

## PATIENTS PRIS EN CHARGE

> 283 demandes de septembre 2020 à juin 2024

234

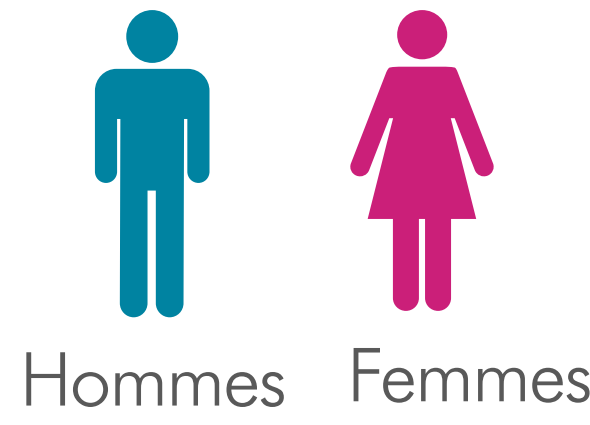
patients pris en charge dans le parcours

provenant de 20



publics et privés

43% 57%



Hommes Femmes

> À l'entrée dans le dispositif



Age médian  
**86,2** (IQR 82,9-90,3)  
ans

**44%**  
avec indice de  
Karnofsky <60

IMC médian  
**26,5** (IQR 23,4-30)  
Kg/m<sup>2</sup>

> Néphropathie initiale



HTA	Diabète	Pyélonéphrite chronique	GN chronique	Polykystose rénale	Inconnu	Autres
45%	25%	4%	3%	2%	13%	8%

> Antécédents

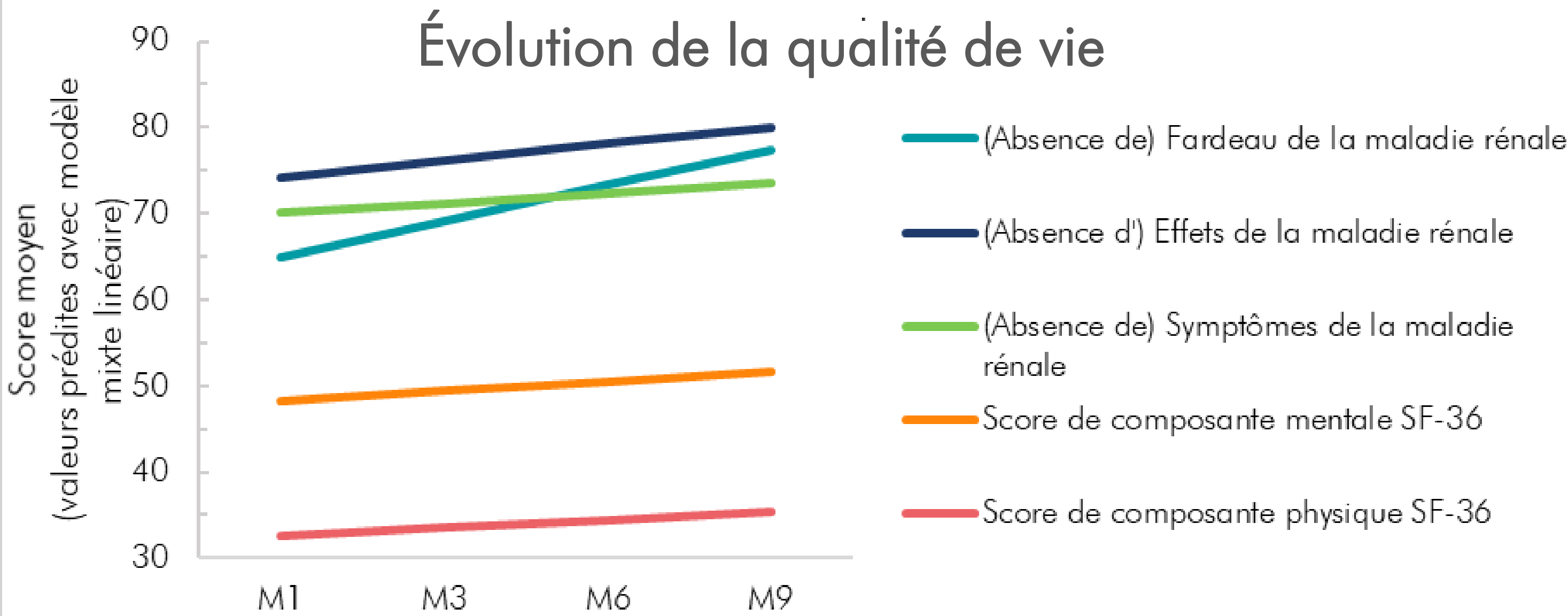


**72%** - **51%** - **41%**  
Maladie cardio-vasculaire Diabète Troubles cognitifs

## QUALITÉ DE VIE

> Évaluée par le questionnaire KDQoL administré avec l'aide des professionnels et/ou des aidants (complexité parfois liée à l'état général du patient et à la longueur du questionnaire)

> Évolution positive de l'ensemble des dimensions de M1 à M9



## PARCOURS



Durée moyenne dans le parcours : **9,3 ± 8,6 mois**

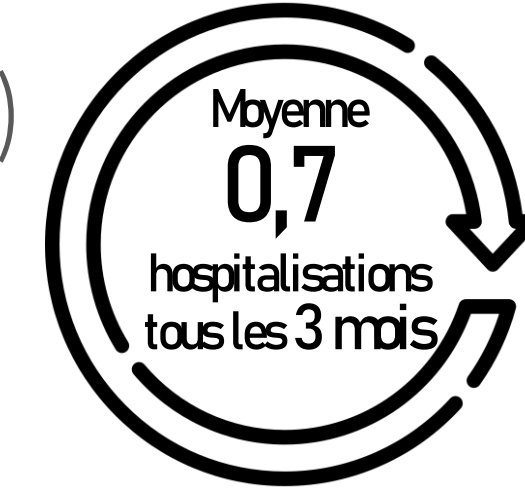
> Nombre moyen d'interventions à domicile ou par téléphone

Systématique	Selon besoins du patient et de son entourage			
Infirmier(e) de coordination	Professeur(e) d'activité physique adaptée	Diététicien(ne)	Psychologue	Assistant(e) social(e)
1 par mois	1 par mois	2 sur 3 mois	1 sur 3 mois	1 sur 3 mois

> Nombre moyen de consultations avec le néphrologue, en complément du parcours : 1 sur 3 mois

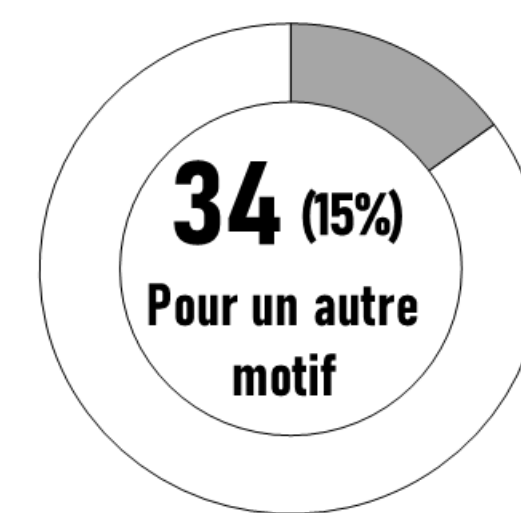
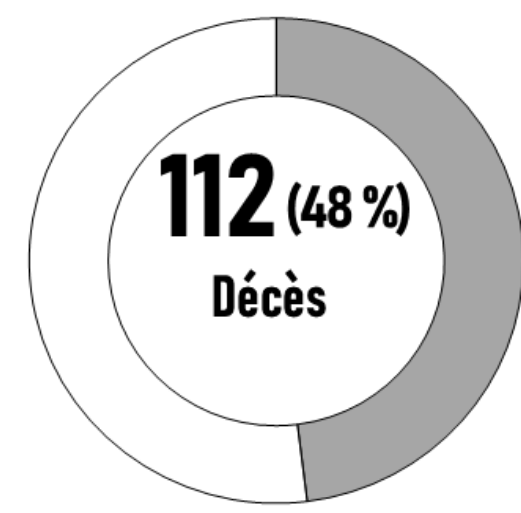
## HOSPITALISATIONS

> 97 patients (41%) hospitalisés au moins 1 fois



> Seulement 32 épisodes pour 25 patients (11%) pour motifs néphrologiques en lien avec IRCT

## SORTIES

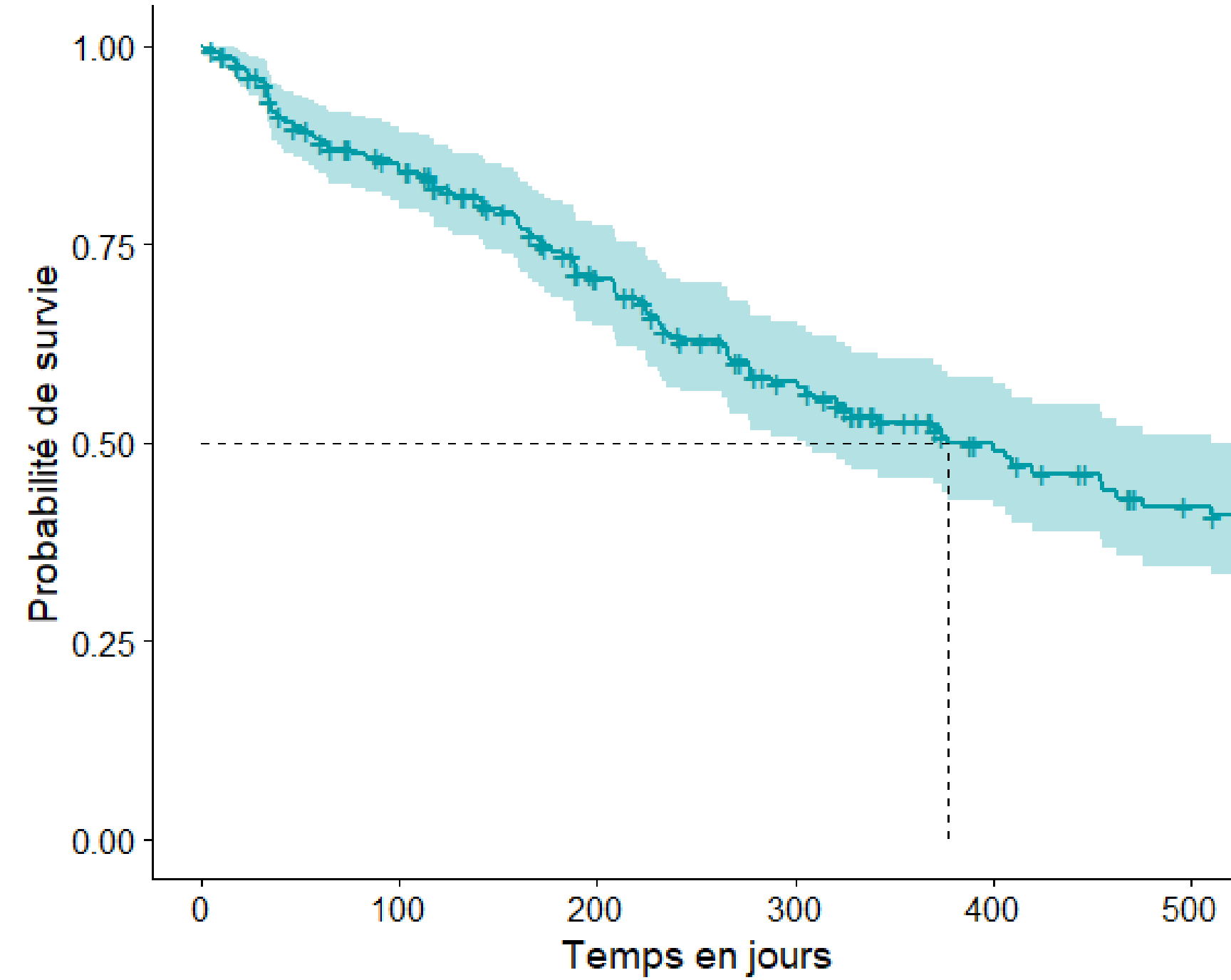


Motifs

- 7 mises en dialyse par choix du patient
- 11 souhaits de sortir du dispositif
- 16 sorties pour un autre motif (HAD, soins palliatifs)

## SURVIE

Courbe de survie des patients en traitement conservateur

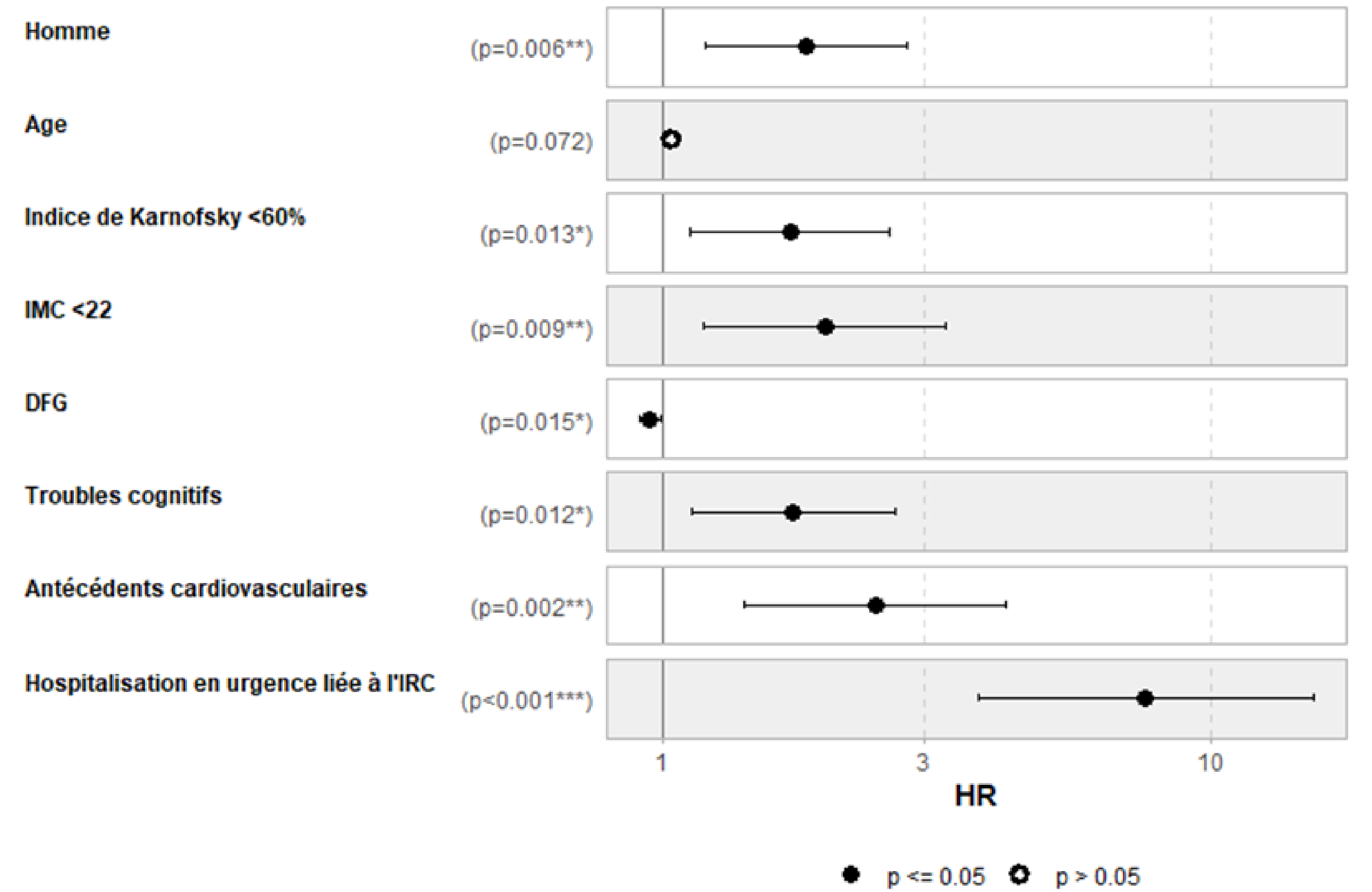


> La probabilité de survie à 1 an est de 52%

> Âge médian au décès 87,0 (IQR 83,2-90,9)

> 43% des décès à domicile ou en EHPAD

Hazard Ratios (HR) estimés par le modèle de Cox



> À l'entrée dans le parcours, les facteurs de risque de mortalité sont le sexe masculin, l'état général du patient dégradé (indice de Karnofsky <60%), la dénutrition, le DFG, la présence de troubles cognitifs et les antécédents cardio-vasculaires

> Durant le parcours, une hospitalisation en urgence liée à l'IRC accroît le risque de mortalité

## CONCLUSION

- > Le traitement conservateur est une modalité de soins active dans une approche du « cure » au « care »
- > Il repose sur une décision collégiale : cheminement personnel patient, entourage, médecins, équipes de soins
- > Il est bénéfique d'un point de vue médical :
  - ☑ Amélioration de la qualité de vie
  - ☑ Peu d'hospitalisations
  - ☑ Durée de vie proche de celle du patient âgé dialysé
- > Il nécessite une expertise en MRC, en coordination de soins à domicile et une communication régulière entre tous les acteurs du parcours

