



Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Rapport

« Accès à une dialyse de qualité »

Enquête et préconisations

22 juin 2022

Composition de la cellule de crise

L Frimat (Président de la SFNDT)
F Vrtovsni (Vice-Président de la SFNDT)
JJ Boffa (APHP Tenon)
C Cartery (CH Valenciennes)
D Chauveau (CHU Toulouse)
C Chazot (AURA Paris)
L De Laforcade (CH Libourne)
A Guerraoui (Association CALYDIAL, Vienne)
PA Michel (APHP Tenon)
F Touré (CHU Limoges)
C Vigneau (CHU Rennes)
L Vrigneaud (Hôpital Privé La Louvière, Lille)



Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Ces dernières semaines, les néphrologues de France métropolitaine et d'outre-mer ont transmis de nombreux signalements à la Société Française de Néphrologie et Transplantation Rénale (SFNDT) concernant des difficultés à maintenir une prise en charge de qualité pour les patients traités par dialyse.

Afin de recueillir des données exhaustives sur les difficultés rencontrées et pour être force de proposition, la SFNDT a créé une cellule de crise le 19 mai 2022.

Un courrier a été adressé le 24 mai 2022 à la ministre (voir annexe).

Une enquête a été menée auprès des centres de dialyse en s'appuyant sur les moyens du Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie (REIN).

ENQUETE DE LA SFNDT

Méthodologie de l'enquête :

Un questionnaire en ligne a été conçu par les membres de la cellule de crise de la SFNDT et relayé par les attachés de recherche clinique de REIN et ainsi adressé à la totalité des structures de dialyse du territoire. Une infolettre de la SFNDT a également été diffusée à l'ensemble des membres de la SFNDT pour les sensibiliser et les inciter à répondre à ce questionnaire. Les centres ont pu répondre entre le 22 mai et le 9 juin 2022.

Exhaustivité :

A l'issue de cette enquête, nous avons obtenu 312 réponses représentant 244 établissements avec dialyse. Les réponses concernaient la quasi-totalité du territoire. Un faible nombre de réponse n'a été observé que pour les régions de Bourgogne/Franche-Comté et Corse.

Dans cette enquête, tous les types de structures sont représentés :

- 34 CHU
- 62 CHG
- 61 associations (privé non lucratif)
- 77 centres privés.

Les différentes modalités de traitement sont également représentées, pour un total de 489 centres * :

- Centre Lourd (n=208)
- UDM : Unité de dialyse médicalisée (n=169)
- UAD : Autodialyse (n=112).

* En France, il y a 865 centres (source registre REIN : total finess géographiques différents) dont la répartition selon le statut juridique est : 6% CHU, 12% public, 55% privé non lucratif et 26% privé lucratif.

Tous les types d'exercice sont également représentés (Figure 1).

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

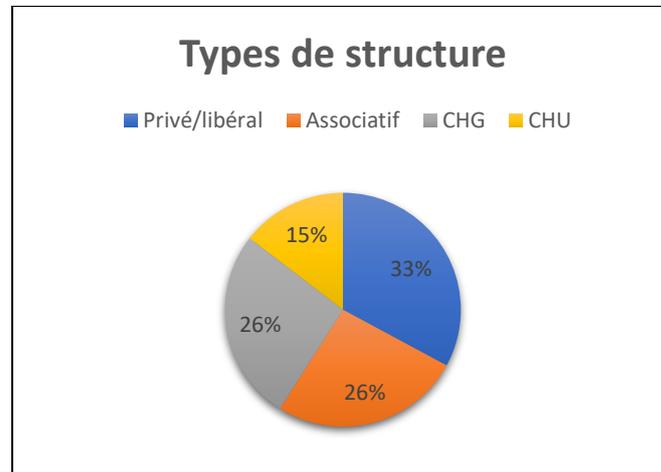


Figure 1 : Types de structures de dialyse ayant répondu à l'enquête

Site internet : www.sfndt.org

Résultats concernant les difficultés rencontrées

Une majorité de centre de dialyse rencontre des difficultés de prise en charge satisfaisante des patients. En effet, globalement, 73 % des répondants à l'enquête rapportent des difficultés pour l'accès à la dialyse des patients.

Il s'agit principalement de structures prenant en charge des patients avec comorbidités significatives, puisque les difficultés concernent essentiellement **des centres lourds (75%)**, mais aussi **des UDM (56%)**, alors que la fréquence des difficultés en UAD (patients jeunes et autonomes) est moindre. **35% des UAD** affirment rencontrer des difficultés (Figure 2).

	CHG		Association		CHU		Centres Privés	
	Nb Total réponse (n)	Avec difficultés (n, %)	Nb Total réponse (n)	Avec difficultés (n, %)	Nb Total réponse (n)	Avec difficultés (n, %)	Nb Total réponse (n)	Avec difficultés (n, %)
Centres Lourds	N=208 / difficultés dans 157 centres (= 75% des centres)							
	62	52 (84%)	39	32 (82%)	34	24 (70%)	73	49 (67%)
UDM	N=169 / difficultés dans 96 centres (= 56% des centres)							
	37	32 (86%)	57	31 (47%)	4	2 (50%)	71	31 (44%)
UAD	N=110 / difficultés dans 39 centres (= 35% des centres)							
	27	15 (55%)	48	10 (21%)	4	4 (100%)	33	10 (30%)

Figure 2 : Fréquence des difficultés selon le type de structure

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Résultats concernant le type de difficultés rencontrées

Quel que soit le type d'exercice, les problématiques rencontrées étaient similaires dans leur proportion et leur description.

Les difficultés sont principalement des difficultés d'accès à la dialyse.

- En centre lourd, 157 centres rencontraient des difficultés et pour 92% de ces 157 centres il s'agissait de difficultés d'accès à la dialyse. Ces difficultés étaient liées à :
 - o une augmentation de la demande pour 102 centres lourds (65%)
 - o une réduction des capacités d'accueil liées à des problèmes d'effectifs paramédicaux pour 92 centres lourds (58%)
 - o la conjonction des 2 facteurs pour 56 centres lourds (35%)
- En UDM, 96 UDM rencontraient des difficultés et pour 98% de ces 96 UDM il s'agissait de difficultés d'accès à la dialyse. Ces difficultés étaient liées à :
 - o une augmentation de la demande pour 68 UDM (74%)
 - o une réduction des capacités d'accueil liées à des problèmes d'effectifs paramédicaux pour 28 UDM (29%)
 - o la conjonction des 2 facteurs pour 23 UDM (22%)
- En UAD, 39 UAD rencontraient des difficultés et pour 77% de ces 39 UAD, il s'agissait de difficultés d'accès à la dialyse. Ces difficultés étaient liées à :
 - o une augmentation de la demande pour 16 UAD (41%)
 - o une réduction des capacités d'accueil liées à des problèmes d'effectifs paramédicaux pour 14 UAD (36%)
 - o la conjonction des 2 facteurs pour 8 UAD (20%)

Résultats concernant les mesures adaptatives mises en place par les centres en difficultés

Pour faire face aux difficultés de personnels, 49 centres lourds, 21 UDM et 11 UAD ont dû réduire leur capacité d'accueil par la fermeture de postes de dialyse.

- En Centre lourd, **le nombre de fermeture moyen de postes de dialyse est de 7,5** ; mais il faut noter que 11 centres lourds ont fermé plus de 10 postes.
- En UDM **le nombre de fermeture moyen de postes de dialyse est de 6,7** ; mais il faut noter que 3 UDM ont fermé plus de 10 postes.
- En UAD **le nombre de fermeture moyen de postes de dialyse est de 3,8** ; mais il faut noter qu'1 UAD a fermé plus de 10 postes.

Par ailleurs, les centres en difficultés n'ayant pas encore fermé de postes doivent avoir recours à d'autres solutions pour garantir la prise en charge des patients (aménagement des horaires IDE avec passage en 12 heures, réduction du nombre de séance par patient ou du temps de dialyse, mise en place de liste d'attente).

Ces mesures sont simultanément à l'origine d'une dégradation de la prise en charge des patients dialysés et d'une dégradation des conditions de travail du personnel.

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Solutions envisagées par les néphrologues pour les semaines à venir

La deuxième partie de cette enquête visait à identifier des solutions pour pallier aux difficultés d'accès à une dialyse de qualité.

Parmi les procédures dégradées prises ou envisagées dans cette enquête, on retrouve :

1. **Mesures concernant le personnel soignant**

- a. 17 centres ont augmenté le ratio de patients pris en charge par une infirmière à 1 IDE pour 5 patient (voire 1 pour 6), alors que la réglementation française en prévoit 1 IDE pour 4 patients selon les décrets de 2002.
- b. Par manque de personnel, la plupart des centres ont recours aux heures supplémentaires et aux rappels du personnel sur les congés.

Toutes ces mesures sont responsables d'une augmentation de la charge de travail du personnel paramédical.

2. **Mesures concernant les modalités de dialyse**

- a. 60 centres signalent des orientations vers une modalité de dialyse inadaptée, avec une permanence médicale non continue
- b. Encore plus alarmant, 26 centres ont été contraints de diminuer le temps de dialyse, soit en diminuant la durée de la séance, soit en diminuant le nombre de séances, seule alternative pour pouvoir accueillir tous les patients.
- c. Dans 53 centres, des patients en insuffisance rénale terminale sont actuellement sur liste d'attente, ne pouvant pas démarrer la dialyse malgré une indication posée par leurs néphrologues et s'exposant aux complications inhérentes à leur pathologie.

L'ensemble de ces mesures adaptatives mettent en jeu la sécurité des patients dialysés ou en attente de dialyse. En effet, ces patients ont des comorbidités qui s'alourdissent ; ils sont fragilisés par cette situation ou la qualité de la dialyse n'est pas effective.

3. **Modification du parcours patient**

- a. 21 centres alertent sur les difficultés d'accueil des patients issus de la réanimation ou des soins intensifs qui sont retardés. Conduisant à une prolongation des durées de séjour dans ces services déjà sous tension avec un surcoût financier.
- b. De très nombreux centres (n = 108) déplorent leur incapacité à accueillir des vacanciers avec des conséquences majeures sur la qualité de vie des patients.
- c. Par réorganisation du personnel médical, les unités d'éducation sont en difficulté pour assurer la formation à la dialyse au domicile.

Ces constatations qui soulignent une réduction de l'offre de soins, concourent à une perte de qualité de vie des dialysés, pourtant déjà lourdement impactés dans leur vie quotidienne par leur maladie.

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

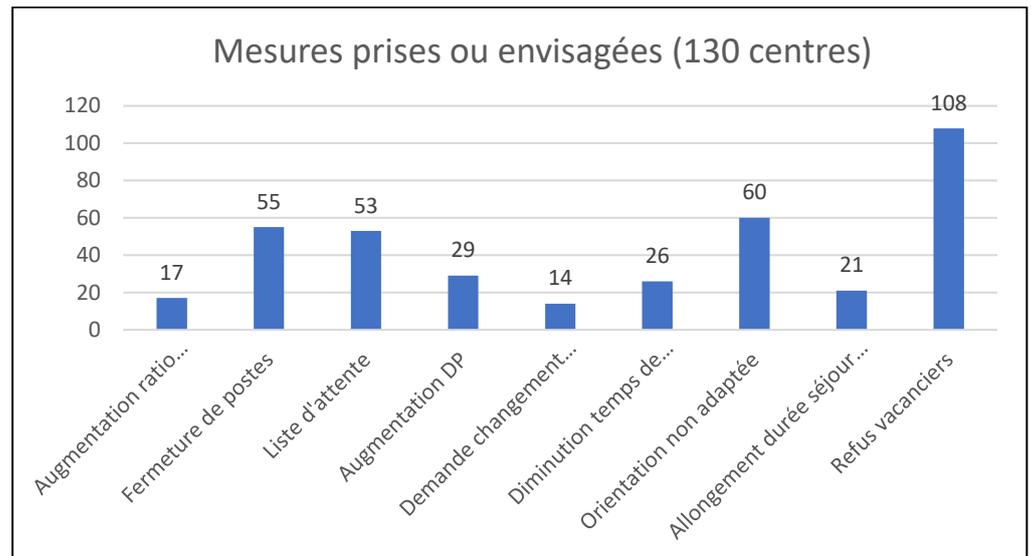


Figure 3 : Mesures Adaptatives des centres en difficultés

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Conclusions de l'enquête

Cette enquête représentative de plus de la moitié des centres de dialyse français montre que l'accès à une dialyse de qualité est problématique dans une majorité des établissements du territoire, particulièrement dans les centres lourds d'hémodialyse et les UDM.

Etant donné les postes de dialyse actuellement fermés, on estime que, ces derniers mois, largement plus de 1 000 patients dialysés n'ont pas pu bénéficier d'un accès satisfaisant à une dialyse de qualité. Il faut aussi prendre en compte les conséquences indirectes pour des centaines d'autres patients, en particulier du point de vue de la qualité de vie.

Les facteurs contribuant à l'engorgement des filières de dialyse sont variables d'un territoire à l'autre. Les causes en sont multiples :

- a. Augmentation de la demande
 - augmentation de l'incidence
 - augmentation du démarrage non planifié de la suppléance
 - i. *séquelles d'insuffisance rénale aiguë*
 - ii. *rupture de suivi médical de MRC en période pandémique*
 - iii. *arrivée de migrants en urgence*
- b. Réduction de l'offre
 - personnels IDE
 - i. *postes non pourvus*
 - ii. *absentéisme*
 - dysfonctionnement des flux inter-structures
- c. Diminution de l'activité de greffe

Malgré 37 signalements aux ARS, le ressenti des professionnels est qu'ils n'ont pas été pris en compte sans solutions envisagées.

Les difficultés d'accueil par manque de places ont malheureusement des conséquences immédiates pour les patients, mais aussi pour les équipes médicales et paramédicales qui les prennent en charge. Ces derniers doivent faire preuve d'agilité pour garantir la prise en charge du plus grand nombre. Les mesures prises très souvent dans l'urgence sont à l'origine d'une dégradation des conditions de travail, ce qui risque d'entamer la grande motivation des équipes et d'accentuer les départs de soignants.

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

PRECONISATIONS DE LA SFNDT

FACE A UNE SITUATION D'ENGORGEMENT DES STRUCTURES DE DIALYSE

En préambule, la SFNDT rappelle les préconisations générales courantes dont l'intérêt est renforcé pour diminuer et réguler les besoins de la population en dialyse :

- Efficacité attendue à court terme (*perspective de quelques semaines*)
 - **Promouvoir le don d'organe, en particulier en agissant sur l'opposition au don**
 - **Promouvoir la dialyse hors centre**
 - **Promouvoir et faciliter la dialyse à domicile, en particulier la dialyse péritonéale**
- Efficacité attendue à moyen terme (*perspective de quelques mois*)
 - **Promouvoir la filière « Forfait MRC stade 4 et 5 »**
 - **Promouvoir l'organisation de la dialyse en réseau de soins**
 - **Intensifier l'implantation des IPAs au sein des équipes médicales**
- Efficacité attendue à long terme (*perspective de quelques années*)
 - **Renforcer la prévention primaire (population à risque de MRC)**
 - **Renforcer la néphroprotection en cas de MRC connue (prévention secondaire)**

Face à une situation d'engorgement des structures de dialyse empêchant d'administrer une dialyse de qualité à tous les patients, les préconisations spécifiques de la SFNDT sont :

A. Organisation à l'échelle d'un territoire

1. Mettre en place un espace de dialogue et d'instance commune entre les structures d'un territoire comportant au moins un représentant (néphrologue et/ou cadre et/ou IDE de coordination) par structure concernée
 - a. Objectifs :
 - i. identifier les difficultés, les analyser, s'appuyer sur le registre REIN
 - ii. rechercher les solutions temporaires ou définitives
 - b. Calendrier prédéfini de réunion en visio



Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

- c. Secrétariat dédié au groupe de travail, en particulier pour centraliser les possibilités de prise en charge des patients
 - i. étudier la faisabilité de dialyse à domicile, en particulier par dialyse péritonéale
 - ii. étudier la faisabilité d'un outil informatique permettant de connaître les places disponibles en hémodialyse en temps réel sur l'ensemble du territoire (exemple : système d'orientation des patients post-urgence)
 - d. Mise en place d'une communication structurée à l'intention des personnels soignants sur les décisions
2. Diffuser le compte rendu écrit de chaque réunion vers les directions administratives des structures, ainsi que l'ARS
 3. En cas de création d'une liste d'attente pour l'accès à la dialyse sur un territoire, informer par courrier les directions administratives des structures. L'instauration sur un territoire d'un fonctionnement du type « Damage control » - principe de prodiguer des soins minimaux, nécessaires pour assurer la survie sans apporter des soins remplissant les standards de qualité de la dialyse doit être repérée activement.
 4. Favoriser si nécessaire le renfort de personnels à l'échelle de la région/du territoire en permettant aux IDE de dialyse d'être détachés dans une structure de proximité sur la base du volontariat avec rémunération adaptée
 5. Questionner les équipes des structures de néphropédiatrie du territoire sur leurs capacités de prise en charge de patients (accord Société de Néphropédiatrie)
 6. Etablir un relais national communiquant en temps réel les besoins IDE (site SFNDT, AFIDTN)

B. Organisation par structure

1. Attractivité :
 - a. Adapter la rémunération des soignants à leur engagement au cours d'une situation de crise (heures supplémentaires, primes...)
 - b. Les hausses de salaires peuvent améliorer la motivation à court terme.



Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

- c. La reconnaissance financière de la spécialisation des IDE de dialyse est à étudier.
 - d. Favoriser le travail en 12 heures qui permet moins de jours travaillés, moins de transport, si besoin le coupler avec d'autres activités transversales (éducation thérapeutique)
 - e. Ajuster le management
 - i. Revisiter les schémas de charge et d'adéquation de compétences
 - ii. Replacer le bien-être des personnels au cœur du fonctionnement des services
 - iii. Recréer une dynamique de motivation professionnelle
 - iv. Repenser l'interaction entre services médicaux et administratifs
 1. Améliorer la réponse des services support
 2. Faciliter l'exercice des professionnels soignants
2. Faire reconnaître la priorité du recrutement de soignants pour les secteurs néphrologiques à haute technicité : hémodialyse et dialyse péritonéale, afin de limiter la perte de chance pour les patients
 3. Sanctuariser les IDE de dialyse qui ne doivent pas dépanner les services conventionnels ou de réanimation, à l'exception d'un soutien dans une autre structure de dialyse
 4. Discuter l'affectation d'IDE de réanimation vers la dialyse en cas de fermeture de lit de réanimation durant la période estivale
 5. Etudier le recrutement d'IDE à l'étranger, notamment de l'est de l'Europe qui connaît un excédent
 6. Evaluer individuellement avec l'encadrement le temps de formation pour les IDE en secteur Hémodialyse
 7. Adapter les moyens en personnel soignant
 - a. Le ratio patient/IDE doit être rigoureusement adapté au type de structure sans dépassement de quota de patients par IDE
 - b. En centre lourd avec prise en charge de patients hospitalisés
 - i. Discuter un renfort par des aides-soignants
 - c. En structure de dialyse hors centre



Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

- i. Tenir compte du temps soignant plus important durant la période de formation
 - ii. Tenir compte de l'évolution de certaines unités d'autodialyse assistées qui sont des dialyses de proximité avec des patients au profil plus proche de l'UDM
 - iii. Développer l'hémodialyse longue nocturne en UDM qui permet un ratio de personnel avantageux
8. Mettre à disposition des structures du temps de secrétariat pour libérer du temps médical et paramédical
 9. Les adaptations à une situation aiguë doivent avoir été instaurées avec un calendrier défini à l'avance. Elles doivent avoir un échéancier d'évaluation. Sans cela, il y a risque de découragement des soignants.

C. Prescription médicale

1. S'assurer que les différentes options thérapeutiques : transplantation rénale, dialyse (dont dialyse à domicile, en particulier par dialyse péritonéale) et traitement conservateur ont été présentées à chaque patient
2. En cas de création d'une liste d'attente pour l'accès à la dialyse sur un territoire
 - a. Envisager l'indication systématique de la dialyse péritonéale pour chaque patient
 - b. Envisager l'hémodialyse incrémentale pour une durée définie à l'avance
3. Demander au bloc opératoire une priorisation des poses de cathéter de dialyse péritonéale, voire développer une filière de pose en urgence de cathéter de dialyse péritonéale à l'échelle d'une structure ou d'un territoire

D. Ethique

1. En cas de création d'une liste d'attente pour l'accès à la dialyse, demander une assistance au comité d'éthique de la structure, par défaut, créer un comité d'éthique inter-établissement



Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

ANNEXE



Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Courrier adressé à Mme la Ministre le 24 mai 2022



Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

Madame Brigitte BOURGUIGNON

Ministère de le Santé

14 Av. Duquesne,

75350 Paris

Objet : inadéquation critique de l'offre de soins pour une dialyse de qualité

Madame la Ministre,

Par ce courrier, la SFNDT attire votre attention sur les tensions croissantes de la filière d'accès à une dialyse de qualité.

D'après le registre REIN de l'Agence de la Biomédecine, en France, environ 50 000 personnes nécessitent un traitement par dialyse. Chaque année, environ 11 000 nouveaux dialysés démarrent leur traitement. La dialyse est un traitement vital. En cas d'arrêt de traitement, le décès survient en quelques jours. La norme en hémodialyse est de 3 séances de 4 heures par semaine. Passer de 3 à 2 séances hebdomadaires est associé à une diminution très significative de l'espérance de vie. Le démarrage de la dialyse est également une période critique. Ne pas accéder à la dialyse au moment opportun expose à un risque de mort subite et à une dégradation irréversible de l'état clinique.

Depuis quelques semaines, la SFNDT reçoit des messages signalant une diminution critique de l'offre de soins. Sur de nombreux territoires, le nombre de dialysés dépassent les capacités de prise en charge efficace. Les procédures courantes de régulation sont dépassées. Face à un nombre fixe de dialysés, la période estivale avec la réduction inévitable de personnel pourrait être associée à un pic de mortalité exceptionnel.

Les causes sont systémiques et spécifiques : côté personnel médical et/ou non médical (IDE, AS, secrétariat...) : absentéisme et postes vacants, augmentation du nombre de nouveaux patients pris en charge en dialyse en urgence, diminution de l'activité de transplantation rénale... Ici, il faut souligner que les infirmières exerçant en secteur d'hémodialyse sont spécialisées (ponction de l'abord vasculaire, utilisation et surveillance des dispositifs médicaux). Elles ne peuvent pas être remplacées par du personnel non spécialisé. Dans les structures, sur les territoires concernés par cet engorgement des filières, les directions, les ARS ont été alertées. Les solutions sont complexes à mettre en œuvre, nécessitant une concertation étroite entre les acteurs de terrain.



Société Francophone de Néphrologie, Dialyse et Transplantation

Président

Luc FRIMAT

Vice-Président

François VRTOVSNIK

Vice-Président

Transplantation

Christophe MARIAT

Vice-Président Dialyse

Thierry LOBBEDEV

Secrétaires Généraux

François BABINET

Fatouma TOURE

Trésoriers

Didier AGUILERA

Paul STROUMZA

Site internet : www.sfndt.org

La SFNDT a créé, le 19 mai 2022, une cellule de crise « Accès à une dialyse de qualité ». Afin de cerner précisément l'étendue des difficultés, elle lance une enquête nationale, exhaustive, relayée par le réseau épidémiologique REIN. Nous ne manquerons pas de vous transmettre la synthèse, escomptée vers le 10 juin. Pour continuer de délivrer les meilleurs soins aux patients, la SFNDT se positionne comme force d'élaboration de solutions et de leur diffusion.

En vous remerciant de votre attention, nous vous prions d'accepter l'expression de nos salutations respectueuses.

Professeur Luc FRIMAT,
Président

