

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Home Dialysis Bulletin (BDD)

Journal internationale bilingue pour partager les connaissances et l'expérience en dialyse à domicile

Traduction Française de la prise de position de la Société Internationale pour la Dialyse Péritonéale (ISPD) : déclaration des arrêts de traitement par dialyse péritonéale

Titre original : 2026 ISPD Position Statement on tracking and reporting loss from PD therapy

Annabel Boyer ¹, Max Dratwa ², Christian Verger ³
¹CHU de Caen (France), ²CHU Brugmann – Bruxelles (Belgique)
³RDPLF, 30 rue Sere Depoin, 95300 Pontoise (France)

Auteurs de l'article original

Ali K Abu-Alfa^{10,11}, Olof Heimbürger^{12,13}, Annabel Boyer¹⁴, Arpana Iyengar¹⁵, Danielle Eleri Fox¹⁶, Thyago Proença de Moraes¹⁷, Mignon McCulloch¹⁸, Patricia Goode^{19,20}, Nancy Verdin²¹ and Mark Lambie²²

1 Départements de médecine et des sciences de la santé communautaire, École de médecine Cumming, Université de Calgary, Calgary, AB, Canada, 2 Centre de recherche sur les services de santé, Université du Queensland à l'hôpital Princess Alexandra, Brisbane, QLD, Australie, 3 Institut de recherche sur les reins, Division de néphrologie, Département de médecine, Université de Washington, Seattle, WA, États-Unis, 4 École de médecine, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Keele, Staffordshire, Royaume-Uni, 5 Département de médecine rénale, Hôpital général de Singapour, Université nationale de Singapour (NUS) – Duke, Singapour, Singapour, 6 Département de médecine, Division de néphrologie, Hôpital et Centre de recherche Maisonneuve-Rosemont, Université de Montréal, Montréal, QC, Canada, 7 Département de médecine, Division de néphrologie, Hôpital St Michael's, Toronto, Ontario, Canada, 8 Centre de recherche Keenan au sein de l'Institut Li Ka Shing, Hôpital St Michael's, Toronto, Ontario, Canada, 9 Unity Health, Toronto, Ontario, Canada, 10 Service de néphrologie et d'hypertension, Département de médecine interne, Université américaine de Beyrouth, Beyrouth, Liban, 11 Section de néphrologie, Département de médecine interne, École de médecine de Yale, New Haven, CT, États-Unis, 12 Institut Karolinska, Stockholm, Suède, 13 Service de médecine rénale, Hôpital universitaire Karolinska, Stockholm, Suède, 14 Centre universitaire des maladies rénales, CHU de Caen, Caen, France, 15 Département de néphrologie pédiatrique, Académie nationale des sciences de la santé St John's, Bangalore, Karnataka, Inde.

Informations concernant cette traduction

Dans le cadre d'un accord de partenariat entre l'ISPD et le RDPLF, le RDPLF est le traducteur français officiel des recommandations de l'ISPD. La traduction ne donne lieu à aucune compensation financière de la part de chaque société et le RDPLF s'engage à traduire fidèlement le texte original sous la responsabilité de néphrologues connus pour leur expertise dans le domaine. Avant publication le texte a été soumis à l'accord de l'ISPD. La traduction est disponible sur le site de l'ISPD et dans le Bulletin de la Dialyse à Domicile.

Cette traduction est, comme l'original, librement téléchargeable sous licence copyright CC BY 4.0
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>.

Cette traduction est destinée à aider les professionnels de la communauté francophone à prendre connaissance des recommandations de l'ISPD dans leur langue maternelle. Toute référence dans un article doit se faire au texte original en accès libre: Peritoneal Dialysis International <https://doi.org/10.1177/08968608261461639>

Dans les articles rédigés pour des revues françaises, conserver la référence à la version originale anglaise ci-dessus, mais ajouter « traduction française : <https://doi.org/10.25796/bdd.v9i3.87129>

Traducteurs

Dr Annabel Boyer, néphrologue et co-auteur de l'article original, centre Universitaire des Maladies Rénales, CHU de Caen (France)
 Dr Christian Verger, néphrologue, président du RDPLF, 30 rue Sere Depoin, 95300 Pontoise – France
 Professeur Max Dratwa, néphrologue, CHU Brugmann – Bruxelles – Belgique

Remerciements : nous remercions le Conseil d'Administration de l'ISPD et sa présidente le professeur Edwina Brown et le professeur Rajnish Mehrotra d'avoir permis cette traduction afin d'assurer une large diffusion du texte auprès des professionnels de langue française. Nous remercions Miguel Gallardo (ISPD Society Coordinator) pour la coordination du partenariat entre RDPLF et ISPD.

Mots-clés : position ISPD, dialyse péritonéale, transfert, survie, arrêt traitement, recommandations

Keywords : ISPD position, peritoneal dialysis, transfer, survival, discontinuation of treatment, guidelines



Open Access : cet article est sous licence Creative commons CC BY 4.0 : <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.fr>
 Copyright: les auteurs conservent le copyright.

Rappel des traducteurs à l'attention des lecteurs :

Toutes les recommandations de l'ISPD sont en accès libre sur le site de l'ISPD, souvent disponibles en plusieurs langues, à l'adresse : <https://www.ispd.org/guidelines>.

Si vous n'êtes pas membre de l'ISPD vous pouvez vérifier les avantages de devenir membre à l'adresse : <https://ispd.org/membership-benefits>.

Si vous souhaitez devenir membre vous pouvez vous inscrire à l'adresse: <https://ispd.org/join>.

Déclaration de position 2026 de l'ISPD sur le suivi et la déclaration des pertes liées au traitement par dialyse péritonéale



1 Le terme « transfert en hémodialyse » doit être utilisé pour décrire un patient sous DP qui passe à l'hémodialyse (HD) pour une durée quelconque. Évitez les termes « échec de la technique » ou « survie de la technique » en raison de leur manque de précision, la variabilité de leurs définitions et leurs connotations négatives.	4 Chaque année, les programmes de DP transmettent ces indicateurs pour suivre la performance et cibler les améliorations de la qualité : Motifs fréquents de passage à l'HD selon la période (avant 6 mois, 6 à 12 mois, au-delà de 12 mois). Part des patients décédés ou ayant arrêté la DP à 6, 12 et 24 mois (incidence cumulée). Part des patients greffés après une DP à 6, 12 et 24 mois.
2 Le début de la DP doit être défini comme la date du premier échange visant à poursuivre un traitement par DP à long terme. Il s'agit du premier jour de formation ou du premier échange chez un patient qui commence la DP en urgence, avant de suivre une formation.	5 Les registres nationaux, régionaux et organisationnels sont encouragés à communiquer : Les indicateurs de performance clés pour les programmes de DP chez l'adulte et l'enfant aux niveaux régional, organisationnel et national. L'incidence cumulée des issues suivantes, depuis le début de la DP jusqu'à 24 mois de suivi : rétablissement de la fonction rénale, transplantation rénale, décès ou arrêt de la dialyse.
3 Les programmes de DP devraient suivre et communiquer des indicateurs-clés de performance au moins une fois par an. - Pourcentage de patients chez lesquels un cathéter de DP a été posé, mais qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant l'intervention - Pourcentage de patients ayant commencé la DP et ayant été transférés vers l'hémodialyse (HD) à 6, 12 et 24 mois après le début du traitement (incidence cumulée).	6 Recommandations en matière de recherche Communiquer des indicateurs de performance clés Communiquer l'incidence cumulée des événements à compter du début du traitement par DP, ou de la date de début du suivi dans une étude portant sur des patients prévalents : rétablissement de la fonction rénale, décès ou arrêt de la dialyse. Indiquez les motifs du transfert en HD à long terme : un transfert en HD long terme est défini comme une période de 90 jours sans retour en soins ambulatoires.

Conclusions : La Société internationale de dialyse péritonéale (ISPD) a constitué un groupe de travail chargé de formuler des recommandations sur les questions clés liées à la mesure de la durée du traitement par dialyse péritonéale. Il s'agissait notamment d'harmoniser les définitions des causes d'abandon, ainsi que leur mesure, leur analyse et leur déclaration.

Robert Quinn, David Johnson, Simon Davies, et al. **Déclaration de position 2026 de l'ISPD sur le suivi et la déclaration des pertes liées au traitement par dialyse péritonéale.** Perit Dial Int
Résumé visuel par le Dr Edgar Lerma

RESUME

La dialyse péritonéale (DP) est encouragée dans le monde entier, mais près de la moitié des patients qui débutent un traitement par DP ne seront plus sous cette modalité thérapeutique au bout de deux ans, ce qui constitue un obstacle important à une utilisation optimale, sûre et efficace de cette technique.

La sortie de DP est le plus souvent due à un transfert en hémodialyse (HD), au décès ou à la réalisation d'une transplantation rénale. Elle peut également survenir en raison d'une récupération de la fonction rénale, d'un transfert vers un autre programme de dialyse ou d'une perte de vue au cours du suivi.

Historiquement, le terme « échec de la technique » (*technique failure*) a été utilisé pour désigner la sortie de DP. Cependant, il n'en existe pas de définition uniforme. Par conséquent, il est difficile de déterminer si la variabilité observée du risque rapporté est liée à des différences dans les caractéristiques des patients, dans les pratiques de prise en charge, ou simplement à des différences dans la manière dont cet événement a été défini, mesuré, analysé ou rapporté.

L'International Society for Peritoneal Dialysis (ISPD) a constitué un groupe de travail afin d'élaborer des recommandations sur les principales questions relatives à la mesure de la durée du traitement par DP. Celles-ci comprennent notamment la standardisation des définitions des causes de sortie de DP, ainsi que des modalités de leur mesure, de leur analyse et de leur présentation.

Des indicateurs clés de performance ont été proposés afin de permettre des comparaisons (*benchmarking*) et de faciliter l'amélioration de la qualité ainsi que la recherche.

Ce document s'adresse aux médecins et autres professionnels de santé, aux programmes de dialyse, aux chercheurs et aux registres nationaux.

Recommandations principales

1. Le terme « transfert en hémodialyse » doit être utilisé pour décrire un patient sous dialyse péritonéale (DP) qui transfère en hémodialyse, quelle que soit la durée de ce passage. Les expressions telles que « échec de la technique » ou « survie de la technique » doivent être évitées en raison de leur manque de précision, de la variabilité de leurs définitions et de leurs connotations négatives.
2. Le début de la DP doit être défini comme la date du premier échange effectué dans l'intention de poursuivre un traitement par DP à long terme. Il s'agit du premier jour de formation ou du premier échange chez un patient qui commence la DP en urgence, avant d'avoir suivi la formation.
3. Les programmes de DP doivent suivre et rendre compte, au moins une fois par an, des indicateurs de performance clés suivants :
 - Le pourcentage de patients chez lesquels un cathéter de DP a été posé, mais qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant l'intervention.
 - Le pourcentage de patients ayant commencé la DP et ayant été transférés vers l'hémodialyse (HD) 6, 12 et 24 mois après le début du traitement (incidence cumulée).
 - À titre d'alternative à cette dernière, les programmes peuvent choisir de rendre compte du taux de passage à l'hémodialyse (HD) exprimé en nombre d'événements par année-patient.
4. Les programmes de DP doivent suivre et communiquer chaque année les données suivantes afin de mieux comprendre les facteurs influant sur les indicateurs de performance clés et de cibler les efforts d'amélioration de la qualité :
 - Les raisons les plus courantes de transfert vers l'HD au cours des 6 premiers mois, entre le 6e et le 12e mois de traitement, et après le 12e mois doivent être rapportées.
 - Le pourcentage de patients qui commencent une DP puis décèdent ou arrêtent le traitement au bout de 6, 12 et 24 mois (incidence cumulée).
 - Le pourcentage de patients qui commencent une dialyse péritonéale (DP) puis subissent une greffe rénale à 6, 12 et 24 mois (incidence cumulée).
 - À titre alternatif, les programmes peuvent choisir de communiquer les taux de décès ou d'arrêt du traitement, ainsi que les taux de transplantation rénale, exprimés en nombre d'événements par année-patient.
5. Les registres nationaux, régionaux et organisationnels sont encouragés à communiquer :
 - Les indicateurs de performance clés pour les programmes de DP chez l'adulte et chez l'enfant aux niveaux régional, organisationnel et national.
 - L'incidence cumulée des résultats suivants, depuis le début de la dialyse péritonéale jusqu'à 24 mois de suivi :
 - La récupération de la fonction rénale
 - La transplantation rénale
 - Le décès ou arrêt de la dialyse
 - À titre d'alternative, les registres peuvent choisir de communiquer les taux de décès ou d'arrêt du traitement, ainsi que les taux de transplantation rénale, exprimés en nombre d'événements par année-patient.
6. À des fins de recherche, il est recommandé aux chercheurs :
 - de communiquer les indicateurs de performance clés, tels que décrits ci-dessus
 - de communiquer l'incidence cumulée des résultats suivants depuis le début du traitement par dialyse péritonéale (DP) ou depuis le début du suivi dans une étude portant sur des patients déjà atteints :
 - Récupération de la fonction rénale
 - Transplantation rénale
 - Décès ou arrêt de la dialyse

- Indiquer les motifs du transfert vers l'HD conformément au cadre présenté dans le présent document.
- Bien que tous les transferts vers l'HD doivent être signalés à des fins d'amélioration de la qualité et de recherche, quelle que soit leur durée, il peut exister des situations où les chercheurs souhaitent signaler les transferts vers l'HD qui sont plus susceptibles d'être des transferts à long terme. Dans ces circonstances, nous recommandons d'utiliser une période de 90 jours sans retour à la dialyse péritonéale (PD) pour définir un transfert à long terme.
 - Afin d'assurer la cohérence des déclarations, tout patient transféré vers l'HD, mais chez qui survient un autre événement au cours de la période d'observation de 90 jours mettant fin au suivi (par exemple, décès, transplantation, rétablissement de la fonction rénale, sortie du programme ou perte de suivi), ne doit pas être considéré comme un transfert vers l'HD. L'événement survenant doit être considéré comme l'issue du suivi.

Recommandations complémentaires

1. Tous les patients subissant la pose d'un cathéter de DP doivent être identifiés et la date de l'intervention consignée.
2. La proportion de patients qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant la pose du cathéter doit être rapportée et la raison pour laquelle ils n'ont pas débuté la DP doit être documentée.
3. Tous les patients qui commencent une DP doivent faire l'objet d'un suivi concernant : le transfert vers une hémodialyse (HD), le rétablissement de la fonction rénale, la transplantation rénale, l'arrêt de la dialyse (avec ou sans soins palliatifs) ou le décès, la perte de suivi et le transfert vers un autre programme de DP. Lorsqu'un événement survient, la date à laquelle il s'est produit doit être rapportée. Les patients qui interrompent la DP pendant plus de 30 jours, pour quelque raison que ce soit, sans entamer un autre traitement de suppléance rénale, doivent être rapportés soit comme ayant récupéré leur fonction rénale, soit comme ayant arrêté la dialyse, en fonction de l'issue attendue et de la raison de l'arrêt de la DP.
4. Il est recommandé que les programmes renseignent la raison la plus immédiate du transfert vers l'hémodialyse (par exemple, une péritonite nécessitant le retrait du cathéter) ainsi que d'autres raisons contributives (par exemple, l'épuisement du patient ou de l'aidant). Un cadre suggéré pour les consigner à des fins d'amélioration de la qualité ou de recherche est fourni.

Introduction

La dialyse péritonéale (DP) est associée à des résultats cliniques et à une qualité de vie similaires à ceux de l'hémodialyse (HD) en centre, mais son coût de mise en œuvre est moindre dans la plupart des pays à revenu élevé [1-7]. Par conséquent, la DP fait l'objet d'une promotion à l'échelle mondiale [8-10].

Près de la moitié des patients qui commencent une DP auront cessé le traitement au bout de deux ans, ce qui constitue un obstacle majeur à l'optimisation de la sécurité et de l'efficacité de cette thérapie [11,12]. L'abandon est le plus souvent dû à un transfert en HD, à un décès ou à une greffe rénale, mais il peut également résulter d'une récupération de la fonction rénale, d'un transfert vers un autre programme de dialyse ou d'une perte de suivi. Historiquement, le terme « échec technique » a été utilisé pour décrire l'abandon de la DP, mais il n'existait pas de définition cohérente ; par conséquent, il était difficile de déterminer si la variabilité observée dans le risque

rapporté était liée à des différences dans les caractéristiques des patients, aux pratiques cliniques ou simplement à des différences dans la manière dont ce phénomène était défini, mesuré, analysé ou rapporté [11,13-15].

Plus récemment, les patients, les prestataires de soins et les soignants ayant participé à l'initiative internationale « Standardized Outcome in Nephrology – Peritoneal Dialysis » (SONG-PD) ont souligné la nécessité de prendre en compte des aspects importants des résultats, d'adopter une nomenclature neutre et de garantir la faisabilité et l'applicabilité dans les contextes cliniques et de recherche [16]. Le groupe a proposé de remplacer la mesure de résultat principale « échec technique » par « transfert en HD », mais n'a pas formulé de recommandations fermes concernant la définition ou la manière de mettre en œuvre sa mesure.

La Société internationale de dialyse péritonéale (ISPD) a constitué un groupe de travail chargé de formuler des recommandations sur les questions clés liées à la mesure de la durée du traitement par DP. Il s'agissait notamment de normaliser les définitions des causes de perte de suivi, ainsi que leur mesure, leur analyse et leur communication. Des indicateurs-clés de performance ont été proposés à des fins de comparaison et pour faciliter l'amélioration de la qualité et la recherche. Ce document s'adresse notamment aux médecins et autres professionnels de santé, aux programmes de dialyse, aux chercheurs et aux registres nationaux.

Justification des recommandations

Recommandation-clé n° 1

Le terme « transfert vers l'HD » doit être utilisé pour décrire un patient sous dialyse péritonéale qui transfère en HD pour une durée quelconque, quelle que soit celle-ci. Des termes tels que « échec technique » ou « survie technique » doivent être évités en raison de leur manque de précision, de la variabilité de leurs définitions et de leurs connotations négatives.

Le terme historique « échec de la technique » présente d'importantes lacunes qui ont conduit les patients, les soignants et les prestataires à demander son abandon au profit de descripteurs plus clairs et plus objectifs. L'échec de la technique a été défini de différentes manières et a parfois simplement désigné les transferts vers l'HD ou l'ensemble des transferts vers l'HD et des décès, avec ou sans transplantation rénale [13]. La combinaison des résultats pose problème, et il semble logique de rendre compte du risque de passage à l'HD séparément du risque de décès ou de recevoir une greffe rénale, car il s'agit de résultats distincts ; en effet, les programmes cherchent à maximiser certaines formes de perte liées à la DP (par exemple, la greffe rénale) tout en s'efforçant d'en minimiser d'autres (par exemple, le décès ou le transfert en HD). De plus, les causes de chacun de ces résultats, ainsi que les facteurs qui les prédisent, diffèrent probablement, tout comme le degré de leur modifiabilité.

Comme indiqué ci-dessus, un récent atelier de consensus SONG-PD a été organisé afin d'établir un indicateur de survie lié aux techniques de base de la DP, et le groupe a souligné la volonté de prendre en compte les aspects importants de ce résultat, d'adopter une nomenclature neutre et de garantir la faisabilité et l'applicabilité dans les contextes cliniques et de recherche [16]. Il régnait un sentiment général selon lequel l'expression « échec de la technique » avait une connotation négative et l'opinion qu'elle sous-entendait qu'un patient avait échoué ou n'avait pas répondu aux attentes, alors que dans certains cas, un transfert en HD pouvait être considéré comme un

résultat positif (par exemple en cas de dialyse insuffisante sous dialyse péritonéale). Le rapport de l'atelier SONG-PD a suggéré de se concentrer sur les passages à l'HD comme critère de résultat principal, mais n'a pas fourni de recommandations explicites sur la manière de le mesurer.

Les transferts vers l'HD ont été associés à une morbidité, une mortalité et des coûts plus élevés, ainsi qu'à une moins bonne qualité de vie des patients [17-22]. Il existe également des données indiquant que le risque de transfert vers l'HD varie d'un pays à l'autre et d'un programme à l'autre au sein d'un même pays [12]. Il est probable que la cause à l'origine du passage à l'HD soit responsable de la morbidité et de la mortalité plus élevées (par exemple, une péritonite) dans la plupart des cas, plutôt que le passage lui-même. Cependant, cela représente une période à haut risque dans le parcours d'un patient sous dialyse péritonéale et confirme l'idée qu'il est important de prendre des mesures pour mieux comprendre et minimiser ce risque après un passage à l'HD. Les transferts en HD sont fréquents, jusqu'à 32 % des patients étant concernés dans les deux ans suivant le début de la dialyse péritonéale (DP) [11]. Ces transferts peuvent résulter d'affections, telles que la péritonite, qui nécessitent un transfert temporaire en HD, mais les patients peuvent choisir de reprendre le traitement par DP une fois l'infection guérie, si cela est possible. Cela a suscité un débat quant à la durée pendant laquelle un patient doit rester sous hémodialyse avant qu'il ne soit plus susceptible de retourner en DP. Il a été démontré que la probabilité d'un transfert définitif en HD diminue, et que la durée médiane sous DP augmente, à mesure que la période d'observation requise pour qu'un transfert soit considéré comme définitif s'allonge [11,14]. De plus, la probabilité de revenir à la DP diminue à mesure que les patients restent plus longtemps en HD, et il existe des situations où des contraintes de ressources ou des problèmes logistiques prolongent la durée de l'HD, indépendamment de la cause du transfert [11,14].

La question de la définition de la durée pendant laquelle un patient doit rester sous HD pour que le transfert soit considéré comme définitif est également compliquée par le fait que les patients peuvent être confrontés à des événements mettant fin au suivi alors qu'ils sont en cours d'observation en vue d'un retour à la DP. Plusieurs de ces événements sont des événements concurrents (décès, transplantation et rétablissement de la fonction rénale) qui rendent très improbable, voire impossible, qu'un patient ait pu faire l'objet d'un transfert définitif vers l'HD à condition qu'on ait pu poursuivre son suivi) sont des événements de censure, après lesquels un transfert vers l'HD restait encore possible. La manière dont on traite les patients chez qui surviennent des événements pendant la période d'observation peut modifier l'estimation du risque de transfert vers l'HD de 4 % après deux ans de suivi [11].

Le groupe de travail a longuement débattu de cette question et, en fin de compte, la majorité (par 11 voix contre 6) a estimé que tous les transferts vers l'hémodialyse devaient être signalés à des fins de mesure des performances et d'amélioration de la qualité, car ils ont un impact sur les patients, les soignants, les prestataires et le système de santé. Ils perturbent et affectent la qualité de vie des patients, entraînent des interventions d'accès, sont associés à une morbidité et une mortalité accrue, et se traduisent par une période de traitement par HD généralement plus coûteuse pour le système de santé. Dans les situations où les patients transfèrent de la DP à une combinaison ou à un traitement hybride associant DP et HD, cela doit être considéré comme un transfert vers l'HD par souci de cohérence. Du point de vue de la collecte de données, la majorité des programmes enregistrent les résultats dans une base de données sous une forme ou une autre, et le fait de consigner tous les transferts vers l'HD représente moins de travail supplémentaire que d'identifier tous les transferts, de surveiller leur durée et de ne les comptabiliser comme transferts que s'ils respectent une durée minimale sous HD sans qu'aucun autre événement concurrent ne

surviennent. Il convient de noter qu'un consensus général s'est dégagé sur la nécessité d'éviter l'expression « passage définitif à l'HD », car on ignore, dans de nombreux cas, si un passage sera réellement définitif ou non.

Certains membres du groupe de travail ont estimé que seuls les transferts d'une certaine durée devaient être signalés (par exemple, un séjour en soins intensifs de 30 jours ou plus), bien qu'il y ait eu là encore un désaccord quant à la durée requise.

Recommandation-clé n° 2

Le début de la DP doit être défini comme la date du premier échange effectué dans l'intention de poursuivre un traitement par DP à long terme. Il s'agit du premier jour de formation ou du premier échange chez un patient qui commence la DP en urgence, avant d'avoir suivi une formation.

Le groupe de travail a estimé qu'il était important de disposer d'une définition cohérente du début du traitement par DP, alignée sur les recommandations antérieures de l'ISPD [23]. Le début du traitement par DP est défini comme « le jour où le premier échange de DP est effectué dans l'intention de poursuivre un traitement par DP à long terme à partir de ce jour (c'est-à-dire le premier jour de formation à la DP ou le premier traitement par DP à l'hôpital ou à domicile dans l'intention de poursuivre la DP à long terme, selon la première éventualité) ». Cette date marque la fin de la période « pré-DP » et le début du suivi pour les transferts en HD et les autres causes de perte de traitement. Il convient de noter que cette cohorte comprend les patients nouvellement pris en charge en DP, les patients ayant subi un échec de transplantation et qui commencent une DP, ainsi que les personnes passant de l'HD à la DP (Figure 1).

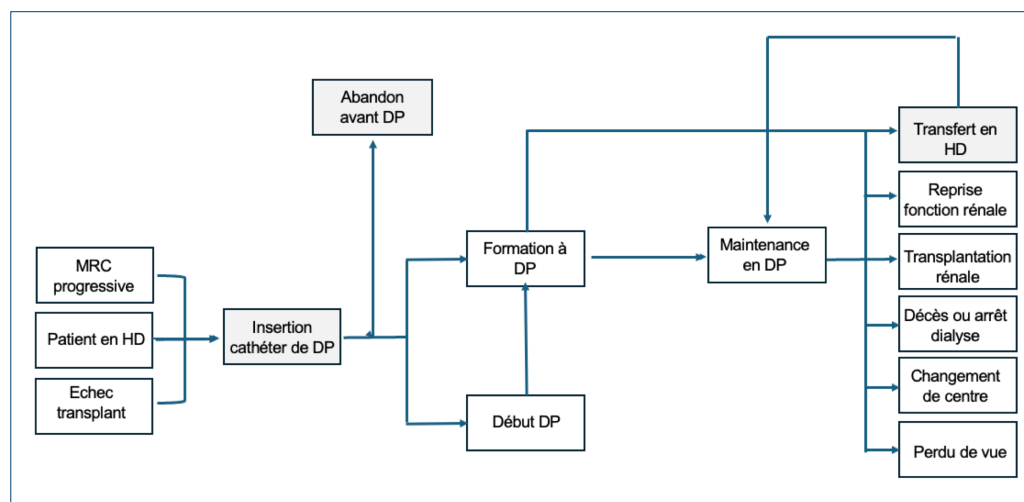


Figure 1. Trajectoires possibles des patients nouvellement pris en charge en dialyse péritonéale (DP). Les patients nouvellement pris en charge en DP peuvent provenir de plusieurs parcours : les personnes atteintes d'une maladie rénale chronique (MRC) évolutive et en phase pré-dialytique ; les patients sous hémodialyse (HD) qui transfèrent de l'HD à la DP ; et ceux dont la greffe a échoué et qui transfèrent à la DP. Une fois le cathéter de DP mis en place, certains patients entameront la DP, tandis que d'autres ne le feront pas pour des raisons médicales ou sociales, ou en cas de décès. Les patients peuvent suivre une formation à la DP ou commencer la DP en urgence, puis suivre cette formation s'ils poursuivent le traitement par DP. Une fois la formation terminée, les patients entament la DP « d'entretien » et font l'objet d'un suivi pour détecter l'apparition des événements suivants : transfert vers l'hémodialyse (HD), rétablissement de la fonction rénale, greffe rénale, transfert hors du centre, perte de suivi ou décès. Il convient de noter que certains patients transférés vers l'HD reviennent à la DP après un certain temps.

Recommandation-clé n° 3

Les programmes de DP doivent suivre et rendre compte des indicateurs de performance-clés suivants :

- **Le pourcentage de patients chez lesquels un cathéter de DP a été posé, mais qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant l'intervention.**
- **Le pourcentage de patients commençant une DP qui font l'objet d'un transfert vers l'HD 6, 12 et 24 mois après le début du traitement (incidence cumulée).**
- **À titre d'alternative, les programmes peuvent choisir de rendre compte du taux de passage à l'HD exprimé en nombre d'événements par patient-année.**

Le suivi des patients débutera dès la pose du cathéter de DP. Pour déterminer le devenir final de chaque cathéter posé, il faudrait suivre les patients sur une longue durée, ce qui rend difficile la communication en temps opportun des indicateurs de performance. La justification du choix d'un suivi d'un an est exposée dans la recommandation complémentaire n° 2. La question des cathéters de DP enfouis a également été abordée, car ceux-ci sont souvent posés plus tôt que les cathéters traditionnels non enfouis. Dans les séries publiées, la durée médiane d'enfouissement du cathéter avant son extériorisation variait de 3 à 9 mois, et le délai optimal d'extériorisation semblait se situer entre 6 semaines et 5 mois pour minimiser les complications mécaniques et la perte du cathéter [24-27].

Il n'existe pas de critère universellement admis pour évaluer les performances des programmes en matière de transferts vers l'HD, et un désaccord est apparu entre les membres du groupe d'experts et les co-présidents quant à l'approche idéale. Si un consensus général s'est dégagé sur l'importance de rendre compte du pourcentage de personnes chez lesquelles un cathéter de DP a été posé mais qui ne commencent pas la DP dans l'année, la manière de mesurer et de rendre compte des transferts vers l'HD a suscité davantage de controverses.

Les deux principales méthodes suggérées consistaient soit à rendre compte du taux de passage à l'HD dans une population prévalente, à l'instar de l'approche utilisée pour la péritonite, soit à rendre compte de l'incidence cumulée des passages à l'HD dans une population incidente, ce qui correspond à la proportion de patients présentant cet événement après une durée de suivi donnée. Finalement, la décision a été soumise au vote, et les membres se sont prononcés à 11 voix contre 6 en faveur de l'utilisation de l'incidence cumulée des transferts en HD comme principal indicateur de performance. Certains membres du groupe de travail estimaient que les taux n'étaient pas appropriés, d'autres considéraient que les deux approches avaient leur place, et d'autres encore estimaient qu'il fallait privilégier les taux.

Cette recommandation est conforme à la manière dont le United States Renal Data Systems (USRDS) rend compte des transferts vers l'HD. Dans son rapport annuel de données de 2022, l'USRDS a rendu compte de l'incidence cumulée des transferts des modalités de dialyse à domicile (DP et HD à domicile) à l'HD en centre chez les personnes ayant commencé une dialyse à domicile au cours de la période considérée, en traitant le décès et la transplantation comme des événements concurrents [28]. Les patients ont été suivis depuis la date de début de la dialyse à domicile jusqu'à la première des dates suivantes : transfert vers l'HD en centre, décès, transplantation rénale, changement de modalité de dialyse à domicile, passage à l'HD en maison de retraite, rétablissement de la fonction rénale, perte de suivi, deux ans ou fin de la période considérée. Il convient de noter qu'un transfert vers l'HD était défini par le recours à l'HD en centre pendant au moins 60 jours. L'incidence cumulée des transferts vers l'HD entre le début du trai-

tement par DP et 24 mois a été présentée. Les résultats des deux premières années de traitement ont été représentés graphiquement par tranches de trois mois, permettant au lecteur de visualiser la proportion de patients sous DP, sous HD en centre, sous HD à domicile, en vie avec une greffe fonctionnelle, décédés ou perdus de vue pour d'autres causes.

Le groupe de travail a recommandé une approche similaire, mais a estimé que tous les passages à l'HD devaient être recensés et rapportés, quelle que soit leur durée. Les personnes commençant une DP doivent faire l'objet d'un suivi jusqu'à la survenue du premier des événements suivants : passage à l'HD (de tout type), rétablissement de la fonction rénale, transplantation, décès, sortie du programme, perte de suivi, deux ans de suivi ou fin de la période d'étude considérée. Le pourcentage de patients ayant fait l'objet d'un transfert vers l'HD à des moments prédéfinis (6, 12 et 24 mois) doit être calculé et présenté sous forme de tableau. Dans les programmes disposant d'un soutien analytique ou statistique, les résultats peuvent être présentés à l'aide de courbes d'incidence cumulée qui représentent la proportion de patients ayant fait l'objet d'un transfert vers l'HD depuis le début de la DP jusqu'à 24 mois de suivi.

L'autre indicateur, qui consiste à rendre compte du taux de transfert en HD, est similaire à l'approche recommandée pour la notification des taux de péritonite [23]. Il doit être mesuré en divisant le nombre de transfert en HD par le nombre d'années-patients à risque (c'est-à-dire le nombre d'années sous DP à compter de la date de début du traitement), et exprimé en nombre d'épisodes par année-patient. Le nombre d'années-patients à risque et le nombre d'événements doivent être comptabilisés de manière exhaustive, en incluant les situations telles que les épisodes d'hospitalisation pendant lesquels les patients ne peuvent pas effectuer eux-mêmes leur DP. Dans les cas où la DP est réessayée sans succès et où l'HD est reprise, cela ne doit pas être comptabilisé comme un événement distinct si ce deuxième transfert en HD est dû à la cause non résolue du passage initial. Dans le cas contraire, les transferts ultérieurs en HD après une reprise de la DP doivent être considérés comme des événements distincts, et ils doivent tous être pris en compte dans le calcul du taux de transfert en HD.

Le groupe de travail avait initialement prévu de présenter un bref résumé des principales questions soulevées au cours du débat concernant le critère de résultat principal à proposer, mais il n'a pas été en mesure de rédiger un texte rendant compte de la discussion d'une manière acceptable pour les membres. Ce sujet fera probablement l'objet de travaux futurs et mérite d'être approfondi par de nouvelles discussions et débats.

Recommandation-clé n° 4

Les programmes de DP devraient suivre et rendre compte chaque année des éléments suivants afin de mieux comprendre les facteurs déterminants des indicateurs de performance-clés et de cibler les efforts d'amélioration de la qualité :

- Les causes les plus courantes de transfert en HD au cours des 6 premiers mois, entre le 6e et le 12e mois de traitement, et après le cap des 12 mois doivent être rapportées.
- Le pourcentage de patients qui commencent une DP et décèdent ou arrêtent le traitement au bout de 6, 12 et 24 mois (incidence cumulée).
- Le pourcentage de patients qui commencent une DP puis subissent une transplantation rénale à 6, 12 et 24 mois (incidence cumulée).
- À titre alternatif, les programmes peuvent choisir de communiquer les taux de décès, d'arrêt du traitement et de transplantation rénale.

Chez les patients qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant la pose du cathéter de DP, il est utile de comprendre les causes, qui peuvent inclure : le rétablissement de la fonction rénale, une transplantation, le décès ou l'arrêt du traitement par dialyse, la perte de suivi, le transfert vers un autre programme de dialyse, le début d'une HD, la décision d'opter pour des soins conservateurs, ou l'absence d'évolution vers une insuffisance rénale nécessitant le début d'un traitement par dialyse (*Tableau I*).

Tableau I. Cadre proposé pour consigner les raisons de la non-mise en place de la DP dans l'année suivant la pose du cathéter de DP.

Raison de la non-mise en place de la DP dans l'année suivant la pose du cathéter de DP
Rétablissement de la fonction rénale
Transplantation rénale
Décès
Perte de suivi
Transfert vers un autre programme de dialyse
Mise en place de l'HD
Décision d'opter pour un traitement conservateur
Absence d'évolution vers une insuffisance rénale nécessitant une dialyse

DP : dialyse péritonéale. HD : hémodialyse

Comme indiqué précédemment, il est important de comprendre les causes du transfert en HD et de déterminer si celles-ci sont potentiellement modifiables afin de faciliter les démarches d'amélioration de la qualité. Le groupe de travail recommande de rendre compte séparément des causes de transfert vers l'HD survenant au cours des 6 premiers mois de traitement, entre le 6e et le 12e mois, et après 12 mois, étant donné que les raisons de ce transfert varient au fil du temps. Les programmes peuvent également choisir de cibler en priorité les causes de transfert précoce vers l'HD, car celles-ci ont probablement l'impact le plus négatif du point de vue des patients, des soignants et du système de santé.

Les pertes de patients traités par DP sont courantes et surviennent pour des raisons souhaitables (par exemple, une transplantation ou le choix du patient) et pour des raisons indésirables (par exemple, le décès du patient). Comprendre la fréquence de ces événements concurrents est utile pour interpréter le risque de transfert vers l'HD à un moment donné, le comparer à d'autres programmes ou pays, ou encore évaluer son évolution au fil du temps. De plus, cela met en évidence la perte totale de patients d'un programme de DP au fil du temps et le taux d'incidence élevé nécessaire pour maintenir les populations sous dialyse à domicile ou les faire croître face à cette perte.

Dans les programmes bénéficiant d'un soutien analytique ou statistique, les résultats peuvent être présentés à l'aide de courbes d'incidence cumulée, à l'instar des transferts vers l'HD. Il est également possible de calculer et de présenter dans un tableau le pourcentage de patients décédés ou ayant bénéficié d'une transplantation à 6, 12 et 24 mois.

La même approche que celle utilisée pour calculer les taux de transfert vers l'HD doit être employée pour calculer les taux de décès et de transplantation, si cette mesure est choisie.

Recommandation-clé n° 5

Les registres nationaux, régionaux et organisationnels sont encouragés à rendre compte des paramètres suivants :

- Indicateurs de performance essentiels pour les programmes de DP chez l'adulte et l'enfant, aux niveaux du programme, de l'organisme, de la région et du pays.
- Incidence cumulée des résultats suivants, depuis le début de la DP jusqu'à 24 mois de suivi :
 - Récupération de la fonction rénale
 - Transplantation rénale
 - Décès ou arrêt de la dialyse
- À titre alternatif, les registres peuvent choisir de rendre compte des taux de décès ou d'arrêt du traitement, ainsi que des transplantations rénales, exprimés en nombre d'événements par patient-année.

Les registres nationaux s'appuient généralement sur des analystes de données ou des statisticiens et devraient, dans l'idéal, rendre compte des indicateurs de performance recommandés pour chaque programme, chaque région et l'ensemble du pays. Il est recommandé d'utiliser des courbes d'incidence cumulée et/ou des tableaux présentant le risque de transfert en HD, de transplantation et de décès au cours des deux premières années de traitement [28].

Recommandation-clé n° 6

À des fins de recherche, il est recommandé aux chercheurs :

- de rendre compte des indicateurs de performance essentiels, tels que décrits ci-dessus
- de rendre compte de l'incidence cumulée des résultats suivants dès le début du traitement par DP :

- Transfert en HD
- Transplantation rénale
- Décès ou arrêt de la dialyse

• Déclarer les causes de transfert en HD, conformément au cadre présenté dans le présent document.

- Bien que tous les transferts vers l'HD doivent être recensés à des fins d'amélioration de la qualité et de recherche, quelle que soit leur durée, il peut arriver que les chercheurs souhaitent signaler les transferts vers l'HD qui sont plus susceptibles d'être des transferts à long terme. Dans ces circonstances, nous recommandons d'utiliser une période de 90 jours sans retour à un traitement par DP pour définir un transfert à long terme.

- Afin d'assurer la cohérence des déclarations, tout patient transféré vers l'HD, mais chez qui survient un autre événement au cours de la période d'observation de 90 jours mettant fin au suivi (par exemple, décès, transplantation, rétablissement de la fonction rénale, sortie du programme ou perte de suivi), ne doit pas être considéré comme un transfert vers l'HD. L'événement intervenant doit être considéré comme l'issue mettant fin au suivi.

Les recommandations du groupe de travail concernant les rapports dans le cadre de la recherche correspondaient largement à celles formulées à des fins d'amélioration de la qualité ou de déclaration dans les registres. Il a toutefois été reconnu qu'il pourrait exister des situations où les chercheurs souhaiteraient rendre compte de la fréquence des transferts vers l'HD d'une certaine durée (probablement des transferts vers l'HD à long terme). La durée d'observation idéale pour un retour à la DP n'est pas connue et constituera toujours un compromis : des durées plus courtes entraînent des taux d'événements plus élevés et une plus grande probabilité qu'un individu revienne à la DP, mais nécessitent moins de temps pour être enregistrées. Avec des durées d'observation plus longues, les taux d'événements seront plus faibles et les individus seront moins susceptibles de revenir à la DP, mais leur observation nécessitera plus de temps. Une durée d'observation de 90 jours pour le retour à la DP a été jugée comme un compromis raisonnable.

L'une des subtilités de ce type d'analyse réside dans le fait que les patients sont suivis pour détecter une reprise de la dialyse périodique pendant une certaine période après un transfert en HD. Si, au cours de cette période d'observation, ils subissent un autre événement mettant fin au suivi (par exemple, décès, transplantation, rétablissement de la fonction rénale, sortie du programme ou perte de suivi), il n'est pas évident de déterminer s'ils doivent être comptabilisés comme un transfert en HD ou non. Des travaux antérieurs ont montré que le risque de passage à l'HD variait jusqu'à 4 % à deux ans, selon que les personnes ayant connu des événements pendant la période d'observation étaient prises en compte ou non [11]. Afin d'éviter toute ambiguïté et d'assurer la cohérence des rapports, le groupe de travail a recommandé que les personnes ayant connu un tel événement pendant la période d'observation ne soient pas considérées comme ayant effectué un passage à l'HD. Dans certains cas, il serait impossible de savoir s'ils seraient revenus à la DP s'ils avaient continué à faire l'objet d'un suivi.

Recommandation complémentaire 1

Tous les patients subissant la pose d'un cathéter de DP doivent être identifiés et la date de l'intervention consignée.

Le groupe de travail a convenu que toutes les personnes subissant la pose d'un cathéter de DP dans le but de commencer un traitement par DP devraient être identifiées et que la date de l'intervention devrait être consignée. Cette cohorte ne devrait pas inclure les personnes chez lesquelles un cathéter de DP a été posé pour le drainage d'ascite ou la prise en charge d'une insuffisance cardiaque en l'absence d'insuffisance rénale, ou pour des raisons autres que le début d'une dialyse. Cela permettra de garantir l'identification d'une cohorte cohérente de patients dans tous les programmes et d'assurer que toutes les causes de perte de suivi de la DP soient recensées et quantifiées.

Historiquement, les études de résultats ont suivi les patients pour évaluer le risque d'événements dès le début de la DP. Cependant, certains patients qui ont l'intention d'être traités par DP ne commencent jamais le traitement et ne sont donc pas pris en compte lors de l'évaluation des pertes liées à la DP. Ce groupe comprend des personnes qui subissent une intervention inutile et ne reçoivent jamais le traitement de dialyse prévu. Une étude populationnelle menée en Ontario, au Canada, a suggéré que jusqu'à 17 % des patients ayant subi la pose d'un cathéter de DP n'ont pas été traités par DP pendant la période d'étude [29]. Parmi les raisons figuraient le décès, la transplantation, l'absence d'évolution vers une insuffisance rénale nécessitant une dialyse et le recours à l'HD. Une autre étude de cohorte canadienne a estimé que 13 % des patients ayant choisi la DP et ayant un cathéter de DP n'ont jamais été traités en DP à domicile [30].

Le terme « pré-DP » est utilisé pour désigner la période comprise entre la pose du cathéter de DP et le début du traitement par DP.

Recommandation complémentaire 2

La proportion de patients qui ne commencent pas la DP dans l'année suivant la pose du cathéter doit être recensée et la cause pour laquelle ils n'ont pas débuté la DP doit être documentée.

Le délai entre la pose d'un cathéter de DP et le début du traitement par DP est très variable. Dans certains cas, comme lors d'une mise en place urgente de la DP, le cathéter est utilisé immédiatement. Dans d'autres cas, des cathéters enfouis sont posés et peuvent ne pas être utilisés pendant des mois, voire des années. Le délai médian avant utilisation varie probablement en fonction de plusieurs facteurs, notamment la méthode de mise en place, le fait que le cathéter soit enfoui ou non, et le fait qu'il soit posé chez des patients en pré-dialyse ou chez des personnes prévoyant de

passer à la DP [27,29,31-33]. Pour déterminer le devenir final de chaque cathéter mis en place, il faudrait suivre les patients sur une longue durée, ce qui rend difficile la communication en temps opportun des indicateurs de performance. Compte tenu que le délai médian entre la mise en place et le début du traitement par DP varie entre 29 jours et 5 mois dans la littérature et que la limite supérieure de l'intervalle interquartile peut avoisiner les 292 jours, on a supposé que la plupart des patients devant commencer un traitement par DP le feraient dans l'année suivant la mise en place [27,29,31-33].

Dans certains cas, les patients connaîtront des événements tels qu'une récupération de la fonction rénale, une greffe rénale, un décès, une perte de suivi, un transfert vers un autre programme de dialyse, le début d'une HD ou la décision d'opter pour une prise en charge rénale en traitement conservateur après la pose du cathéter, ce qui signifie qu'ils ne poursuivront plus le traitement par DP. De tels événements devraient être qualifiés de « perte pré-DP », et les raisons de cette perte devraient idéalement être rapportées. Cet indicateur permet d'évaluer la proportion de patients chez lesquels un cathéter de DP a été posé, mais qui ont peu de chances de bénéficier d'une DP (*Tableau I*).

Dans d'autres cas, les patients resteront sous surveillance car ils n'ont pas encore atteint le stade d'insuffisance rénale nécessitant le début d'un traitement par dialyse. Ces patients seront classés dans la catégorie « ne nécessitant pas encore de dialyse (*Tableau I*) ».

Recommandation complémentaire n° 3

Tous les patients qui commencent une DP doivent faire l'objet d'un suivi concernant : le transfert en HD, le rétablissement de la fonction rénale, la transplantation rénale, l'arrêt de la dialyse (avec ou sans soins palliatifs) ou le décès, la perte de suivi et le transfert vers un autre programme de DP. Lorsqu'un événement survient, la date à laquelle il s'est produit doit être consignée. Les patients qui interrompent la DP pendant plus de 30 jours, pour toute autre raison, sans entamer un autre traitement de suppléance rénale, doivent être recensés soit comme ayant récupéré leur fonction rénale, soit comme ayant arrêté la dialyse, en fonction de l'issue attendue et de la cause de l'arrêt de la DP.

Les événements énumérés ci-dessus mettent fin au suivi et constituent des résultats d'intérêt. Les interruptions du traitement par DP pour toute autre raison, d'une durée supérieure à 30 jours, reflètent généralement une récupération de la fonction rénale ou l'intention d'arrêter le traitement par dialyse. Le groupe de travail a estimé qu'il était important d'indiquer clairement que les interruptions de 30 jours ou plus sont traitées de manière cohérente dans tous les programmes.

La question de la prise en compte des périodes pendant lesquelles la DP a été suspendue pour des durées plus courtes a fait l'objet d'une discussion. Toutefois, cela alourdirait la charge liée à la collecte des données sans avoir d'incidence sur le calcul des indicateurs de performance proposés. Pour les programmes souhaitant recenser les périodes pendant lesquelles la DP est suspendue (interruptions du traitement), une durée de 7 jours est recommandée, car elle est suffisante pour refléter une réponse à un événement indésirable cliniquement pertinent (par exemple, une fuite). Dans les situations où des prescriptions par paliers sont utilisées, les patients peuvent s'accorder plusieurs jours de repos au cours de la semaine, ce qui ne constituerait pas une interruption du traitement, mais plutôt une variante d'une prescription par paliers.

Recommandation complémentaire n° 4

Il est suggéré que les programmes consignent la cause la plus immédiate du transfert en HD (par exemple, une péritonite nécessitant le retrait du cathéter) ainsi que d'autres raisons contributives (par exemple, l'épuisement du patient ou de l'aidant). Un cadre suggéré pour les consigner à des fins d'amélioration de la qualité ou de recherche est fourni.

Il est important de comprendre les causes des transferts en HD ; celles-ci doivent être consignées et communiquées afin de faciliter les efforts d'analyse comparative et d'amélioration de la qualité. Comprendre les causes des transferts en HD et déterminer si elles sont modifiables ou non est essentiel pour interpréter les indicateurs locaux et favoriser les pratiques. Des classifications des causes des transferts en HD ont été élaborées dans le cadre de l'étude PDOPPS (Peritoneal Dialysis Outcomes and Practice Patterns Study) [2], du projet START (Starting Dialysis on Time, At Home on the Right Therapy) [10,11], et du Registre nord-américain des cathéters de dialyse péritonéale. Le groupe de travail a estimé que les causes devaient être regroupées par catégorie, et une liste suggérée de motifs de transfert en HD est incluse (*Tableau II*). Ces recommandations sont également conformes aux conclusions de l'atelier de consensus SONG-PD sur la survie technique. Il convient de noter que les motifs enregistrés au moment du transfert en HD peuvent différer de ceux relevés lors d'une analyse rétrospective des événements ; ils doivent donc être consignés au moment de l'événement, dans la mesure du possible.

Tableau II. Cadre proposé pour l'enregistrement de la cause d'un transfert vers l'HD.

Catégorie	Cause spécifique
Liées à une infection	Infection du site de sortie
	Infection du tunnel (+/- infection du site de sortie)
	Péritonite liée à la DP
Liée au cathéter	Dysfonctionnement du débit du cathéter
	Fuite péri-cathéter (au niveau du site de sortie)
	Douleur liée au cathéter de DP
	Liées au cathéter — autres : _____
Clairance des solutés	Clairance insuffisante, par exemple telle que définie par le Kt/V de l'urée ou la clairance de la créatinine
	Signes et symptômes d'urémie
Gestion volémique	Insuffisance d'ultrafiltration
	Surcharge volumique malgré une capacité d'ultrafiltration normale
	Gestion des volumes — autres : _____
Fuites et hernies	Œdème génital
	Fuite pleurale
	Fuite au niveau de la paroi abdominale
	Hernie
Psychosocial/médical	Choix du patient
	Charge de soins trop lourde pour l'aidant
	Évolution des capacités physiques nécessaires à la pratique de la danse de salon
	Évolution des capacités cognitives nécessaires à l'exécution de la danse DP
	Aspects psychosociaux/médicaux — autres : _____
Autre	Sclérose péritonéale encapsulante
	Autre : _____

Il est important de garder à l'esprit qu'une proportion significative des passages à l'HD a une cause immédiate, mais qu'elle est également liée à d'autres facteurs. Par exemple, un patient qui éprouve des difficultés à pratiquer la DP à domicile peut présenter un épisode de péritonite et choisir de passer à l'HD, plutôt que de réessayer la DP, car il estime ne pas pouvoir poursuivre ce traitement. Dans ce cas, la raison la plus immédiate du passage à l'HD serait la péritonite, mais la charge importante que représente la pratique de la DP pour ce patient serait un facteur contributif. Le groupe de travail a estimé qu'il était important d'identifier au minimum la cause la plus immédiate du passage à l'HD (la complication ayant conduit à ce changement). Toutefois, pour les programmes ayant la capacité de recenser plusieurs raisons potentielles du transfert, cette démarche est encouragée et peut contribuer à orienter les initiatives d'amélioration de la qualité visant à prolonger la durée de la DP.

Résumé et conclusions

La présente prise de position de l'ISPD a pour objectif d'uniformiser la déclaration des causes d'abandon du traitement par DP à des fins de mesure des performances, d'amélioration de la qualité et de recherche. L'élaboration d'un cadre commun et pragmatique pour aborder ce problème a été jugée comme une première étape nécessaire à la compréhension et à l'amélioration de la pratique. Des recherches et des débats supplémentaires contribueront à façonner les futures versions et à garantir que les recommandations atteignent l'objectif visé. Le groupe de travail accueille favorablement tous les commentaires.

Remerciements

Nous tenons à saluer la contribution de Teresa (Tess) Harris, qui était membre du groupe de travail, mais qui est malheureusement décédée le 1er mars 2024, avant l'achèvement de la prise de position.

Déclaration de conflits d'intérêts

Les auteurs ont déclaré les conflits d'intérêts potentiels suivants concernant la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article : Rob R. Quinn détient un brevet canadien pour le système DMAR (Dialysis Measurement Analysis & Reporting) et a perçu des honoraires de conférencier de la part de Baxter Healthcare/Vantive. Mark Lambie est co-chercheur dans le cadre d'une subvention de recherche sans restriction accordée par Baxter Healthcare, rédacteur en chef adjoint de la revue PDI, a siégé au sein de comités consultatifs médicaux pour Fresenius Medical Care et Vantive, et est chercheur national pour l'étude POSIBIL-6 de CSL Behring. David W Johnson a perçu des honoraires de consultant, des subventions de recherche, des honoraires de conférencier et des prises en charge de frais de déplacement de la part de Baxter Healthcare et de Fresenius Medical Care, des honoraires de consultant de la part d'AstraZeneca, de Bayer et d'AWAK, des honoraires de conférencier de la part d'ONO, de Boehringer Ingelheim et de Lilly, ainsi que des prises en charge de frais de déplacement de la part d'Ono et d'Amgen. Il est actuellement bénéficiaire d'une bourse de chercheur émérite du Conseil national australien de la santé et de la recherche médicale (NHMRC). Rajnish Mehrotra est actuellement rédacteur en chef du Journal of the American Society of Nephrology, rédacteur en chef principal du portefeuille de revues de l'ASN et président de la Société internationale de dialyse péritonéale. Simon J Davies a perçu des honoraires de la part de Baxter Healthcare et de Fresenius Medical Care et fait partie du comité de pilotage de l'essai Behring CSL300_2301 POSIBIL_ESKD. Angela Y-M Wang a perçu des honoraires de conférencière de la part d'AstraZeneca, de Fresenius Kabi et de Bayer

AG. Elle a siégé au comité consultatif de Fresenius Kabi. Elle est membre du comité de pilotage d'un essai clinique mondial de phase III parrainé par CSL Behring. Elle a reçu une subvention de recherche de la Société internationale de dialyse péritonéale. Annie-Claire Nadeau-Fredette est titulaire d'une bourse du Fonds de recherche du Québec – Santé et a reçu une rémunération pour une formation médicale continue (FMC) de la part de Baxter. Jeffrey Perl fait partie du bureau des conférenciers de Baxter Healthcare et de Fresenius Medical Care ; il a perçu des honoraires de conférencier de la part d'ARA, d'US Renal Care et de Davita Healthcare, et a exercé en tant que consultant pour Bayer, Baxter Healthcare, GSK, Otsuka, AstraZeneca, Amgen et Outset Medical ; il détient également des actions et des options sur actions chez iREN Medical. Il a bénéficié d'une aide salariale de la part d'Arbor Research Collaborative for Health, de l'International Society for Peritoneal Dialysis et de l'American Society of Nephrology. Il occupe le poste de rédacteur en chef de Peritoneal Dialysis International et n'a joué aucun rôle dans le traitement éditorial du présent manuscrit. Ali K. Abu-Alfa a exercé des activités de conseil et/ou perçu des honoraires de la part de Baxter Healthcare/Vantive et de Fresenius Medical Care. Olof Heimbürger a participé à des essais cliniques parrainés par : AstraZeneca, Bayer, CSL Vifor, Hansa Biopharma, Iperboreal Pharma, Novartis, Travere Therapeutics, Triomed AB, Vertex Pharmaceuticals ; il a perçu des honoraires de conférencier de la part d'Ewimed, de Baxter Healthcare, de Fresenius Medical Care, d'AstraZeneca, de Vantive, de Vifor et de Bayer pour des présentations lors de formations organisées par ces sociétés ; il a participé à des comités de conférenciers pour : AstraZeneca. Il siège également au comité de rédaction de Peritoneal Dialysis International et est membre de l'ISPD, de l'ERA et de la Svensk Njurmedicinsk Förening. Annabel Boyer a perçu des honoraires de conférencière de la part de Vantive et Fresenius. Arpana Iyengar n'a aucune déclaration à faire. Danielle E Fox n'a aucune déclaration à faire. Thyago Proença de Moraes a perçu des honoraires de conférencier (1) et des honoraires de consultant (2) de la part de : Vantive (1 et 2) ; AstraZeneca (1 et 2) ; Lilly (1 et 2) ; Boehringer (1 et 2) ; Novo Nordisk (1 et 2) ; CSL Vifor (1) ; Merck (1) ; Servier (1) ; Bayer (1) ; Pfizer (2). Mignon McCulloch, Patricia Gooden et Nancy Verdin n'ont aucune déclaration à faire.

Contributions des auteurs

RRQ et ML étaient respectivement l'auteur principal et l'auteur senior, et ont été chargés de la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont relu et révisé le manuscrit et ont approuvé la version finale de celui-ci.

Financement

Les auteurs n'ont reçu aucun soutien financier pour la recherche, la rédaction et/ou la publication de cet article.

Identifiants ORCID

Rob R Quinn <https://orcid.org/0000-0001-5672-9368>
David W Johnson <https://orcid.org/0000-0001-5491-3460>
Rajnish Mehrotra <https://orcid.org/0000-0003-2833-067X>
Simon J Davies <https://orcid.org/0000-0001-5127-4755>
Angela Yee-Moon Wang <https://orcid.org/0000-0003-2508-7117>
Annie-Claire Nadeau-Fredette <https://orcid.org/0000-0002-7755-1404>
Ali K Abu-Alfa <https://orcid.org/0000-0001-8122-0221>
Olof Heimbürger <https://orcid.org/0000-0003-0901-4145>
Arpana Iyengar <https://orcid.org/0000-0001-7008-0788>

Danielle Eleri Fox <https://orcid.org/0000-0001-5343-4951>
 Mignon McCulloch <https://orcid.org/0000-0003-2876-4785>
 Mark Lambie <https://orcid.org/0000-0002-6285-5368>

Références

1. Quinn RR, Hux JE, Oliver MJ, et al. Selection bias explains apparent differential mortality between dialysis modalities. *J Am Soc Nephrol* 2011; 22: 1534–1542. Crossref. PubMed. Web of Science.
2. Wong B, Ravani P, Oliver MJ, et al. Comparison of patient survival between hemodialysis and peritoneal dialysis among patients eligible for both modalities. *Am J Kidney Dis* 2018; 71: 344–351. Crossref. PubMed. Web of Science.
3. Klarenbach SW, Tonelli M, Chui B, et al. Economic evaluation of dialysis therapies. *Nat Rev Nephrol* 2014; 10: 644–652. Crossref. PubMed. Web of Science.
4. Lee H, Manns B, Taub K, et al. Cost analysis of ongoing care of patients with end-stage renal disease: the impact of dialysis modality and dialysis access. *Am J Kidney Dis* 2002; 40: 611–622. Crossref. PubMed. Web of Science.
5. Wu AW, Fink NE, Marsh-Manzi JVR, et al. Changes in quality of life during hemodialysis and peritoneal dialysis treatment: generic and disease specific measures. *J Am Soc Nephrol* 2004; 15: 743–753. Crossref. PubMed. Web of Science.
6. Mehrotra R, Chiu YW, Kalantar-Zadeh K, et al. Similar outcomes with hemodialysis and peritoneal dialysis in patients with end-stage renal disease. *Arch Intern Med* 2011; 171: 110–118. Crossref. PubMed. Web of Science.
7. Hill H, Fotheringham J, Potts J, et al. The cost-effectiveness of initiating patients on home dialysis compared with in-centre haemodialysis. *Appl Health Econ Health Policy* 2025; 23: 919–929.. Epub ahead of print 2025. Crossref. PubMed. Web of Science.
8. Vanholder R, Bach D, Davies S, et al. Proactively boosting home dialysis adoption in Europe. *Nephrol Dial Transplant* 2025; 40: 419–422.. Epub ahead of print 9 September 2024. Crossref. PubMed.
9. Brown EA, Jha V, Abdou N, et al. Introducing the International Home Dialysis Consortium. *Kidney Int Rep* 2023; 8: 1277–1280. Crossref. PubMed. Web of Science.
10. Advancing American Kidney Health. Washington, USA, https://aspe.hhs.gov/sites/default/files/migrated_legacy_files/190001/advancingamericankidneyhealth.pdf (2021).
11. Clarke A, Ravani P, Oliver MJ, et al. Four steps to standardize reporting of peritoneal dialysis technique failure: a proposed approach. *Perit Dial Int* 2022; 42: 270–278. Crossref. PubMed. Web of Science.
12. Lambie M, Zhao J, McCullough K, et al. Variation in peritoneal dialysis time on therapy by country: results from the peritoneal dialysis outcomes and practice patterns study. *Clin J Am Soc Nephrol* 2022; 17: 861–871. Crossref. PubMed. Web of Science.
13. Elphick E, Holmes M, Tabinor M, et al. Outcome measures for technique survival reported in peritoneal dialysis: a systematic review. *Perit Dial Int* 2022; 42: 279–287. Crossref. PubMed. Web of Science.
14. Lan PG, Clayton PA, Johnson DW, et al. Duration of hemodialysis following peritoneal dialysis cessation in Australia and New Zealand: proposal for a standardized definition of technique failure. *Perit Dial Int* 2016; 36: 623–630. Crossref. PubMed. Web of Science.
15. Htay H, Cho Y, Pascoe EM, et al. Multicenter registry analysis of center characteristics associated with technique failure in patients on incident peritoneal dialysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2017; 12: 1090–1099. Crossref. PubMed. Web of Science.
16. Elphick EH, Manera KE, Viecelli AK, et al. Establishing a peritoneal dialysis technique survival core outcome measure: a standardised outcomes in nephrology-peritoneal dialysis consensus workshop report. *Perit Dial Int* 2025; 45: 153–161. Epub ahead of print 2024. Crossref. PubMed. Web of Science.
17. Dumaine CS, Fox DE, Ravani P, et al. Health related quality of life during dialysis modality transitions: a qualitative study. *BMC Nephrol* 2023; 24: 1–11. Crossref. PubMed. Web of Science.
18. Holvoet E, Verhaeghe S, Davies S, et al. Patients' experiences of transitioning between diffe-

- rent renal replacement therapy modalities: a qualitative study. *Perit Dial Int* 2020; 40: 548–555. Crossref. PubMed. Web of Science.
19. McGill RL, Weiner DE, Ruthazer R, et al. Transfers to hemodialysis among US patients initiating renal replacement therapy with peritoneal dialysis. *Am J Kidney Dis* 2019; 74: 620–628. Crossref. PubMed. Web of Science.
20. Boissinot L, Landru I, Cardineau E, et al. Is transition between peritoneal dialysis and hemodialysis really a gradual process? *Perit Dial Int* 2013; 33: 391–397. Crossref. PubMed. Web of Science.
21. Jaar BG, Plantinga LC, Crews DC, et al. Timing, causes, predictors and prognosis of switching from peritoneal dialysis to hemodialysis: a prospective study. *BMC Nephrol* 2009; 10: 1–12. Crossref. PubMed. Web of Science.
22. Nadeau-Fredette A-C, Sukul N, Lambie M, et al. Mortality trends after transfer from peritoneal dialysis to hemodialysis. *Kidney Int Rep* 2022; 7: 1062–1073. Epub ahead of print 2022. Crossref. PubMed. Web of Science.
23. Li PKT, Chow KM, Cho Y, et al. ISPD Peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Perit Dial Int* 2022; 42: 110–153. Crossref. PubMed. Web of Science.
24. Brown PA, McCormick BB, Knoll G, et al. Complications and catheter survival with prolonged embedding of peritoneal dialysis catheters. *Nephrol Dial Transplant* 2008; 23: 2299–2303. Crossref. PubMed. Web of Science.
25. Crabtree JH, Burchette RJ, Siddiqi RA. Embedded catheters: minimizing excessive embedment time and futile placement while maintaining procedure benefits. *Perit Dial Int* 2015; 35: 545–551. Crossref. PubMed. Web of Science.
26. Crabtree JH, Burchette RJ. Peritoneal dialysis catheter embedment: surgical considerations, expectations, and complications. *Am J Surg* 2013; 206: 464–471. Crossref. PubMed. Web of Science.
27. McCormick BB, Brown PA, Knoll G, et al. Use of the embedded peritoneal dialysis catheter: experience and results from a North American Center. *Kidney Int* 2006; 70: S38–S43. Crossref. PubMed. Web of Science.
28. United States Renal Data System. USRDS annual data report. National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases, 2022.
29. Perl J, Pierratos A, Kandasamy G, et al. Peritoneal dialysis catheter implantation by nephrologists is associated with higher rates of peritoneal dialysis utilization: a population-based study. *Nephrol Dial Transplant* 2015; 30: 301–309. Crossref. PubMed. Web of Science.
30. Oliver MJ, Garg AX, Blake PG, et al. Impact of contraindications, barriers to self-care and support on incident peritoneal dialysis utilization. *Nephrol Dial Transplant* 2010; 25: 2737–2744. Crossref. PubMed. Web of Science.
31. Qureshi MA, Maieran S, Crabtree JH, et al. The association of intra-abdominal adhesions with peritoneal dialysis catheter-related complications. *Clin J Am Soc Nephrol* 2024; 19: 472–482. Crossref. PubMed. Web of Science.
32. Khan WA, Oliver MJ, Crabtree JH, et al. Impact of prior abdominal procedures on peritoneal dialysis catheter outcomes: findings from the North American Peritoneal Dialysis Catheter Registry. *Am J Kidney Dis* 2024; 84: 195–204.e1. Crossref. PubMed. Web of Science.
33. Oliver MJ, Perl J, McQuillan R, et al. Quantifying the risk of insertion-related peritoneal dialysis catheter complications following laparoscopic placement: results from the North American PD Catheter Registry. *Perit Dial Int* 2020; 40: 185–192. Crossref. PubMed. Web of Science.