière ligne et définie comme étant la pathologie à l'origine du processus morbide ayant conduit au décès. L'analyse de ces données permet de suivre l'évolution des causes de décès, d'élaborer des indicateurs de mortalité contribuant à la définition des priorités de santé publique et d'évaluer l'impact des actions de santé. Les causes de mortalité sont codées selon la Classification internationale des maladies, 10ème révision, qui catégorise les maladies et définit les règles de sélection de la cause initiale de décès (code CIM 10). Les données présentées dans ce tableau de bord concernent les décès survenus à La Réunion entre 1999 et 2008 et ayant pour cause initiale un des codes CIM10 correspondant à l'insuffisance rénale chronique [11].

- **les effectifs de la population de l'INSEE.** Les effectifs par sexe et tranche d'âge quinquennal utilisés pour le calcul des taux régionaux (brut ou standardisé sur l'âge) de mortalité, d'hospitalisation et d'admission en ALD sont issus des estimations régionales de la population au 1er janvier. Les données utilisées pour les calculs des taux et ratios standardisés par territoire de santé (mortalité, hospitalisation) proviennent du recensement de population 2006 [12].

Définitions

- **Greffe préemptive :** greffe réalisée avant la mise sous dialyse.
- **Incidence :** nombre de nouveaux cas sur une période donnée.
- **Prévalence :** nombre total de cas observés à un moment donné.
- **Ratio Standardisé de Mortalité (RSM) ou Indice Comparatif de Mortalité (ICM) :** cet indice permet de comparer, globalement ou pour une cause médicale de décès donnée (ici l'IRC), la mortalité dans la région ou dans un département (ici le territoire de santé ou le bassin), à la moyenne nationale (ici la moyenne régionale). Il s'agit du rapport du nombre de décès observés dans chaque territoire de santé (ou bassin) sur le nombre de décès qui serait obtenu si les taux de mortalité pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de La Réunion. Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM de 1,07 signifie une mortalité supérieure de 7 % à la moyenne régionale et un RSM de 0,84 une sous-mortalité de 16 % par rapport à cette moyenne.
- **Ratio Standardisé d'Hospitalisation (RSH) ou Indice Comparatif d'Hospitalisation (ICH) :** cet indice permet de comparer, globalement ou pour un diagnostic d'hospitalisation donné (ici l'IRC), la fréquence des séjours hospitaliers dans la région ou dans un département (ici le territoire de santé ou le bassin), à la moyenne nationale (ici la moyenne régionale). Il s'agit du rapport du nombre de séjours observé dans chaque territoire de santé (ou bassin) sur le nombre de séjours qui serait obtenu si les taux de séjours pour chaque tranche d'âge dans cette zone étaient identiques aux taux de La Réunion. Le RSH Réunion étant égal à 1, un RSH de 1,14 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure de 14 % à la moyenne régionale. Par contre, un RSH de 0,86 signifie une fréquence de séjours hospitaliers inférieure de 14 % par rapport à cette moyenne.
- **Taux d'accès à la greffe :** rapport du nombre de malades greffés sur le nombre de malades candidats à la greffe pour une année donnée.
- **Taux brut de mortalité :** rapport du nombre de décès au cours d'une période (en général l'année) à la population correspondante au milieu de la période (ici il s'agit des populations issues des estimations au 1er janvier de l'INSEE).
- **Taux standardisé (sur l'âge) :** le taux standardisé est le taux que l'on observerait dans la région (ou le département) si elle avait la même structure par âge que la population de référence (ici la population de la France au recensement de population en 2006). Un taux comparatif permet de comparer la situation entre 2 territoires ou entre 2 périodes en éliminant les effets liés aux différences de structures par âge.
- **Techniques de dialyse.** Deux techniques d'épuration extra rénale sont disponibles à La Réunion :
  - **l'hémodialyse ou « rein artificiel ».** Le sang est filtré à travers une membrane artificielle. Cette technique nécessite la mise en place d'un abord vasculaire. Les séances durent en moyenne 4 heures et se renouvellent en général 3 fois par semaine. La durée et la fréquence des séances sont adaptées à chaque patient.
  - **la dialyse péritonéale** se déroule en général à domicile. Elle utilise les capacités de filtration du péritoine (membrane qui enveloppe les différents organes de la cavité abdominale et le tube digestif). Pour cela, 3 à 4 fois par jour, on ajoute et on soustrait de l'abdomen un liquide de dialyse, par l'intermédiaire d'un petit tuyau, le cathéter de dialyse placé par voie chirurgicale dans l'abdomen. Ces échanges peuvent aussi être effectués automatiquement par une machine, toutes les nuits.
- **Territoire de santé :** La Réunion est découpée en 3 territoires de santé :
  - **Territoire de santé Nord-Est** comprenant le bassin Nord (Saint-Denis, Sainte-Marie) et le bassin Est (Sainte-Suzanne, Saint-Benoît, Saint-André, Bras-Panon, Plaine des Palmistes, Sainte-Rose, Salazie),
  - **Territoire de santé Ouest :** Le Port, La Possession, Saint-Leu, Saint-Paul, Trois-Bassins,
  - **Territoire de santé Sud :** Saint-Pierre, Les Avirons, L'Entre-Deux, L'Etang-Salé, Petite-Ile, Saint-Joseph, Saint-Louis, Saint-Philippe, Cilaos, Le Tampon.

Répertoire des sigles

ADGR : Association des Dialysés et des Greffés de La Réunion
ALD : Affection de Longue Durée
ALEIR : Amicale de Loisirs et d'Entraide des Insuffisants Rénaux
ARS-OI : Agence de Santé Océan Indien
ASDR : Association de Soins à Domicile à La Réunion
AURAR : Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion
BEH : Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire
CCMSA : Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole
CépiDc : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès
CGSS : Caisse Générale de Sécurité Sociale
CHR : Centre Hospitalier Régional
CIM 10 : Classification Internationale des Maladies, 10ème révision
CNAMTS : Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COABS : Centre d'Observation et d'Analyse des Besoins de Santé
DP : Dialyse Péritonéale
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EER : Epuration Extra Rénale
EHPA : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées
EPIRAN : EPidémiologie de l'Insuffisance Rénale dans l'Agglomération Nancéienne
FIQCS : Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins
FNAIR : Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux
FNORS : Fédération Nationale des Observatoires Régionaux de la Santé
GHER : Groupe Hospitalier Est Réunion
GHSR : Groupe Hospitalier Sud Réunion
HAD : Hospitalisation à domicile
HDC : Hémodialyse en Centre
ICH : Indice Comparatif d'Hospitalisation
ICM : Indice Comparatif de Mortalité
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé, de l'Epidémiologie et de la Recherche Médicale
IRC : Insuffisance Rénale Chronique
IRCT : Insuffisance Rénale Chronique Terminale
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MCO : Médecine, Chirurgie, Obstétrique
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
ONDPS : Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PRS : Plan Régional de Santé
PSRS : Plan Stratégique Régional de Santé
REIN : Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie
RSH : Ratio Standardisé d'Hospitalisation
RSI : Régime Social des Indépendants
RSM : Ratio Standardisé de Mortalité
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UDM : Unité de Dialyse Médicalisée
VHB : Virus de l'Hépatite B
VHC : Virus de l'Hépatite C
VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Contexte

- **L'insuffisance rénale chronique et ses causes**

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est due à la destruction progressive et irréversible des deux reins. La diminution des fonctions rénales s'effectue, dans la majorité des cas, lentement sur plusieurs années (entre 5 et 30 ans). Comme l'organisme arrive à s'adapter pendant assez longtemps à un fonctionnement défectueux des reins, la maladie reste souvent silencieuse pendant une longue période : le malade n'éprouve pas de troubles particuliers [13].

Un grand nombre de pathologies est susceptible d'entraîner une insuffisance rénale chronique. Parmi ces affections, les maladies cardiovasculaires et le diabète sont devenus les principales causes de l'insuffisance rénale chronique : les néphropathies hypertensives ou diabétiques représentent près de la moitié des cas. Les néphropathies glomérulaires, principale cause dans les années 1990, représentent aujourd'hui la troisième cause d'IRCT [14].

- **L'insuffisance rénale chronique terminale**

L'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est le stade ultime de l'insuffisance rénale chronique : la perte de la fonction rénale est telle que la vie de la personne est en danger à court terme. A ce stade, un traitement de suppléance par dialyse ou greffe rénale est nécessaire [3,15]. L'incidence de l'insuffisance rénale chronique peut donc être estimée à travers celle de l'IRC traitée par dialyse ou par greffe.
L'IRCT constitue la partie émergée de l'ensemble des maladies rénales.

- **La prévention des maladies chroniques, un investissement vital pour l'OMS**

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) a fait de la prévention des maladies chroniques un investissement vital [16]. Selon cette organisation, une diminution supplémentaire de 2 % par an des taux de mortalité par maladie chronique dans le monde, au cours des 10 prochaines années, permettraient d'éviter 36 millions de décès prématurés d'ici 2015. Son plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles fixe six objectifs, définit les mesures à prendre au cours de la période 2008-2013 et propose des indicateurs de performance pour orienter les travaux de l'OMS aux niveaux national, régional et mondial. L'accent est mis plus particulièrement sur les pays à revenu faible ou intermédiaire et sur les populations vulnérables [17].

- **Un enjeu de Santé Publique en France**

En France, l'insuffisance rénale chronique constitue un enjeu de Santé Publique important dont la loi de Santé Publique du 9 août 2004 et le plan 2007-2011 d'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques font une priorité [18,19].

La loi de Santé Publique de 2004 a fixé pour double objectif de stabiliser l'incidence de l'IRCT et de réduire le retentissement sur la qualité de vie des personnes en traitement de suppléance rénale [10,18].

Le Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est l'un des cinq plans stratégiques prévus dans la loi visant à aider le patient à mieux connaître sa maladie pour mieux la gérer, élargir la pratique médicale vers la prévention, faciliter sa vie quotidienne sur son lieu de vie, mieux connaître les conséquences de la maladie sur la qualité de vie et soutenir les associations de patients [19].

- **Epidémiologie et prise en charge de l'IRC en France**

L'épidémiologie de la maladie rénale chronique est encore très mal connue en France, avec des données parcellaires provenant d'études portant sur des populations à risque élevé (sujets âgés, La Réunion) [20].

Menée entre 2004 et 2006 dans la communauté urbaine du Grand Nancy, l'étude d'observation prospective intitulée « Epidémiologie de l'insuffisance rénale dans l'agglomération nancéienne » (EPIRAN) a permis d'estimer l'incidence annuelle de l'insuffisance rénale chronique en population à 1‰ habitants (1,3‰ chez les hommes et 0,7‰ chez les femmes) [20,21]. Ainsi, l'incidence de l'insuffisance rénale chronique est environ 10 fois plus élevée que celle de l'insuffisance rénale terminale en France. Par ailleurs, un nombre

important de patients sont diagnostiqués à un stade avancé alors qu'ils pourraient être identifiés plus précocement et bénéficier d'une prise en charge anticipée, pluridisciplinaire et adaptée [21].

L'Assurance Maladie dresse en 2010 un état des lieux sur la situation actuelle et les enjeux de l'insuffisance rénale chronique en France [22]. Au 31 décembre 2007, près de 61 000 personnes étaient traitées pour une insuffisance rénale chronique en France, 45% d'entre elles par greffe et 55% par dialyse (dont 92% par hémodialyse et 8% en dialyse péritonéale).

Selon une étude de la Sécurité Sociale, 30% des patients ont débuté une dialyse en urgence. Ce résultat témoigne d'une fréquence élevée de suivi insuffisant des patients en pré-dialyse et incite à améliorer le diagnostic et la prise en charge de l'IRC chez les personnes à risque [20,23].

L'Assurance Maladie a également estimé à plus de 4 milliards d'euros le coût de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en France, dont 77% pour l'hémodialyse, 5% pour la dialyse péritonéale et 18% pour la greffe rénale. Des études internationales et françaises estiment que davantage de malades pourraient être traités par dialyse péritonéale. Outre l'amélioration de la qualité de prise en charge des malades, les dépenses pourraient diminuer de 155 millions d'euros par an si un quart des patients était traité par dialyse péritonéale [22].

- **Les données du registre REIN**

Le Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie (REIN) a été mis en place en 2002 pour estimer et évaluer la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique par traitement de suppléance. Actuellement ce réseau enregistre de façon exhaustive et continue l'ensemble des patients traités par dialyse ou greffe rénale (à l'exclusion des cas d'insuffisance rénale aigue) et résidant dans 20 régions[1] françaises, ce qui représente environ 89% de la population française (soit 57 millions d'habitants) [4, 20].

Selon le réseau REIN, 8 560 nouveaux malades résidant dans 20 régions françaises[1] ont débuté en 2009 un premier traitement de suppléance pour insuffisance rénale chronique avec un âge médian de 70,2 ans. L'incidence brute globale de l'insuffisance rénale terminale dans ces 20 régions était de 150 par million d'habitants en 2009 [4].

Au 31 décembre 2009, 33 558 malades résidant dans ces 20 régions[1] étaient en dialyse avec un âge médian de 70,5 ans. La prévalence brute a été estimée à 588 par million d'habitants pour la dialyse et à 510 pour les malades porteurs d'un greffon rénal fonctionnel pour ces 20 régions, soit une prévalence brute globale de 1 098 par million d'habitants [4].

En 2009, le taux national de nouvelles inscriptions en attente de greffe rénale était de 58,4 malades par million d'habitants, soit un point en dessus du taux relevé en 2008. En 2009, le taux national de greffe rénale était de près de 44 patients greffés par million d'habitants, soit deux points de moins qu'en 2008 [7].

Près de 27% des candidats à la greffe rénale ont bénéficié d'une greffe en 2009, avec des disparités régionales fortes dans l'accès à la greffe [7].

- **Près de 68 100 bénéficiaires en ALD pour insuffisance rénale chronique en 2008**

Au 31 décembre 2008, près de 68 100 personnes bénéficiaient d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée en raison d'une insuffisance rénale chronique en France, soit 120 pour 100 000 habitants [24]. Par ailleurs, le nombre de nouvelles admissions en ALD 19 avec notion d'insuffisance rénale chronique a plus que doublé entre 2000 et 2007 [10].

- **2 500 décès pour insuffisance rénale chronique en moyenne par an entre 2006 et 2008**

Entre 2006 et 2008, près de 2 500 personnes sont décédées d'une insuffisance rénale chronique, en moyenne chaque année, en France : 93% d'entre elles étaient âgées de 65 ans et plus [11].

[1] Alsace, Auvergne, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Haute-Normandie, Ile de France, La Réunion, Languedoc-Roussillon, Limousin, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Pays de Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Provence-Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes

Incidence de l'IRCT

- **En 2009, 207 nouveaux cas d'IRCT à La Réunion, dont 202 traités par dialyse**

Selon le registre REIN, en 2009, 207 cas incidents d'insuffisance rénale chronique terminale ont été recensés à La Réunion, dont 202 nouveaux malades dialysés (dont un hors région) et 5 résidents ayant bénéficié de greffes préemptives [4].

- **Un taux d'incidence deux fois plus élevé à La Réunion**

En 2009, le taux d'incidence brut de l'IRCT traitée est de 25 nouveaux cas d'IRCT pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 15 pour 100 000 habitants en moyenne pour le total des 20 régions participant au registre REIN.

Le taux standardisé d'incidence de l'IRCT traitée est de 39 nouveaux cas d'IRCT pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 42 pour 100 000 habitants en 2008 à La Réunion [25] et contre 15 pour 100 000 habitants pour le total des 20 régions françaises.

- **53% de femmes parmi les nouveaux cas d'IRCT traitée**

En 2009, 53% des nouveaux patients d'IRCT traitée sont des femmes, contre 37% pour le total des 20 régions françaises.
Le taux standardisé d'incidence de l'IRCT traitée est de 39 nouveaux cas d'IRCT pour 100 000 habitants chez les hommes et de 38 pour 100 000 habitants chez les femmes.

- **L'incidence de l'IRCT traitée augmente avec l'âge**

Les taux bruts d'incidence de l'IRCT augmentent avec l'âge pour atteindre leur maximum chez les 75 ans et plus (respectivement 129 nouveaux cas d'IRCT traitée pour 100 000 habitants à La Réunion et 67 pour 100 000 habitants au niveau national).

Les taux d'incidence à La Réunion restent plus élevés que dans les autres régions françaises, quelle que soit la tranche d'âge. De plus, le différentiel s'accentue avec l'âge.

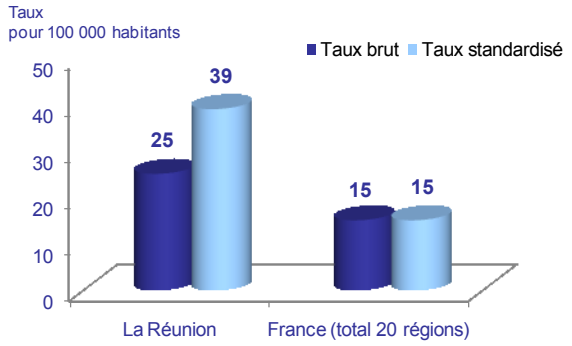
Deux facteurs synergiques concomitants peuvent expliquer ce différentiel d'incidence : l'âge et le diabète qui augmente avec l'âge [26].

Répartition des cas incidents d'IRCT par modalité de premier traitement à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

	Résidents dialysés dans la région	Résidents dialysés hors région	Résidents avec greffes préemptives
La Réunion	201	1	5
France (20 régions)	7 985	301	274

Source : Registre REIN – Exploitation ORS

Taux* brut et taux* standardisé sur l'âge** d'incidence de l'IRCT traitée à La Réunion et en France au 31 décembre 2009



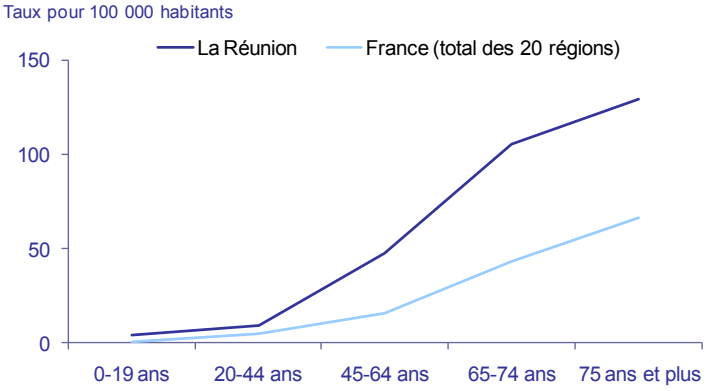
Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 30/06/09)
** standardisation sur la population française au 30/06/09

Incidence de l'IRCT traitée par sexe à La Réunion au 31 décembre 2009

	N	Taux* brut	Taux* standardisé**
Hommes	98	24,1	39,4
Femmes	109	25,8	38,4
La Réunion	**207**	**25,0**	**38,9**

Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 30/06/09)
** standardisation sur la population française au 30/06/09

Taux* brut d'incidence de l'IRCT par classe d'âge à La Réunion et en France au 31 décembre 2009



Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 30/06/09)

Incidence de l'IRCT

- **L'hémodialyse : 1er traitement pour 91% des nouveaux malades**

L'hémodialyse concernait près de 91% des nouveaux patients en IRCT traitée à La Réunion en 2009, contre 86% en 2009 pour le total des 20 régions françaises [4].
En 2009, près de 7% des nouveaux patients en IRCT traitée débutaient leur traitement par une dialyse péritonéale, contre 10% au niveau national [4].
La part de la greffe préemptive était de 2,4% en 2009 à La Réunion, contre 3,2% au niveau national [4].

Répartition des cas incidents d'IRCT par modalité de premier traitement à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

	La Réunion	France (total 20 régions)
Dialyse péritonéale	14 (6,8%)	891 (10,4%)
Hémodialyse	188 (90,8%)	7 395 (86,4%)
Transplantation	5 (2,4%)	274 (3,2%)

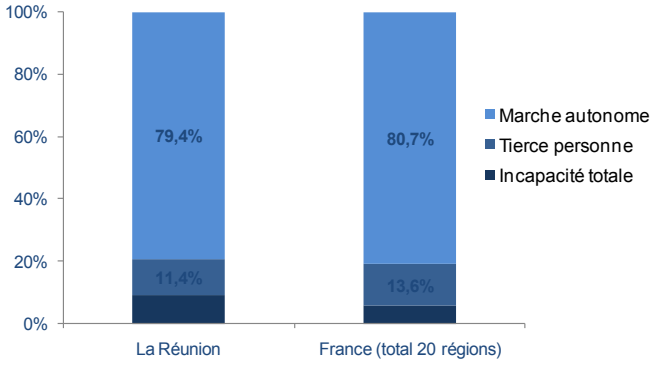
Source : Registre REIN – Exploitation ORS

- Parmi les nouveaux patients en hémodialyse en 2009 à La Réunion, plus de la moitié (54%) a commencé son traitement en urgence, contre 33% en 2007 à La Réunion [1] et 34% en 2009 au niveau national [4].

- **Plus d'un nouveau patient sur cinq n'est pas autonome pour la marche**

Près de 21% des nouveaux malades n'étaient pas autonomes pour la marche lors de l'initiation du traitement de suppléance : 11% avaient recours à une tierce personne pour se déplacer et 9% présentaient une incapacité totale pour se mouvoir. Ce constat est similaire à celui observé au niveau national.

Répartition du nombre de nouveaux cas d'IRCT traitée selon la capacité à la marche à La Réunion et en France au 31 décembre 2009



Source : Registre REIN - Exploitation ORS

- **Une comorbidité cardiovasculaire déclarée chez la moitié des malades**

En 2009, à La Réunion, plus d'un malade sur deux (55%) présentait au moins une comorbidité cardiovasculaire déclarée à l'initiation du traitement de suppléance.
Les comorbidités cardiovasculaires les plus fréquemment déclarées étaient l'artérite des membres inférieures (29% des nouveaux malades), la pathologie coronarienne (24%) et l'insuffisance cardiaque (23%).

Pourcentage de nouveaux cas par comorbidités déclarées à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

	La Réunion	France (total 20 régions)
Au moins une comorbidité cardiovasculaire	55,2%	57,0%
Insuffisance respiratoire	13,3%	12,5%
Cancer	4,5%	11,1%
Virus de l'Hépatite B	0,6%	1,1%
Virus de l'Hépatite C	0,6%	1,5%
Cirrhose	2,3%	1,0%
VIH	0,6%	0,9%

Source : Registre REIN - Exploitation ORS

- **Autres pathologies associés à l'IRCT**

Parmi les comorbidités non cardiovasculaires déclarées, les nouveaux patients présentaient une insuffisance respiratoire dans 13% des cas, un cancer dans 5% des cas et une cirrhose dans 2% des cas.

Prévalence de l'IRCT

- **1 519 cas prévalents d'IRCT traitée à La Réunion en 2009**

Selon le registre REIN, au 31 décembre 2009, 1 519 patients souffraient d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse ou par greffe rénale à La Réunion [4].

- **Une prévalence globale de l'IRCT plus élevée à La Réunion**

Le taux brut de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse ou par greffe rénale était de 182 pour 100 000 habitants à La Réunion en 2009, contre 109 pour 100 000 habitants pour le total des 20 régions françaises participant au registre REIN.

- **Un taux standardisé de prévalence de l'IRCT près de 2,5 fois supérieur au taux national**

Après la prise en compte des différences de structure d'âge et de sexe de la population régionale, le taux standardisé de prévalence de l'IRCT était estimé à 271 pour 100 000 habitants à La Réunion, contre 270 pour 100 000 habitants en 2008 à La Réunion [25] et 110 pour 100 000 habitants pour le total des 20 régions françaises.

Le taux standardisé régional est significativement plus élevé que le taux standardisé estimé pour l'ensemble des 20 régions françaises (près de 2,5 fois supérieur).

L'écart entre La Réunion et la valeur moyenne nationale résulte de la prévalence élevée de l'insuffisance rénale chronique terminale traitée par dialyse.

Prévalence globale de l'IRCT traitée par dialyse ou par greffe à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

	N	Taux* brut	Taux* standardisé**	IC 95%***
La Réunion	1 519	181,8	270,9	[256,4-285,4]
France (total des 20 régions)	62 739	109,4	109,8	[109,0-110,7]

Source : Registre REIN– Exploitation ORS

* taux calculé pour 100 000 habitants (population au 31/12/09) ;** standardisation sur la population française au 31/12/09

*** Intervalle de confiance à 95%

Prévalence de l'IRCT traitée par dialyse

- **1 161 Réunionnais dialysés**

Selon le registre REIN, au 31 décembre 2009, on recensait 1 161 Réunionnais souffrant d'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) traitée par dialyse [4].

Près de 94% des patients dialysés sont traités par hémodialyse à La Réunion et 6% par dialyse péritonéale : ces taux sont similaires à ceux relevés au niveau national.

Nombre de patients en IRCT traitée par dialyse, selon la modalité de traitement, à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

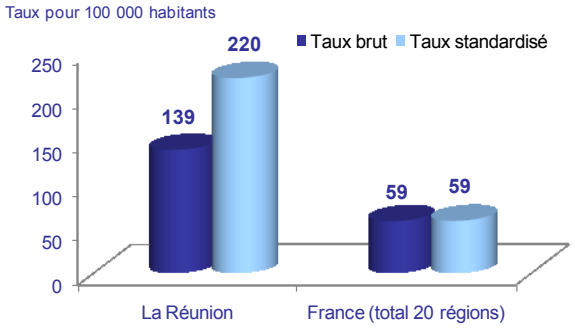
	Hémodialyse	Dialyse péritonéale	Total
La Réunion	1 091	70	1 161
France (total 20 régions)	31 185	2 373	33 558

Source : Registre REIN – Exploitation ORS

- **Une prévalence de la dialyse près de 4 fois supérieure à La Réunion**

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse observé à La Réunion est le plus élevé de France avec 220 dialysés pour 100 000 habitants en 2009 à La Réunion, alors que la valeur moyenne nationale est de 59 dialysés pour 100 000 habitants.

Taux* brut et taux* standardisé sur l'âge** de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse à La Réunion et en France au 31 décembre 2009



Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 31/12/09)
** standardisation sur la population française au 31/12/09

- **Une prévalence de la dialyse plus élevée chez les femmes**

Parmi les patients atteints d'IRCT traitée par dialyse en 2009 à La Réunion, 53% sont des femmes, contre 40% pour le total des 20 régions françaises.

Cette prédominance féminine est cohérente avec d'autres études menées à La Réunion*, dont celle de 1997 (56% de femmes parmi les dialysés entre 1986 et 1995 dans le sud de La Réunion) [27].

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse est de 211 patients dialysés pour 100 000 habitants chez les hommes et de 229 pour 100 000 habitants chez les femmes.

Prévalence de l'IRCT traitée par dialyse par sexe à La Réunion au 31 décembre 2009

	N	Taux* brut	Taux* standardisé**
Hommes	551	134,2	210,7
Femmes	610	143,5	229,3
La Réunion	**1 161**	**139,0**	**220,3**

Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 31/12/09)
** standardisation sur la population française au 31/12/09

- **Des patients dialysés plus jeunes à La Réunion**

En 2009, l'âge moyen des patients dialysés à La Réunion est de 60,9 ans. L'âge moyen des patients dialysés réunionnais est inférieur à celui observé au niveau national (67,1 ans).

Caractéristiques de l'âge des patients en IRCT traitée par dialyse à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

	Age moyen	Age médian
La Réunion	60,9	62,4
France (total 20 régions)	67,1	70,5

Source : Registre REIN – Exploitation ORS

* Autres références sur le sujet : Guiserix (La Presse Médicale 1994, Dialysis and tranplantation 1996), Cordonnier (La Presse Médicale 1992, Diabetologia 1993).

Prévalence de l'IRCT traitée par dialyse

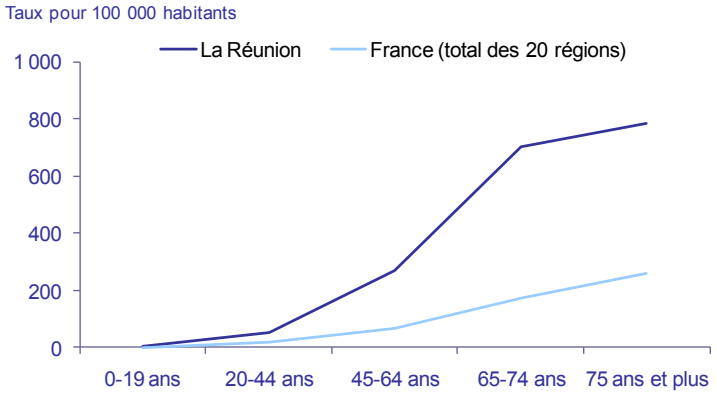
- **La prévalence de la dialyse augmente avec l'âge**

Les taux bruts de prévalence de la dialyse augmentent avec l'âge pour atteindre leur maximum chez les 75 ans et plus (respectivement 785 pour 100 000 habitants à La Réunion et 260 pour 100 000 habitants au niveau national).

Les taux de prévalence, quelle que soit la tranche d'âge, sont plus élevés à La Réunion que dans les autres régions françaises.

Les écarts entre La Réunion et la moyenne nationale augmentent avec l'âge.

Taux* de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse par classe d'âge à La Réunion et en France au 31 décembre 2009

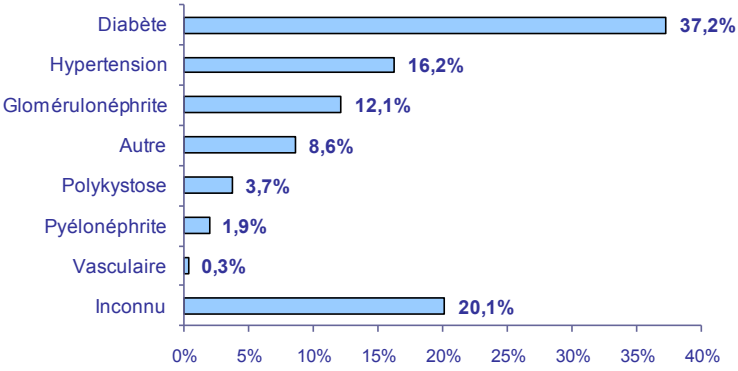


Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 31/12/09)

- **Diabète : principale cause de l'IRCT**

L'IRCT est liée au diabète pour 37% des patients dialysés à La Réunion en 2009, alors que les néphropathies diabétiques représentaient moins de 21% des dialysés derrière les néphropathies hypertensives (22%) au niveau national.
Dans plus d'un cas sur cinq, la pathologie initiale de l'IRCT reste indéterminée.
Parmi les pathologies initiales identifiées de l'IRCT à La Réunion, viennent ensuite les néphropathies (17,7% au total dont 12% pour les glomérulonéphrites, 4% pour les polykystoses et 2% pour les pyélonéphrites) et les néphropathies vasculaires (16,5% au total dont 16,2% pour l'hypertension artérielle).

Répartition des patients en IRCT traitée par dialyse selon la pathologie initiale à La Réunion au 31 décembre 2009

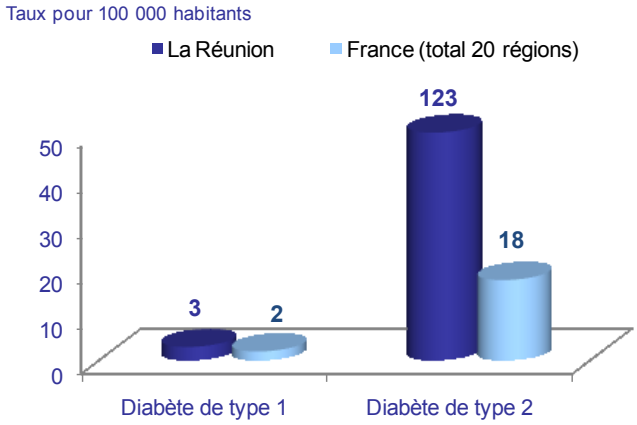


Source : Registre REIN – Exploitation ORS

- **Prévalence de l'IRCT traitée par dialyse associée au diabète de type 2 près de 7 fois plus élevée qu'en France**

Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT associée à un diabète de type 1 était de 3 patients dialysés pour 100 000 habitants à La Réunion en 2009, contre 2 pour 100 000 habitants au niveau national.
Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT associée à un diabète de type 2 était de 123 patients dialysés pour 100 000 habitants à La Réunion en 2009, soit un taux 7 fois supérieur à celui relevé au niveau national.
Rappelons que la dernière enquête en population générale sur l'île a estimé à 13,3% la prévalence standardisée de diabétiques à La Réunion, soit un taux près de 4 fois supérieur à celui observé en métropole (3,6%) [26].

Taux* standardisé sur l'âge** de prévalence de l'IRCT traitée par dialyse associée au diabète à La Réunion et en France au 31 décembre 2009



Source : Registre REIN – Exploitation ORS
* taux pour 100 000 habitants (population au 31/12/09)
** standardisation sur la population française au 31/12/09

Greffe rénale

- **30 greffes rénales en 2009 à La Réunion**

En 2009, 30 greffes rénales ont été réalisées à La Réunion à partir de donneurs en état de mort encéphalique [8].
Au 1er janvier 2010, 146 malades domiciliés à La Réunion étaient inscrits en liste nationale d'attente [8].

Nombre de malades greffés et nombre de malades en attente à La Réunion, 2007-2010

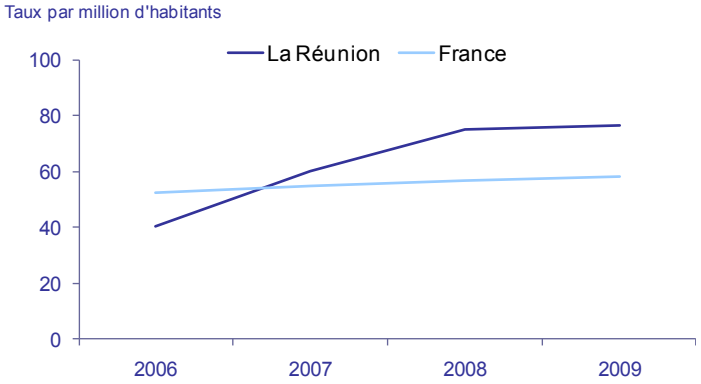
	2007	2008	2009	2010*
Malades greffés	35	23	30	25
Liste d'attente au 1er janvier	106	105	129	146

Source : Agence de la biomédecine, ARS-OI – Exploitation ORS
*activité de greffe rénale suspendue en septembre 2010

- **Près de 77 nouvelles inscriptions en attente de greffe par million d'habitants en 2009**

En 2009, le taux de nouvelles inscriptions en attente de greffe rénale est de 77 malades par million d'habitants à La Réunion, contre 58 au niveau national [7,9].
La prévalence réunionnaise est à interpréter avec prudence car le dénominateur utilisé pour son calcul se limite à la population réunionnaise alors que La Réunion accueille des patients issus de la zone Océan Indien (Mayotte, Comores) qui n'ont pas accès à la greffe ou à la dialyse dans leurs pays respectifs.
Ce taux progresse de façon régulière à La Réunion depuis 2006 et est supérieur au taux national depuis 2007.

Taux* de nouveaux inscrits en attente de greffe rénale à La Réunion et en France, 2006-2009



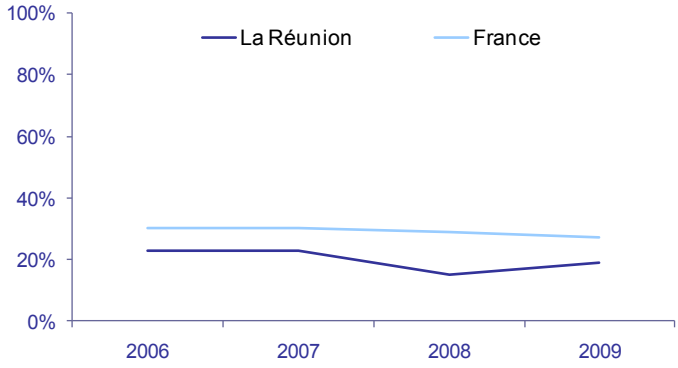
Source : Agence de la biomédecine – Exploitation ORS
*par million d'habitants

- **19% des candidats greffés à La Réunion en 2009**

Le pourcentage de greffés parmi les candidats, ou taux d'accès à la greffe, indique le degré de pénurie d'organes et donc le degré d'inadéquation entre le prélèvement rénal et les besoins reflétés par les inscriptions en liste d'attente des malades.

Le taux d'accès à la greffe est de 19% à La Réunion en 2009, contre près de 27% au niveau national [7,9].
Le taux d'accès est à interpréter également avec prudence car aucun prélèvement d'organes n'est réalisé à Mayotte ou aux Comores.

Taux d'accès à la greffe (%) à La Réunion et en France, 2006-2009



Source : Agence de la biomédecine – Exploitation ORS

- **358 patients porteurs d'un greffon rénal fonctionnel en 2009**

A La Réunion, 358 patients étaient porteurs d'un greffon rénal fonctionnel au 31 décembre 2009, quelque soit le lieu de la greffe [4]. Parmi eux, 7% l'avaient reçu d'un donneur vivant.

A La Réunion, l'âge moyen des patients porteurs d'un greffon rénal fonctionnel était de 48,1 ans, contre 53,1 ans pour le total des 20 régions françaises participant au registre REIN. Par ailleurs, plus de 57% des patients greffés étaient des hommes à La Réunion en 2009, contre 62% au niveau national.

A La Réunion, comme au niveau national, la durée médiane depuis la greffe actuelle est de 7 ans, indépendamment du délai éventuel passé en dialyse ou avec un autre greffon rénal antérieur.

Hospitalisation pour IRC

- **Plus de 900 séjours hospitaliers pour IRC chaque année à La Réunion**

Au cours de la période 2006-2008, les services de soins de courte durée MCO ont enregistré en moyenne, chaque année, 925 séjours hospitaliers pour insuffisance rénale chronique (hors séance de dialyse péritonéale ou hémodialyse).

- **La moitié des séjours pour IRC chez des patients de 65 ans et plus**

Plus de 52% des séjours hospitaliers pour IRC concernaient des patients de 65 ans et plus : 29% des 65-74 ans, 18% des 75-84 ans et 5% des 85 ans et plus.

- **Plus de femmes concernées, en particulier chez les 65 ans et plus**

Plus de la moitié des séjours hospitaliers pour IRC (53%) concerne des femmes et ce constat est plus marqué chez les 65 ans et plus, où la part des femmes représente 59% des séjours.

Hospitalisations pour IRC* par classe d'âge et par sexe, La Réunion, 2006-2008

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 25 ans	25	21	46
25-44 ans	21	10	31
35-44 ans	32	35	67
45-54 ans	65	55	121
55-64 ans	91	86	177
65-74 ans	123	143	266
75-84 ans	64	104	168
85 ans et plus	10	39	49
Total**	**430**	**495**	**925**

Sources : Base locale PMSI-ATIH, FNORS - Exploitation ORS
* Effectifs moyens sur la période 2006-2008
** Du fait des arrondis, les sommes en ligne ou en colonne peuvent différer légèrement des sous-totaux présentés ici.

- **Taux standardisé d'hospitalisation pour IRC : 20 pour 10 000 habitants**

Le taux standardisé (lissé sur la période 2006-2008) d'hospitalisation pour IRC est de près de 20 séjours pour 10 000 habitants sans différence selon le sexe.

Taux* annuel moyen et taux* standardisé sur l'âge** d'hospitalisation pour IRC par sexe, La Réunion, 2006-2008

Taux pour 10 000 habitants	Taux annuel moyen	Taux standardisé
Hommes	11,2	19,6
Femmes	12,1	19,1
Ensemble	**11,7**	**19,5**

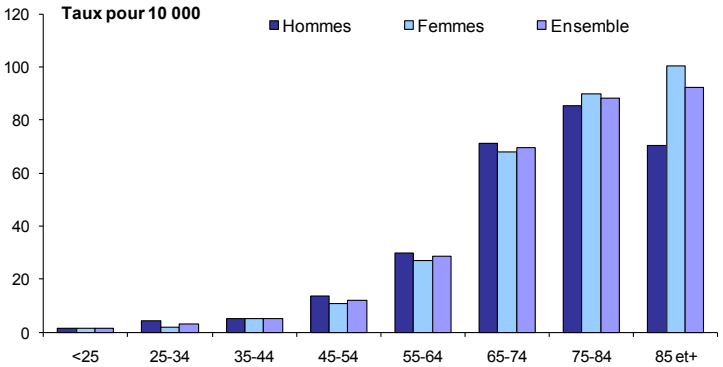
Sources : Base locale PMSI-ATIH, FNORS, INSEE Réunion - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008,
** Standardisation sur la population française au recensement 2006

- **Des taux d'hospitalisation pour IRC qui augmentent avec l'âge**

Les taux d'hospitalisation pour IRC au cours de la période 2006-2008 augmentent avec l'âge. Le taux d'hospitalisation est de 77 séjours pour 10 000 habitants chez les 65 ans et plus.

Les taux spécifiques par classe d'âge sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, excepté chez les 75 ans et plus.

Taux d'hospitalisation* pour IRC par classe d'âge et par sexe, La Réunion, 2006-2008*



Sources : Base locale PMSI-ATIH, FNORS, INSEE Réunion - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008

Hospitalisation pour IRC

- **Taux standardisé d'hospitalisation pour IRC plus élevé dans le territoire de santé Sud**

Entre 2006 et 2008, le taux standardisé d'hospitalisation pour IRC est plus élevé dans le territoire de santé Sud avec 33 séjours pour 10 000 habitants en moyenne chaque année.

Le plus faible taux standardisé d'hospitalisation pour IRC est celui du territoire de santé Nord-Est avec moins de 10 séjours pour 10 000 habitants en moyenne chaque année.

Les territoires Nord-Est et Ouest présentent des fréquences de séjours hospitaliers significativement inférieures à la moyenne régionale (p<0,001).
D'autre part, le RSH du territoire de santé Sud est significativement supérieur à 1 (p<0,001), ce qui correspond à une fréquence de séjours hospitaliers dans le territoire Sud supérieure à la moyenne observée à La Réunion.

Ratio standardisé d'hospitalisation (RSH) et taux standardisé* d'hospitalisation pour IRC selon le territoire de santé, La Réunion, 2006-2008

Territoire de santé	RSH**	Taux pour 10 000
Nord-Est	0,58	9,9
dont Bassin Est	*0,49*	*9,1*
Ouest	0,68	14,3
Sud	1,69	32,9

Sources : Base locale PMSI-ATIH, FNORS, INSEE Réunion - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.
** Note de lecture : Le RSH Réunion étant égal à 1, un RSH supérieur à 1 signifie une fréquence de séjours hospitaliers supérieure à la moyenne régionale et un RSH inférieur à 1 une fréquence de séjours hospitaliers inférieure à cette moyenne.

- **L'IRCT, diagnostic principal dans 40% des séjours hospitaliers pour IRC**

Sur la période 2006-2008, à La Réunion, 40% des séjours hospitaliers pour IRC avaient pour diagnostic principal une insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).

- **Durée moyenne des séjours hospitaliers pour IRC : 2,8 jours**

Sur la période 2006-2008, la durée moyenne des séjours hospitaliers pour IRC est de 2,8 jours.

Près des deux tiers des séjours hospitaliers pour IRC (65%) a duré moins d'un jour.

Admission en ALD pour IRC

- **Près de 300 admissions en ALD pour IRC en moyenne chaque année sur l'île**

Sur la période 2006-2008, 292 personnes ont été admises en Affection Longue Durée (ALD) pour IRC en moyenne, chaque année, à La Réunion.

- **La moitié des nouveaux admis en ALD pour IRC a 65 ans ou plus**

Plus de 51% des nouvelles admissions en ALD pour IRC concernent des patients de 65 ans et plus en 2006-2008.

- **Une majorité de femmes parmi les 65 ans et plus nouvellement admis en ALD**

Sur la période 2006-2008, la proportion de femmes est de 51% parmi les nouvelles admissions en ALD pour IRC mais cette part est plus importante chez les patients plus âgés (57% de femmes chez les 65 ans et plus).

Admissions en ALD pour IRC par classe d'âge et par sexe, La Réunion, 2006-2008**

Groupe d'âge	Hommes	Femmes	Ensemble
Moins de 25 ans	16	11	27
25-44 ans	8	6	14
35-44 ans	11	9	20
45-54 ans	17	15	32
55-64 ans	27	22	49
65-74 ans	33	33	66
75-84 ans	22	38	60
85 ans et plus	9	15	24
Total	**143**	**149**	**292**

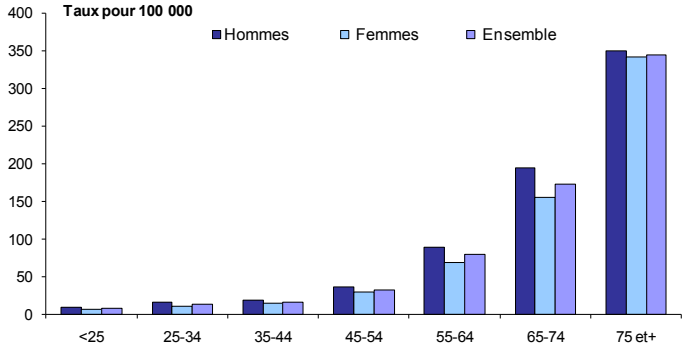
Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, FNORS - Exploitation ORS
* Effectifs moyens sur la période 2006-2008

- **Taux d'admission en ALD pour IRC élevé chez les 65 ans et plus**

Les taux d'admission en ALD pour IRC au cours de la période 2006-2008 augmentent avec l'âge. Le taux d'admission en ALD pour IRC est de 239 pour 100 000 habitants chez les 65 ans et plus.

Les taux spécifiques par classe d'âge sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Taux d'admission en ALD pour IRC par sexe et par classe d'âge, La Réunion, 2006-2008*



Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE Réunion, FNORS – Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008

- **Taux standardisé d'admission en ALD pour IRC : 63 pour 100 000 habitants**

Le taux standardisé (lissé sur la période 2006-2008) d'admission en ALD pour IRC est de 69 pour 100 000 habitants chez les hommes et de 58 pour 100 000 habitants chez les femmes.

Taux annuel moyen et taux* standardisé sur l'âge** d'admission en ALD pour IRC par sexe, La Réunion, 2006-2008*

Taux pour 100 000 habitants	Taux annuel moyen	Taux standardisé
Hommes	37,3	69,4
Femmes	36,4	57,9
Ensemble	**36,8**	**62,5**

Sources : CNAMTS, CCMSA, RSI, INSEE Réunion, FNORS – Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008
** Standardisation sur la population française au recensement 2006

Mortalité par IRC

- **26 décès par IRC en moyenne par an à La Réunion**

Sur la période 2006-2008, on enregistre, en moyenne, chaque année, 26 décès par IRC à La Réunion [11].

- **Taux standardisé de mortalité par IRC : 7 décès pour 100 000 habitants en 2006-2008**

Le taux de mortalité par IRC standardisé sur l'âge augmente à La Réunion entre les périodes 2002-2004 et 2004-2006, de 7 décès pour 100 000 habitants en 1999-2001 à 9 décès pour 100 000 habitants en 2003-2005. Puis, le taux de mortalité par IRC retrouve son niveau antérieur autour de 7 décès pour 100 000 habitants sur les périodes 2005-2007 et 2006-2008.

- **Surmortalité par IRC à La Réunion**

Les taux de mortalité par IRC à La Réunion, quelle que soit la période, sont supérieurs à ceux de métropole (près de 2 fois supérieurs en 2006-2008), même si l'écart se réduit depuis 2006.

- **Surmortalité masculine par IRC**

Le taux de mortalité par IRC reste stable chez les femmes entre 1999 et 2004 (autour de 8 décès pour 100 000 habitants), puis connaît une nette baisse sur les périodes 2004-2006 et 2005-2007 avant de remonter à près de 6 décès pour 100 000 habitants sur la période 2006-2008.

La mortalité masculine par IRC augmente à partir de 2001 puis diminue depuis 2006 jusqu'à 8 décès pour 100 000 habitants sur la période 2006-2008.

Depuis 2003, la mortalité par IRC est plus élevée chez les hommes que chez les femmes même si l'écart tend à se réduire pour 2006-2008.

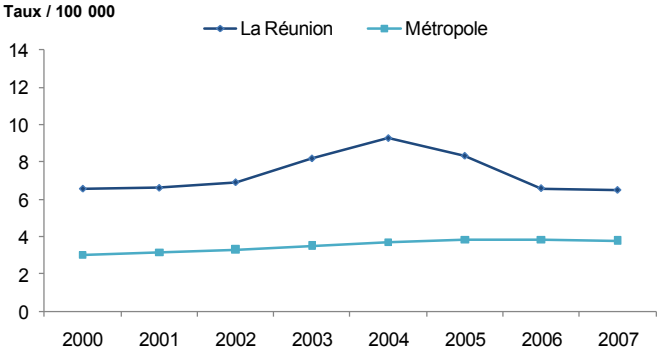
- **Taux de mortalité par IRC plus élevé dans le bassin Est et dans le territoire de santé Ouest**

Sur la période 2006-2008, le taux de mortalité par IRC standardisé sur l'âge est plus élevé dans le bassin Est et dans le territoire de santé Ouest avec respectivement 9 et 7 décès pour 100 000 habitants, en moyenne chaque année.
Aucun territoire (ou bassin) ne présente une mortalité significativement différente de celle observée au niveau régional.

- **Plus des 2/3 des décès par IRC survenus après 65 ans**

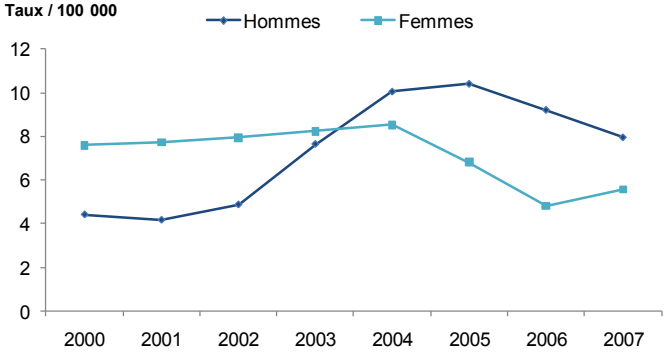
Entre 2006 et 2008, 68% des décès par IRC enregistrés à La Réunion sont survenus chez des personnes âgées de 65 ans et plus.

Taux de mortalité* par IRC standardisés** sur l'âge à La Réunion et en métropole, 2000-2007



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion, FNORS - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur des périodes triennales : l'année figurant sur l'axe est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.
** Standardisation sur la population française au recensement 2006.

Taux de mortalité* par IRC standardisés** sur l'âge selon le sexe, La Réunion, 2000-2007



Sources : Cépidc – INSERM, INSEE Réunion - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur des périodes triennales : l'année figurant sur l'axe est l'année centrale de la période triennale utilisée pour le calcul.
** Standardisation sur la population française au recensement 2006.
Note de lecture : L'interprétation de l'évolution des taux standardisés de mortalité doit rester prudente au vu des petits effectifs présentés ici.

Ratio standardisé de mortalité (RSM) et taux standardisé* de mortalité par IRC selon le territoire de santé, La Réunion, 2006-2008

Territoire de santé	RSM**	Taux pour 100 000
Nord-Est	1,02	6,8
dont Bassin Est	*1,30*	*9,0*
Ouest	1,14	7,2
Sud	0,89	6,2

Sources : CépiDC – INSERM, INSEE Réunion, FNORS - Exploitation ORS
* Taux calculés sur les effectifs moyens sur la période 2006-2008 avec standardisation sur la population française au recensement 2006.
** Note de lecture : Le RSM Réunion étant égal à 1, un RSM supérieur à 1 signifie une mortalité supérieure à la moyenne régionale et un RSM inférieur à 1 une mortalité inférieure à cette moyenne.

Offre de soins et de prise en charge

- **Une offre de soins libérale avec des disparités infrarégionales**

La région est légèrement moins dotée en médecins généralistes libéraux qu'en métropole avec une densité de 101 médecins pour 100 000 habitants sur l'île au 1er janvier 2011, contre 110 pour 100 000 habitants en métropole en 2008 [28].

La densité d'infirmiers libéraux est supérieure à La Réunion avec 160 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants au 1er janvier 2011, contre 118 pour 100 000 habitants en métropole en 2008 [28].

La densité de médecins généralistes libéraux et d'infirmiers libéraux est globalement plus faible sur le territoire Nord-Est de l'île, tout particulièrement pour les médecins. Par ailleurs, le territoire de santé Ouest est mieux doté en médecins généralistes libéraux. La densité d'infirmiers libéraux est plus forte sur le territoire de santé Sud (166 pour 100 000 habitants).

Effectif et densité de professionnels de santé à La Réunion, par territoire de santé, et en métropole

	Généralistes libéraux		Infirmiers libéraux	
	Effectif	**Densité*** **	**Effectif**	**Densité*** **
Territoire Nord-Est*	288	92	493	157
Territoire Ouest*	231	112	324	157
Territoire Sud*	301	105	475	166
La Réunion*	**820**	**101**	**1 292**	**160**
Métropole**	**nd**	**110**	**nd**	**118**

Sources: ARS-OI, ADELI, STATISS 2010, ONDPS, DREES (situation au 1er janvier) – Exploitation ORS-ARS-OI (nd : non disponible)
*situation au 1er janvier 2011 pour La Réunion ; ** situation au 1er janvier 2008 pour la métropole ; *** nombre de médecins pour 100 000 habitants ;

- **Plus de patients traités pour IRC par néphrologue à La Réunion**

Au 1er janvier 2011, on recense 19 néphrologues en activité, ainsi qu'un néphrologue remplaçant, enregistrés auprès du répertoire ADELI à La Réunion, contre 1 279 en métropole au 1er janvier 2010 [28,29].

Le rapport 2008-2009 de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) indique que l'on dénombre 64 patients traités pour IRC (par dialyse ou par greffe) par néphrologue en activité fin 2007 à La Réunion, contre 49 par néphrologue en activité au niveau national à la même période [30].

Effectif de néphrologues en activité à La Réunion et en métropole

	Néphrologues en activité	
	Effectif	**Effectif de patients par néphrologue*** **
La Réunion*	19	64
Métropole**	1 279	49

Sources : ARS-OI, ADELI, ONDPS, DREES (situation au 1er janvier) – Exploitation ORS-ARS-OI
*situation au 1er janvier 2011 pour La Réunion ; ** situation au 1er janvier 2010 pour la métropole ; ***nombre de patients traités pour IRC par néphrologue en activité fin 2007.

- **Prise en charge hospitalière**

La prise en charge hospitalière spécialisée des patients en IRC est assurée dans trois services de néphrologie – hémodialyse, dans le nord par le CHR site Félix Guyon et la Clinique Sainte-Clotilde et dans le sud par le CHR site GHSR.

Le CHR site Félix Guyon.est le seul établissement autorisé à réaliser des greffes rénales à La Réunion. L'activité de greffe rénale a été suspendue à La Réunion en septembre 2010 et devrait reprendre.

- **Activités de dialyse**

Pour le traitement par dialyse, La Réunion dispose au 1er janvier 2011 (cf Adresses utiles) de :

- 8 centres d'Hémodialyse en Centre (HDC) pour les patients dont l'état de santé nécessite la présence permanente d'un médecin ;
- 6 Unités de Dialyse Médicalisées (UDM) pour les patients qui nécessitent une présence médicale non continue et ne peuvent être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse ;
- 11 unités d'autodialyse pour les patients assurant seuls ou avec l'assistance d'une infirmière les gestes nécessaires.

La dialyse à domicile, par hémodialyse ou dialyse péritonéale (DP) est dispensée au domicile ou dans le lieu de résidence habituel (EHPA,…) des patients. Elle s'adresse aux patients pouvant pratiquer seuls ou avec l'aide d'une tierce personne la technique, par l'intermédiaire de deux associations autorisées : l'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion (AURAR) et l'Association de Soins à Domicile à La Réunion (ASDR).

L'AURAR dispose également de :

- 4 services d'entraînement à l'auto-dialyse situés sur Saint-Benoît, Saint-Denis, Le Port et Saint-Pierre,
- 3 services d'entraînement à la dialyse péritonéale situés sur Saint-Benoît, Saint-Denis et Saint-Pierre.

Lieux de traitements par dialyse installés au 1er janvier 2011 à La Réunion, par territoire de santé

	Territoire Nord-Est	Territoire Ouest	Territoire Sud	La Réunion
Hémodialyse en centre	4	1	3	8
Unité de dialyse médicalisée	4	1	1	6
Unité d'autodialyse	5	2	4	11
Service d'entraînement à la DP*	2	0	1	3

Sources: ARS-OI, AURAR (*) – Exploitation ORS-ARS-OI

- **Autres acteurs de la prise en charge**

  - **L'Association pour l'Utilisation du Rein Artificiel à La Réunion (AURAR)**

L'AURAR propose différentes possibilités de traitement de l'IRC à La Réunion (cf Adresses utiles) : hémodialyse en centre ambulatoire, autodialyse assistée, hémodialyse à domicile, dialyse péritonéale (dialyse péritonéale continue ambulatoire et dialyse péritonéale automatisée) et entraînement à l'autodialyse et à la dialyse péritonéale.

  - **L'Association de Soins à Domicile à La Réunion (ASDR)**

L'ASDR vise à développer, au domicile des patients ou au plus près de leur habitation, des alternatives aux soins hospitaliers grâce à la collaboration de l'ensemble des professionnels de santé qui les accompagnent dans la réalisation de ces soins. L'ASDR assure la gestion de 4 unités de dialyse (autodialyse et/ou dialyse médicalisée) sur l'île (cf Adresses utiles).

Facteurs de risque et déterminants

- **Un risque d'augmentation dans les années à venir**

De nombreuses maladies sont capables d'entraîner une IRC. Parmi les affections identifiées, les principales causes de l'insuffisance rénale chronique sont le diabète, les néphropathies et les maladies cardiovasculaires. Le vieillissement de la population induit également une augmentation régulière des néphropathies vasculaires et diabétiques.

La population actuelle de La Réunion est jeune comparativement à celle de la métropole : seulement 12% des Réunionnais ont 60 ans et plus contre 22% en métropole en 2008 [12].

Néanmoins, à l'horizon 2040, le nombre de personnes âgées de 60 ans ou plus aura triplé et elles représenteront le quart de la population réunionnaise [31]. Le vieillissement prévisible de la population renforce la nécessité de la prévention et d'une amélioration de la détection de cette maladie.

- **Des risques liés à une prévalence élevée du diabète sur l'île**

La Réunion est la région française où le taux de prévalence du diabète traité est le plus élevé, 2 fois plus que sur l'ensemble du territoire français [32].

Le taux standardisé de prévalence du diabète traité est estimé à 8,8% en 2009 à La Réunion, contre 4,4% au niveau national [32,33].

À l'inverse de la métropole, le diabète des régions d'outre-mer, notamment de La Réunion, se caractérise par un sur-risque féminin et touche 9,6% des femmes et 7,9% des hommes en 2009 à La Réunion [32].

Par ailleurs, la survenue du diabète est plus précoce à La Réunion avec un âge moyen des malades traités de 60 ans, contre 65 ans au niveau national [32].

Enfin, la progression de cette pathologie est plus rapide à La Réunion avec une croissance de 1,3% entre 2006 et 2009, contre 0,6% pour le territoire national [32].

A La Réunion, le diabète est le 2ème motif d'admission en ALD chaque année, derrière les maladies cardiovasculaires [34].

Sur la période 2006-2008, près de 3 600 personnes ont été admises en ALD pour diabète, en moyenne chaque année, soit un taux standardisé moyen annuel de 621 nouvelles admissions pour 100 000 habitants.

- **Des risques liés aux néphropathies**

Entre 2006 et 2008, près de 900 personnes ont été admises, en moyenne chaque année, en ALD pour néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique, ce qui représente plus de 2% des nouvelles admissions en ALD.

- **Des risques liés à une prévalence élevée des maladies cardiovasculaires sur l'île**

Les maladies cardiovasculaires constituent le premier motif d'admission en affection de longue durée chaque année à La Réunion : plus de 4 500 nouvelles admissions enregistrées, en moyenne chaque année, sur la période 2006-2008 [34].

Le taux standardisé moyen annuel est de 937 nouvelles admissions pour 100 000 habitants sur la période 2006-2008 à La Réunion [34].

Politiques régionales et stratégies de prévention

- **Prévention de l'insuffisance rénale chronique**

La prévention de l'insuffisance rénale chronique passe par une bonne prise en charge des pathologies qui la favorisent (maladies cardio-vasculaires, diabète, …) et par une bonne observance de leur traitement, mais également par une bonne hygiène de vie (alimentation équilibrée, bonne hydratation, exercice physique) et par le bon usage des médicaments connus pour leur toxicité sur le rein.

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, dès son émergence, permet de différer, de façon très significative, l'entrée en dialyse.

- **Une priorité du Plan Stratégique Régionale de Santé**

Elaboré par l'ARS-OI, le Plan Stratégique Régional de Santé (PSRS) est le cadre de référence de la politique de santé publique pour La Réunion et Mayotte. Il comporte un ensemble de schémas et de programmes d'actions pluriannuels. La prévention des maladies chroniques, notamment de l'insuffisance rénale chronique, et l'adaptation du système de santé à la prise en charge de ces maladies constituent deux priorités essentielles du Plan Stratégique de Santé de La Réunion et de Mayotte [2].

- **Le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire**

Créés par la circulaire ministérielle du 26 mars 1998, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) « ont pour objet de prévoir et de susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé ».

« Les SROS définissent une politique de prise en charge globale de l'insuffisance rénale chronique, fondée sur l'utilisation des compétences en privilégiant la proximité et l'autonomie, afin de répondre aux besoins de la population tout en garantissant le libre choix du patient entre les diverses modalités de traitement. Cette évolution tend à réduire l'hétérogénéité de l'accès aux différentes méthodes, selon les lieux ou les équipes, en imposant aux établissements la pratique d'au moins trois méthodes (centre, auto-dialyse et domicile), en propre ou par convention » [35].

Les priorités du SROS-PRS Réunion-Mayotte concernant l'IRC sont :

- **L'accessibilité aux soins** à travers les actions suivantes :
  - Rééquilibrer l'offre sur les territoires de santé en partant du principe que le patient doit être dialysé sur son territoire de résidence,
  - Diversifier et renforcer l'offre de soins de proximité, notamment par le développement de la dialyse péritonéale,
- **La qualité et la sécurité des soins** à travers les actions suivantes :
  - Poursuivre la politique de développement de la sécurité et de la qualité des soins aux personnes dialysées,
  - Prévenir ou retarder la survenue de l'IRCT en particulier en cas de diabète et d'hypertension artérielle,
  - Améliorer la qualité de vie des patients en épuration extra rénale (EER) sur des problématiques liées à la dénutrition, l'obésité, le pied diabétique, l'isolement et la dépendance,
  - Améliorer l'insertion professionnelle et sociale des patients en IRCT,
- **L'efficience** à travers les actions suivantes :
  - Réduire les prises en charge en urgence ou tardives et la morbi-mortalité associée,
  - Contribuer à la réduction des dépenses liées à la prise en charge des personnes dialysées,
  - Mieux structurer les activités qui relèvent d'un réseau.

- **Actions et acteurs de la prévention**

Les premiers acteurs de la prévention de l'entrée en insuffisance rénale chronique restent les médecins traitants. D'après le Baromètre Santé des Médecins Généralistes 2009, les médecins déclarent une pratique éducative fondée en priorité sur l'information et le conseil pour la prise en charge des patients atteints de maladies chroniques [36].

Plus généralement, l'ensemble des professionnels de santé concernés (infirmiers, établissements de dialyse) participent également à la prévention de l'IRC.

En dehors des associations thématiques intervenant sur un ou plusieurs facteurs de risques de l'insuffisance rénale chronique (diabète, hypertension artérielle, …), des associations spécialisées mènent des actions de prévention de l'insuffisance rénale chronique.

- **Le réseau de santé RéuCARE**

RéuCARE est un réseau de santé, financé par le Fonds d'Intervention pour la Qualité et la Coordination des Soins (FIQCS), qui vise à prévenir les complications cardio-vasculaires et rénales.

Il aide les personnes à risque cardio-vasculaire ou rénal à mettre en place des bonnes habitudes de vie adaptées à leur situation en leur proposant des séances d'éducation de groupe animées par des professionnels de santé qualifiés ou des activités complémentaires spécifiques (gymnastique légère,…).

Il les aide également à trouver des réponses à leurs besoins en les orientant vers des ressources appropriées.

- **L'Association des Insuffisants Rénaux de La Réunion (FNAIR Réunion)**

C'est un réseau animé par des bénévoles qui assurent le recrutement, l'accueil et le conseil des nouveaux patients, les informent sur les traitements, leur apportent une aide morale et financière et les informent sur le rôle de l'association.

L'association participe également aux réunions sur la politique de prise en charge de l'IRC. L'association FNAIR Réunion est rattachée à la FNAIR (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux) dont l'action vise à améliorer les soins et la vie de tous les jours des personnes atteintes d'insuffisance rénale, tenter de diminuer, grâce à des actions visant à promouvoir la prévention et la recherche sur les maladies rénales, le nombre de personnes astreintes aux lourds traitements de l'insuffisance rénale terminale.

- **L'Association des Dialysés et des Greffés de La Réunion (ADGR)**

Le champ d'action de l'ADGR est l'aide et l'accompagnement des personnes souffrant d'insuffisance rénale, dans leurs loisirs (sorties, randonnées, voyage, échanges,…).

- **L'Amicale de Loisirs et d'Entraide des Insuffisants Rénaux (ALEIR)**

L'ALEIR a pour double objectif de mieux faire connaître l'insuffisance rénale chronique au grand public et d'aider les patients à surmonter leur maladie en les aidant moralement.

- **L'Association Réunionnaise d'Entraide aux Dialysés (ARED)**

L'ARED vise à promouvoir une politique de progrès pour une meilleure condition de vie des personnes traitées par l'hémodialyse.

Adresses utiles

Vous trouverez dans la liste ci-dessous (liste non exhaustive), quelques-uns des acteurs intervenant dans le dépistage et/ou la prise en charge et/ou la prévention de l'insuffisance rénale chronique à La Réunion.

- **FNAIR - Réunion**
  Association des Insuffisants Rénaux
  Champ d'action : informer et écouter les patients atteints d'insuffisance rénale
  Adresse : 40, chemin Cadet 97432 RAVINE DES CABRIS
  Tél. : 06 92 61 51 27
  Président : Hugues HOAREAU hugues.hoareau@izi.re

- **ADGR**
  Association des Dialysés et des Greffés de la Réunion
  Champ d'action : aider et accompagner les personnes souffrant d'insuffisance rénale, dans leurs loisirs (sorties, randonnées, voyage, échanges, commémoration etc.)
  Adresse : Clinique de Saint-Vincent, 8, rue de Paris, 97400 SAINT-DENIS

- **ALEIR**
  Amicale de Loisirs et d'Entraide des Insuffisants Rénaux
  Champ d'action : mieux faire connaître l'insuffisance rénale au grand public ; aider les patients à surmonter leur maladie en les aidant moralement.
  Adresse : 8, rue Jean de la Fontaine – Apt 64 97432 RAVINE DES CABRIS
  Tel : 06 92 62 12 10
  Président : Nourdine ALI

- **ARED**
  Association Réunionnaise d'Entraide aux Dialysés
  Champ d'action : promouvoir une politique de progrès pour une meilleure condition de vie des personnes traitées par l'hémodialyse.
  Adresse : 285, Rivières des Roches 97470 SAINT-BENOIT

- **ASDR**
  Association de Soins à Domicile à La Réunion
  Champ d'action : hospitalisation à domicile (HAD), dialyse
  Unité de dialyse Sainte-Clotilde (autodialyse et dialyse médicalisée)
  Adresse : 131, route du Bois de Nèfles 97490 SAINTE-CLOTILDE
  Unité de dialyse Saint-André (autodialyse et dialyse médicalisée)
  Adresse : 200, rue Dumesgnil d'Engente 97440 SAINT-ANDRE
  Unité de dialyse Sainte-Marie (autodialyse)
  Adresse : 30, rue André Lardy, Les cuves de La Mare 97438 SAINTE-MARIE
  Unité de dialyse Saint-Paul (autodialyse)
  Adresse : 30, rue Gabriel Martin 97460 LA PLAINE SAINT PAUL
  Permanence téléphonique 7 jours / 7 – 24 heures / 24 : 02 62 20 28 20
  Siège social : 131, route du Bois de Nèfles 97490 SAINTE-CLOTILDE
  Contact : contact@asdr.asso.fr / Site internet : http://www.asdr.asso.fr
  Président : Dr Dominique SCHOHN

- **AURAR**
  Association pour l'utilisation du Rein Artificiel à La Réunion
  Champ d'action : traitement de l'insuffisance rénale chronique, prévention en matière d'insuffisance rénale et des pathologies associées, préparation à la greffe rénale, aide à l'insertion professionnelle des dialysés et autres handicapés, coopération dans le secteur de l'insuffisance rénale dans l'Océan Indien
  Pôle néphrologique Est (autodialyse, dialyse médicalisée et hémodialyse en centre)
  Adresse : 1, rue des Aubépines – ZAC Bras Fusil 97470 SAINT-BENOIT
  Tél : 02 62 98 98 98 / Fax : 02 62 50 75 93
  Centre d'hémodialyse AURAR Saint-Pierre (hémodialyse en centre)
  Adresse : 15, rue des Roches – Terre Sainte 97410 SAINT-PIERRE
  Tél : 02 62 54 99 40 / Fax : 02 62 54 99 38
  Unité d'autodialyse et unité de dialyse médicalisée AURAR Saint-Pierre
  Adresse : 22, rue des Roches – Terre Sainte 97410 SAINT-PIERRE
  Tél : 02 62 96 12 95 / Fax : 02 62 25 91 59
  Unité d'autodialyse et unité de dialyse médicalisée AURAR Saint-Denis
  Adresse : 26, rue de l'Abattoir 97400 SAINT-DENIS
  Tél : 02 62 29 95 00 / Fax : 02 62 28 63 68
  Unité de dialyse médicalisée AURAR Le Port
  Adresse : Rue Simon Pernic ZAC Mascareignes 97420 LE PORT
  Tél : 02 62 42 08 08 / Fax : 02 62 57 62 80
  Unité d'autodialyse AURAR Saint-Paul
  Adresse : 11, rue de la Chapelle 97460 L'ETANG SAINT-PAUL
  Tél : 02 62 45 23 32 / Fax : 02 62 45 23 33

Unité d'autodialyse AURAR Saint-Joseph
Adresse : 19, rue Ylang Ylang Lot. Les Grègues 97480 SAINT-JOSEPH
Tél : 02 62 56 28 45 / Fax : 02 62 56 59 07

Unité d'autodialyse AURAR Le Tampon
Adresse : Rue Pasteur – ZAC Châtoire 97430 LE TAMPON
Tél : 02 62 57 43 62 / Fax : 02 62 27 86 19
Unité d'autodialyse AURAR Saint-Louis
Adresse : 31, pente des Vacoas 97421 RIVIERE SAINT LOUIS
Tél : 02 62 39 25 36 / Fax : 02 62 39 47 83
Service régional de Dialyse Péritonéale à domicile
Nord / Est / Ouest : Tél : 02 62 29 95 00 / Fax : 02 62 28 63 68
Sud : Tél : 02 62 54 89 10 / Fax : 02 62 54 98 18
Siège social : 364, rue Saint Louis 97460 SAINT-PAUL
Tél : 02 62 45 76 10 / Fax : 02 62 45 68 88
Contact : siege@aurar-run.com / Site internet : http://www.aurar.re/
Président : Didier TRONCHE / Directrice : Marie-Rose GRAS

- **Société de dialyse – Groupe de santé CLINIFUTUR**

Champ d'action : hémodialyse
Centre de dialyse Sainte-Clotilde (hémodialyse en centre)
Adresse : 127, route du Bois de Nèfles – BP 103 97492 SAINTE-CLOTILDE Cedex
Tél : 02 62 48 21 35 / Fax : 02 62 48 23 88
Contact : dsc@clinifutur.net
Centre de dialyse Jeanne d'Arc (hémodialyse en centre)
Adresse : 16, rue Jules Ferry 97420 LE PORT
Tél : 02 62 42 43 66 / Fax : 02 62 42 43 67
Contact : dja@clinifutur.net
Prise en charge en urgence centralisée sur le centre de néphrologie et d'hémodialyse de Sainte-Clotilde : 02 62 48 20 20
Site internet : http://www.clinifutur.com

- **Clinique DURIEUX**

Champ d'action : hémodialyse
Centre d'hémodialyse MG Durieux (hémodialyse en centre)
Adresse : 100, rue de France – ZAC Paul Badré 97430 LE TAMPON
Tél : 02 62 59 63 70 / Fax : 02 62 59 63 71
Site internet : http://www.cliniquedurieux.com

- **CHR – site Félix Guyon**
  Centre Hospitalier Régional Félix Guyon

Champ d'action : prise en charge hospitalière spécialisée, transplantation rénale, hémodialyse,
Service « Néphrologie - Hémodialyse - Transplantation rénale » (hémodialyse en centre)
Adresse : Route de Bellepierre 97405 SAINT-DENIS Cedex
Tél : 02 62 90 55 .50 / Fax : 02 62 90 50 51
Responsable : Dr Nicole LE FRANCOIS

- **CHR – site GHSR**
  Centre Hospitalier Régional Groupe Hospitalier Sud Réunion

Champ d'action : prise en charge hospitalière spécialisée, hémodialyse
Service « Néphrologie – Dialyse » (hémodialyse en centre)
Adresse : B.P. 350 97448 SAINT-PIERRE
Tél : 02 62 35 91 79 / Fax : 02 62 35 92 55
Responsable : Dr José GUISERIX

- **GHER**
  Groupe Hospitalier Est Réunion

Champ d'action : hémodialyse
Service de Néphrologie – Dialyse (hémodialyse en centre)
Adresse : 2, rue Montfleury 97470 SAINT-BENOIT
Tél : 02 62 50 84 84 / Fax : 02 62 50 41 85

- **RéuCARE**

Champ d'action : prévention des complications cardio-vasculaires et rénales
Adresse : 97 rue Bois-de-Nèfles 97400 Saint-Denis
Tél : 02 62 20 26 32 / GSM : 06 93 91 92 50 / Fax : 02 62 20 12 69
Contact : reucare2@wanadoo.fr / Site internet : http://www.reucare.org/

Références bibliographiques et sources

[1] ORS Réunion. L'insuffisance rénale chronique à La Réunion. Tableau de Bord. Décembre 2009 ; 16p.

[2] Plan stratégique de santé de La Réunion et de Mayotte. ARS Océan Indien. Avril 2011, 88p.
Document téléchargeable : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Le-Plan-Strategique-de-Sante.89131.0.html

[3] ORS Bourgogne. Les maladies chroniques en Bourgogne : 2006-2007. Tableau de bord. 2007. 151p.

[4] Couchoud C., Lassale M., Stengel B., Jacquelinet C. Rapport annuel Rein 2009 « Réseau épidémiologie et information en néphrologie ». Agence de la biomédecine. 196p.

[5] Solet J-L, Catteau C, Nartz E, Ronat J, Delmas M-C. Epidémiologie de l'asthme à La Réunion : analyse de la mortalité (1990-1998) et de la morbidité hospitalière (1998-2002). Bull Epidemio Hebdo 2006; 31 : 232-234.

[6] Agence de la biomédecine.
http://www.agence-biomedecine.fr

[7] Agence de la biomédecine. Activité régionale de prélèvement et de greffe. Synthèse nationale 2009. Edition novembre 2010.
Document téléchargeable : http://www.agence-biomedecine.fr/uploads/document/Synthese_nationale_Pvt__greffe_2009_WEBVDEF.pdf

[8] Agence de la biomédecine. Activité de prélèvement et de greffe à La Réunion. Synthèse régionale 2010 : La Réunion. Edition juin 2011.
Document téléchargeable : http://www.agence-biomedecine.fr/agence/regionaux.html

[9] Agence de la biomédecine. Activité de prélèvement et de greffe à La Réunion. Synthèse régionale 2008 : La Réunion.
Document téléchargeable : http://www.agence-biomedecine.fr/uploads/carte/pg-la-reunion.pdf

[10] Ministère de la Santé. L'état de santé de la population en France - Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique - Rapport 2009-2010, Objectif 80 : 284-285.

[11] CépiDc INSERM. http://www.cepidc.vesinet.inserm.fr/

[12] INSEE Réunion http://www.insee.fr/fr/regions/reunion/

[13] Fries D. L'Insuffisance rénale chronique.
Page web : http://www.sfdial.org/f2n/public/diatrans/insuffis.htm

[14] Hannedouche T. Epidémiologie et causes de l'insuffisance rénale chronique.
Page web : http://www.nephrohus.org/s/spip.php?article194

[15] Agence de la biomédecine Vous êtes concerné par l'insuffisance rénale : la greffe à partir d'un donneur vivant peut être une solution. Brochure d'information ; 24p
Document téléchargeable : http://www.agence-biomedecine.fr/uploads/documentation/insuffisance-renale.pdf

[16] OMS. Prévention des maladies chroniques : un investissement vital. 2006 ; 203p.

[17] OMS. Plan d'action 2008-2013 pour la Stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles. 2010 ; 48p.
Document téléchargeable :
http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789242597417_fre.pdf

[18] Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.

[19] Ministère de la Santé. Plan 2007-2011 pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Avril 2007 ; 32p.

[20] Stengel B.,Couchoud C., Helmer C., Loos-Ayav C., Kessler M. Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. Presse Med. 2007 ; 36 : 1811-21.

[21] Loos-Ayav C., Briançon S., Frimat L., André J-L., Kessler M. Incidence de l'insuffisance rénale chronique en population générale, étude EPIRAN. Néphrologie & Thérapeutique. Juin 2009 ; Vol 5, n°S4 : 250-255.

[22] CNAMTS. L'insuffisance rénale chronique : situation actuelle et enjeux. Point d'information. 9 mars 2010 ; 9p.

[23] CNAMTS. Enquête nationale schéma régional d'organisation sanitaire de l'insuffisance rénale chronique terminale (SROS/IRCT) - Juin 2003. Volet patient. 79p.

[24] Païta M, Weill A. CNAMTS. Les personnes en affection de longue durée au 31 décembre 2008. Points de repère, décembre 2009 ; 27 ; 12p.

[25] Couchoud C., Lassale M., Stengel B., Jacquelinet C. Rapport annuel Rein 2008 « Réseau épidémiologie et information en néphrologie ». Agence de la biomédecine. 176p.

[26] Favier F., Jaussent I., Le Moullec N. et al. Prevalence of Type 2 Diabetes and central adiposity in La Réunion Island - Etude REDIA. Diabetes Res Clin Pract, 2005 ; 67(3) :234-42.

[27] Guiserix J., Finielz P. Insuffisance rénale chronique terminale dans le sud de La Réunion. Epidémiologie, survie en dialyse. Néphrologie. 1997 ; 18(3) :103-11.

[28] ARS-OI. Les professions de santé à La Réunion, situation démographique au 1er janvier 2011. Mai 2011 ; 29p.

[29] Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2010. DREES Séries statistiques n°152. Février 2011. 138p.

[30] ONDPS. Analyse des professions : Insuffisance rénale chronique, masseur-kinésithérapeute. Tome 2. Rapport 2008-2009 ; 116p.

[31] Levet A. Projections de population 2010. Horizon 2040 : La croissance de la population ralentit et le vieillissement s'accélère. Informations Rapides Réunion. INSEE Réunion. Décembre 2010 ; n°167 ; 4p.

[32] Ricci P., Blotière P.-O., Weill, Simon D., Tuppin P., Ricordeau P., Allemand H. Diabète traité : quelles évolutions entre 2000 et 2009 en France ? Bull Epidemio Hebdo 2010; n°42-43 : 425-431.

[33] ORS Réunion. Déclinaison régionale des indicateurs associés à la loi relative à la politique de santé publique. Actualisation 2010.

[34] ORS Réunion. Actualisation 2011 des indicateurs Santé-Social. Synthèse régionale. Septembre 2011. 20p.

[35] BEH thématique. L'insuffisance rénale chronique terminale en France. Bull Epidemio Hebdo 2010 ; n°9-10 : 73-95.

[36] Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p.

Synthèse

- En 2009, 207 nouveaux patients ont été traités pour IRCT à La Réunion, dont 202 par dialyse.
- L'hémodialyse est la 1ère modalité de traitement pour 91% des nouveaux malades. Plus de la moitié des patients en hémodialyse a commencé son traitement en urgence, contre 34% au niveau national.
- Au 31 décembre 2009, 1 519 personnes souffraient d'IRCT traitée à La Réunion, dont 1 161 traités par dialyse et 358 porteurs d'un greffon fonctionnel.
- Près de 94% des patients dialysés sont traités par hémodialyse et 6% en dialyse péritonéale.
- Le taux standardisé de prévalence de l'IRCT traitée est de 271 patients traités pour 100 000 habitants au 31 décembre 2009 à La Réunion, contre 110 au niveau national.
- Avec un taux standardisé de 220 dialysés pour 100 000 habitants en 2009, la prévalence de la dialyse est 4 fois supérieure à La Réunion par rapport au total des 20 régions françaises du registre REIN.
- L'âge moyen des dialysés à La Réunion est inférieur à celui observé en France (60,9 ans vs 67,1 ans).
- Le diabète constitue la pathologie initiale de l'IRCT chez 37% des patients dialysés à La Réunion, contre 21% au niveau national.
- En 2009, le taux de nouvelles inscriptions en attente de greffe rénale est de 77 par million d'habitants à La Réunion, contre 58 au niveau national.
- En 2009, le taux d'accès à la greffe est de 19% à La Réunion, contre 27% au niveau national.
- Plus de 900 séjours hospitaliers pour IRC ont été recensés, en moyenne chaque année à La Réunion, sur la période 2006-2008 (hors séance de dialyse péritonéale ou hémodialyse).
- Sur la période 2006-2008, le taux standardisé d'hospitalisation pour IRC est de 20 séjours hospitaliers pour 100 000 habitants, avec un taux plus élevé sur le territoire de santé sud.
- Entre 2006 et 2008, on recense près de 300 nouvelles admissions en ALD pour IRC, en moyenne chaque année à La Réunion.
- Sur la période 2006-2008, 26 décès par IRC sont enregistrés, en moyenne chaque année, à La Réunion, soit un taux standardisé de mortalité par IRC de 7 décès pour 100 000 habitants.
- Un risque d'augmentation dans l'avenir lié au vieillissement de la population réunionnaise et aux prévalences plus élevées sur l'île du diabète et des maladies cardiovasculaires.

Ce tableau de bord n'aurait pu être réalisé sans la participation de nos différents partenaires, relecteurs et producteurs de données. Nous tenons en particulier à remercier : les associations ASDR, AURAR et FNAIR Réunion, l'Agence de la biomédecine, le registre REIN, l'ARS-OI, la CGSS, la CNAMTS, la FNORS, l'INSEE, l'INSERM – CépiDc et l'InVS.

ORS OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ LA RÉUNION

Directrice de la publication
Dr Irène STOJCIC

Responsable de rédaction
Dr Emmanuelle RACHOU

Auteure
Claire BERNEDE-BAUDUIN

Observatoire Régional de La Santé
12, rue Colbert – 97400 Saint-Denis
Tél : 02.62.94.38.13
Fax : 02.62.94.38.14
Site : http://www.ors-reunion.org
Courriel : orsrun@orsrun.net
Centre de documentation : documentation@orsrun.net

Comité de relecture
ARS-OI : Dr Christine GILBERT, Dr Anh-Dao NGUYEN
CHR site GHSR : Dr José GUISERIX

Financement ARS-OI

ars Agence de Santé Océan Indien