



# *Le Bulletin de la Dialyse à Domicile*

**DONNEES STATISTIQUES SYNTHETIQUES DU REGISTRE DE DIALYSE  
PERITONEALE DE LANGUE FRANCAISE ET HEMODIALYSE A DOMICILE  
(RDPLF) EN 2018**

**SYNTHETIC 2018 DATA REPORT OF THE FRENCH LANGUAGE PERITONEAL  
DIALYSIS AND HOME HEMODIALYSIS REGISTRY (RDPLF)**

Verger Christian<sup>1</sup>, Fabre Emmanuel<sup>1</sup>, Veniez Ghislaine<sup>1</sup>, Paderno Marie-Christine<sup>1</sup>

<sup>1</sup>RDPLF 30 rue Séré Depoin 95300 Pontoise (France)

## Résumé

Le RDPLF a été créé en 1986 et collecte les principales données de dialyse péritonéale des patients des centres français et de différents pays francophones. La base de données est structurée en plusieurs modules : un module principal obligatoire comprenant un suivi des comorbidités, assistance, infections, survie, transplantation, et des modules optionnels suivant des aspects plus spécifiques : infirmier, cathéter, anémie, nutrition, insuffisance cardiaque. De plus, depuis 2012 les patients traités à domicile en hémodialyse sont également suivis. Cet article présente une synthèse des principaux résultats dans le RDPLF et l'état des lieux en 2018. Il met en évidence des différences importantes dans les pratiques et les profils des patients entre pays francophones. L'hémodialyse quotidienne à bas débit de dialysat est prédominante dans les nouveaux centres et commence à apparaître parfois comme un mode de transition qui permette le maintien à domicile des patients qui ne peuvent continuer en dialyse péritonéale.

Mots clés : DPCA, DPA, Dialyse Péritonéale, Hémodialyse à Domicile, registre

### Abréviations :

DPCA : Dialyse Péritonéale Continue Ambulatoire  
DPA : Dialyse Péritonéale Automatisée sur machine  
DP : Dialyse Péritonéale  
HDD : Hémodialyse à Domicile  
FAV : Fistule artério veineuse

### Correspondance :

Dr Christian Verger  
RDPLF  
30 rue Séré Depoin  
95300 Pontoise, France

## Abstract

The RDPLF was created in 1986 and collects the main data of peritoneal dialysis of French patients and of various French-speaking countries. The database is structured in several modules: a compulsory core module including a follow-up of comorbidities, assistance, infections, survival, transplantation, and optional modules following more specific aspects: nursing, catheter, anemia, nutrition, heart failure. In addition, since 2012 patients treated at home in hemodialysis are also followed. This article presents a summary of the main characteristics of patients in the RDPLF in 2018. It highlights important differences in practices and patient profiles between francophone countries. Daily low dialysate flow rate hemodialysis is predominant in the new centers and sometimes begins to appear as a transitional mode that allows home maintenance for patients who cannot continue on peritoneal dialysis.

Keywords : CAPD, APD, Peritoneal dialysis, home dialysis registry

### Abbreviation :

DPCA : Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis  
DPA : Automated Peritoneal Dialysis  
DP : Peritoneal Dialysis  
HDD : Home Hemodialysis  
FAV : arterio venous fistula

## I – DIALYSE PERITONEALE

### Introduction

La base de données du Registre de Dialyse Péritonéale de Langue Française regroupe les données de patients traités par Dialyse Péritonéale à domicile depuis 1986, voire 1980 pour certains centres.

Le nombre total de patients inclus, tous pays francophones confondus, est de 40 000 au 31 décembre 2018 pour le module principal. Ce dernier est pratiquement exhaustif pour la France car contient un peu plus de patients que dans le registre REIN réputé exhaustif. Les différences de chiffres entre REIN et RDPLF sur le nombre de patients traités par DP s'expliquent probablement par un rythme de mise à jour des dossiers patients différent (annuel pour REIN, temps réel pour le RDPLF).

Les autres modules ont une exhaustivité variable mais demeurent représentatifs d'un grand nombre de patients comme en témoigne le tableau I.

Tableau I : Nombre de patients et bilans inclus dans le RDPLF depuis 1986

Modules	Centres inclus	Patients inclus
Survie et infection (module principal obligatoire)	238	40 000
Module infirmier	172	13 000
Nutrition et qualité dialyse	105	3450 (12 296 bilans effectués)
Cathéters	179	10 500 (11100 bilans effectués)
Anémie	110	2913 (13 900 bilans effectués)
Insuffisance cardiaque	52	277 (665 bilans effectués)

### Modalités de saisie et contrôle qualité

95 % des centres saisissent leurs données par le WEB, la majorité en temps réel sans excéder, sauf exception un délai supérieur à 1 mois entre deux mises à jour. Un contrôle qualité des données se fait à plusieurs niveaux :

- Contrôle automatique d'absence de donnée ou de vraisemblance par le logiciel
- Contrôle temps réel par la secrétaire à chaque saisie Web des centres
- Contrôle quotidien par une infirmière
- Contrôle mensuel par une seconde infirmière
- Chaque centre est rappelé par la secrétaire lors de la mise en évidence d'un oubli ou possible erreur lors du contrôle qualité. Un appel ultime est fait par un médecin si nécessaire.

### Participation des centres francophones au RDPLF

Historiquement les centres qui ont participé au RDPLF en DP ont été :

- Algérie : 3 centres
- Argentine : 1 centre
- Belgique : 18 centres
- Congo : 1 centre
- France : 182 centres
- Maroc : 5 centres
- Sénégal : 1 centre
- Suisse : 3 centres
- Tunisie : 7 centres
- Uruguay : 2 centres

Algérie, Argentine, Congo, Sénégal et Uruguay ont cessé leur participation au bout de 2 à 3 ans selon les cas, de telle sorte qu'en 2019 cinq pays francophones continuent de participer régulièrement depuis plus de 30 ans. Le nombre de centres et de patients suivis en 2019 est résumé dans le tableau II

Tableau II : centres actifs en 2018 et nombre de patients traités au 31/12/18

Pays	Centres	Patients
Belgique	20	237
France	179	2830
Maroc	5	128
Suisse	2	41
Tunisie	6	224

Tableau III : Profil des patients traités par Dialyse Péritonéale par région francophone du RDPLF

	France métro	DROM-COM	Belgique	Maroc	Tunisie
% hommes	60	50	63	49	54
Age±ET	67±17	59±15	61±19	43±17 + 26 % enfants	42±15
Charlson médian	6	6	6	3	2
Pourcentage diabète	30	46	36	9	14
% Syndrome Cardio Rénal (%)	5	0	7	0	0
% Autonomes	55	51	60	72	92
% Aidés par infirmière	38	40	12	28	0
% Aidés par famille	6	9	24	1	8
% Aide type non précisé	1	9	5	0	0
(%) Non transplantables	51	39	52	26	17
% Transplantation refusée	5	3	5	5	5
% Bilan non fait	6	14	7	36	26
% Bilan en cours	13	19	13	17	24
% Inscrits	25	25	23	15	28

### Profil des patients traités dans les pays Francophones qui participent au RDPLF.

Nous avons individualisé France métropolitaine et DROM-COM : sachant cependant que la Martinique et la Guadeloupe ne participent pas au RDPLF, et seuls les centres de La Réunion et de Nouvelle Calédonie et Tahiti sont regroupés dans la région DROM-COM. Les populations et conditions climatiques différentes justifient la distinction avec la France métropolitaine. Les moyennes d'âge, aussi bien que les comorbidités résumées par l'indice de Charlson (1), la présence ou non d'un diabète varient largement d'une région à l'autre expliquant les besoins d'assistance. L'intervention de la famille ou d'une infirmière dépend des possibilités de prise en charge financière, de la solidarité familiale ou de

la disponibilité des soignants. Au Maroc le pourcentage élevé de bilans non faits alors que la majorité des patients sont transplantables s'explique probablement par le fait que certains centres ne commencent le bilan que lorsqu'un donneur vivant est prévu.

### Présence de fistule artério veineuse

Les avis demeurent contradictoires sur l'utilité de réaliser une fistule artério-veineuse (FAV) chez les patients traités par Dialyse Péritonéale. Cela devrait faire au niveau du RDPLF, le sujet d'études ultérieures. Le but de cet article étant de faire l'état des lieux, nous avons regardé chez les patients en cours de traitement au 1er Janvier 2019 le pourcentage de ceux porteurs d'une FAV.

Belgique : 13 % des patients ont une FAV  
 France 8 % des patients ont une FAV  
 Maroc : 30 % des patients ont une FAV  
 Suisse : 6 % des patients ont une FAV  
 Tunisie : 10 % des patients ont une FAV

Nous avons refait le calcul en ne considérant que les patients inscrits sur une liste d'attente de transplantation :

En Belgique 2 % des patients inscrits avaient une FAV pré-existante à la DP

En France : 4 % avaient une FAV pré-existante à la DP et 1% réalisée en cours de DP

Au Maroc : 24 % avaient une FAV pré-existante à la DP et 10% réalisée en cours de DP

En Tunisie : 11 % avaient une FAV pré-existante à la DP

Rappelons que le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé en 2008 a estimé qu'il n'est pas recommandé

Tableau IV : Variation de la modalité de Dialyse Péritonéale par pays

	Traitement initial		Traitement à 90 jours		Dernier traitement connu	
	DPCA	DPA	DPCA	DPA	DPCA	DPA
Belgique	67%	33%	44%	55%	36%	64%
France	78%	22%	65%	35%	59%	41%
Maroc	66%	34%	60%	40%	50%	50%
Suisse	85%	15%	67%	33%	58%	42%
Tunisie	45%	55%	43%	56%	39%	61%

(accord fort), en cas de DP, de réaliser une fistule artéri-veineuse si le patient est en attente de greffe (2)

### Modalités de traitement au 31/12/18 par région francophone

Les modalités de traitement varient largement au cours du temps et d'un pays à l'autre (Tableau IV). A part la Tunisie, la majorité ont une proportion plus élevée de patients traités par DPCA en début de traitement avant de les transférer en DPA. Ainsi il apparait que la tendance qui consiste, dans les études, à considérer le traitement à 90 jours comme le traitement stable, est une approximation qui ignore encore 6% à 8 % des transferts de DPCA vers DPA.

Evolution des traitements en Belgique et France des pa-

tients incidents en 2016 :

Nous avons sélectionné également les nouveaux patients pris en DP en 2016 en les suivant jusqu'en 2019, en France et Belgique.

En Belgique : 46 % des patient qui débutent en DPCA sont transférés en DPA, 7 % seulement des patients qui débutent en DPA sont ensuite transférés en DPCA

En France : 24 % des patients qui débutent en DPCA sont transférés en DPA, 11 % de ceux qui débutent en DPA sont transférés en DPCA.

Parmi les patients dont le dernier traitement est la DPA 48 % des patients belges et 47 % des français ont été initialement pris en charge en DPCA.

### Infections Péritonéales

Les infections péritonéales en 2018 chez les patients présents dans l'année sont résumés dans le tableau V. Si

les taux d'infection sont relativement proches en France, DOM TOM et Belgique, ils apparaissent nettement plus faibles au Maroc et en Tunisie. Il est important de rappeler que lors des contrôles qualité réguliers de la base de données les centres qui ont un taux bas d'infection sont systématiquement rappelés pour demander confirmation que tous les épisodes infectieux sont déclarés. Par contre le pourcentage de péritonites au cours desquelles aucun germe n'est identifié est nettement plus élevé en DOM-TOM, Maroc et surtout Tunisie où aucun germe n'est identifié dans 43 % des cas. Rappelons que dans les recommandations internationales le pourcentage de péritonite sans germe ne doit pas dépasser 15 % (3). Si en France ce pourcentage est faible, il existe cependant des variations importantes d'un centre à l'autre comme cela a été démontré dans un article précédent de cette revue (3)

Tableau V : Fréquence des péritonites chez les patients prévalents en 2018 (mois entre deux épisodes).

Système	France métro	DOM-COM	Belgique	Maroc	Tunisie
Tous	36	24	25	36	59
DPCA	37	21	27	43	67
DPA	35	24	24	31	54
Culture négative	13,3%	21,7%	15,6%	29,6%	43%

### Durée de traitement

La figure 1 représente la durée de traitement de tous les patients inclus en France dans la base de données depuis 1978. Chaque point représente un patient, tous les patients sont inclus quelles que soient leurs comorbidités et la modalité d'arrêt. Cette courbe ne représente pas une probabilité de survie, mais seulement la durée maximale de traitement quelle que soit la cause d'arrêt. La modalité de sortie la plus fréquente chez les jeunes est la transplantation, chez les sujets âgés le décès. L'intérêt de cette figure est de mettre en évidence que chez

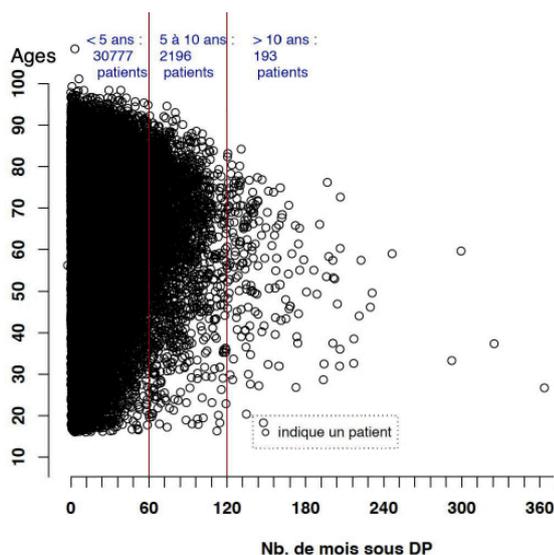


Fig. 1 : durée maximale de traitement, quelle que soit la cause d'arrêt, des patients depuis 1978

des patients relativement jeunes qui pour une raison ou une autre n'ont pu bénéficier d'une transplantation, il est possible d'être traité plus de 10 ans et parfois 20 ans avant d'obtenir éventuellement une transplantation qui s'était avérée impossible plus tôt.

Nous n'avons pas dans cette présentation générale calculé les survies actuarielles : celles-ci n'ont d'intérêt qu'après ajustement sur les facteurs de comorbidité et autres facteurs confondants ; une approche prenant en compte les risques compétitifs est plus juste et dans tous les cas cela mérite des études séparées n'entrant pas dans le cadre de cet article.

Il est intéressant par contre d'évaluer la médiane de durée de traitement quels que soient les causes d'arrêt et profils des patients, donc en incluant les transplantations : en France, chez les patients incidents depuis 2000, cette médiane est de 24,5 mois.

### Modalités d'arrêts de traitement en 2018

Nous avons sélectionné tous les patients dont le traitement a édéfinitivement cessé au cours de l'année 2018. Les résultats par pays sont résumés dans la figure 2

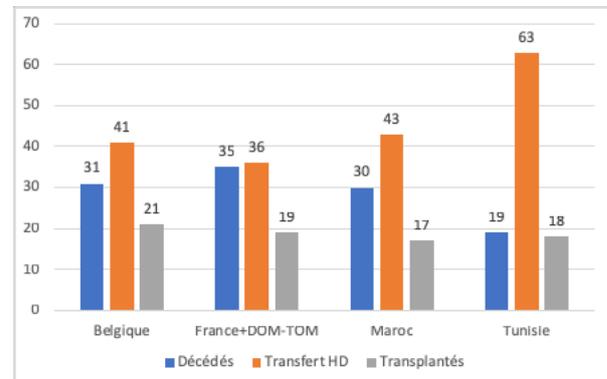


Fig.2 modalités d'arrêt de traitement en 2018

### Causes de décès au cours de l'année 2018

Les causes de décès sont résumées dans le tableau VI. Les causes dites « autres liées » sont des décès en DP attribués à la technique pour des raisons autres que celle répertoriées. A l'inverse les causes dites « non liées » sont des causes que le néphrologue n'attribue ni à la technique ni à celles répertoriées dans le logiciel. Les origines cardio-vasculaires semblent prédominantes en Belgique et en Tunisie alors que la péritonite domine largement au Maroc, malgré un taux de péritonite faible (voir plus haut).

Tableau VI : causes des décès survenus en 2018, exprimées en pourcentages des décès dans l'année 2018.

	Belgique	France et DROM-COM	Maroc	Tunisie
Péritonite	2	3	21	8
Malnutrition	0	3	7	0
Autres liées	0	4	7	0
Cancer	5	4	0	0
Insuffisance coronaire	28	16	14	38
Autres non liées	65	70	50	54

### Causes de transferts en hémodialyse au cours de l'année 2018

Les causes de transferts sont résumées dans le tableau VII. Les causes dites « autres liées » sont des transferts attribués à la technique pour des raisons autres que celles répertoriées. A l'inverse les causes dites « non liées » sont des causes que le néphrologue n'attribue ni à la technique ni à celles répertoriées dans le logiciel. Les péritonites semblent prédominantes en Belgique et au Maroc, malgré un taux de péritonite faible (voir plus haut).

Tableau VII : causes de transferts de DP en hémodialyse, exprimées en pourcentages des transferts en hémodialyse dans l'année 2018

	Belgique	France	Maroc	Tunisie
Péritonites	26	14	30	17
Complications cathéter	6	9	10	5
Sous dialyse	19	32	15	10
Malnutrition	6	1	0	0
Perte UF	0	10	10	36
Incapacité du patient	6	4	0	5
Intolérance psychologique	4	2	5	12
Défaillance de l'aide	0	1	5	2
OAP à répétition	2	3	5	5
Non lié à la technique	19	16	15	2
Lié à la technique	15	9	5	5

## II- HEMODIALYSE A DOMICILE

### Introduction

Le suivi de l'Hémodialyse à Domicile dans le RDPLF est récent et date de 2012. Contrairement à la Dialyse Péritonéale, ce module du RDPLF-HDD n'est pas exhaustif : fin 2018, d'après le registre REIN (Cécile Couchoud, communication personnelle), le nombre de patients traités en Hémodialyse à Domicile (HDD) en France était de 445 environ alors que seulement 212 (47,5 %) sont enregistrés dans la base de données du RDPLF en cours de traitement au 31 décembre. En termes de représentativité nationale, les données qui suivent sont donc à interpréter avec prudence, en particulier concernant la proportion de patients traités avec des machines à bas débit de dialysat. Ainsi le pourcentage de patients traités sur machine à bas débit de dialysat en France est estimé à 48 % dans le registre REIN (communication personnelle provisoire, Cécile Couchoud) alors qu'il est de 73 % dans le RDPLF-HDD.

### Participation des centres et nombre de patients inclus

Depuis 2012 quatre centres belges ont inclus 176 patients traités par HDD, 44 centres Français ont inclus 347 patients.

### Principaux résultats

Nous renvoyons pour plus de détails le lecteur à l'article de Philippe Cougnet paru dans ce journal en 2018 (<https://doi.org/10.25796/bdd.v1i2.53>) qui a comparé les pratiques de l'HDD en France et Belgique d'après le RDPLF, et apportons ci-dessous des informations qui n'y figuraient pas.

### Profil des patients :

les moyennes d'âge sont identiques en Belgique et France, respectivement 49,8 et 50 ans, globalement inférieures de 15 ans à celles des patients traités par dialyse péritonéale. Dans les deux pays il y a une prédominance d'hommes, identique en DP et HDD en Belgique (respectivement 65 ans et 66 ans), mais nettement plus important en HDD en France (73 % d'hommes en HDD contre 65 % en DP).

Le pourcentage de diabétiques en HDD est également nettement plus faible qu'en DP, 15,5 % et Belgique et 11% en France.

### Modalités de dialyse en HDD dans le RDPLF :

Le nombre de séances par semaine est résumé dans le tableau VIII. La plus grande fréquence hebdomadaire

Tableau VIII : nombre de séances hebdomadaires dans les centres HDD du RDPLF.

	Belgique	France
3 séances	8,40%	13,50%
4 séances	16%	4,90%
5 séances	42,90%	13,10%
6 séances	12,60%	61,60%
7 séances	0,80%	4,10%

en France est liée à une utilisation quasi exclusive des systèmes bas débit (84%) alors qu'en Belgique seuls 50 % sont sur bas débit. La proportion élevée de bas débit en France n'est pas représentative probablement de l'ensemble des centres car beaucoup des centres HDD du RDPLF sont majoritairement des nouveaux centres, avec peu de malades qui ne conçoivent l'HDD qu'en quotidienne sur machine bas débit. Les centres plus anciens, qui ne participent pas, ont probablement une proportion plus importante en HDD conventionnelle.

On relira avec intérêt les articles de Hafedh Fessi (5) et Thierry Petitclerc (6) sur ces deux modalités de traitement.

#### *Causes de replis en hémodialyse en centre*

En 2018 le taux de replis, calculé par le rapport nombre de replis divisé par le nombre de patients prévalents en HD, a été de 1,25% en Belgique et 0,88% en France. L'abord vasculaire a été la principale cause des replis en Belgique (27,5%) alors qu'il représentent seulement de 8,4% en France. Cela s'explique probablement par une utilisation plus large d'un abord vasculaire par cathéter central en Belgique : 41 % contre 6 % en France.

#### **Transition DP vers HDD**

Il est connu qu'au cours de sa vie de dialysé un patient est amené à connaître plusieurs formes de traitement. Prescrits au bon moment ces différents traitement peuvent alors répondre de manière optimale à la situation médicale et sociale de chaque étape de sa vie.

Nous avons regardé chez les patients prévalents entre 2016 et 2018 les pourcentages de patients traités par HDD qui avaient connu un traitement par DP :

9,8% des patients Belges traités par HDD avaient un antécédent de traitement par DP

18,5% des patients Français traités par HDD avaient un antécédent de traitement par DP

Entre la période de traitement par DP et celle en HDD, en Belgique 61 % des patients avaient été pris en HD centre et 39 % avaient été transplantés puis repris en HDD après échec de greffe. Les chiffres sont voisins en France : 63 % des patients antérieurement traités par DP l'ont d'abord été en HD centre avant d'être repris en HDD ; 33 % avaient été transplantés. Il faut ajouter 4 % de patients qui avaient interrompu la DP pour reprise de diurèse avant d'être repris en charge en HDD.

Ces chiffres montrent qu'il est possible de concevoir une approche séquentielle optimisée à partir de la transplantation. Ainsi un traitement initial par DP permet d'épargner les abords vasculaires si une FAV n'a pas été réalisée, suivi d'une transplantation et en cas d'échec d'une reprise en HDD. Par ailleurs la disponibilité de l'HDD devrait permettre d'éviter en cas d'arrêt de DP le passage obligatoire par le centre qui peut toujours être une source de déstabilisation chez des patients attachés au domicile.

#### **CONCLUSION**

les résultats annuels descriptifs des patients pris en charge en DP comme en HDD dans le RDPLF objectivent des différences nombreuses dans les méthodes prescrites, les profils des patients et leurs comorbidités, les pays et régions. Cela souligne l'importance dans les études de morbidité ou survie d'ajustements complexes et dans tous les cas de conserver un sens critique sur les modalités de sélection. La disponibilité de toutes les techniques doit pouvoir permettre à chaque patient de bénéficier du meilleur traitement au meilleur moment à chaque étape de sa vie.

#### **CONFLITS D'INTERET**

*les auteurs déclarent ne pas avoir de conflit d'intérêt avec cet article. Le RDPLF reçoit des subventions de Baxter, Fresenius, Ther*

#### **BIBLIOGRAPHIE**

- 1 - Fried L, Bernardini J, Piraino B. Charlson comorbidity index as a predictor of outcomes in incident peritoneal dialysis patients. *Am J Kidney Dis.* 2001 Feb;37(2):337-42.
- 2-Indications et non-indications de la dialyse péritonéale chronique chez l'adulte. Recommandations HAS 16 oct.2008 [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_702937/fr/dialyse-peritoneale-chronique-chez-l-adulte-recommandations](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_702937/fr/dialyse-peritoneale-chronique-chez-l-adulte-recommandations)
- 3 - Philip Kam-Tao Li, Cheuk Chun Szeto, Beth Piraino, Javier

de Arteaga, Stanley Fan, Ana E. Figueiredo, Douglas N. Fish, Eric Goffin, Yong-Lim Kim, William Salzer, Dirk G. Struijk, Isaac Tei-telbaum and David W. Johnson. ISPD Peritonitis Recommendations: 2016 Update on Prevention and Treatment. *Perit Dial Int* September-October 2016 vol. 36 no.5 481-508doi: 10.3747/pdi.2016.00078 (texte français : <http://www.pdi-connect.com/content/36/5/481/suppl/DC2>)

4 - Variabilité du taux de péritonites sans germe identifié dans le RDPLF. Verger C., Veniez G., Dratwa M. *Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2018; 1 (1) 9-13 <https://doi.org/10.25796/bdd.v1i1.30>

5 - Hafedh Fessi. Pourquoi faut-il utiliser les nouveaux générateurs à bas débit de dialysat pour l'hémodialyse quotidienne à bas débit (HDQ)

*Bulletin de la Dialyse à Domicile*. 2018; 1 (2) 71-74. <https://doi.org/10.25796/bdd.v1i2.49>

6 - Thierry Petitclerc. Hémodialyse à domicile : il y a-t-il encore une place pour le haut débit de dialysat ? 2018; 1 (2) 65-69. <https://doi.org/10.25796/bdd.v1i2.48>

Reçu le 27/03/18, accepté après révision le 06/04/19, publié le 10/04/19

## REMERCIEMENTS

Remerciements à notre secrétaire Katia Guerin pour son travail et la qualité de ses relations avec les centres.

Nous remercions très chaleureusement les infirmiers, infirmières et néphrologues des centres du RDPLF, en dialyse péritonéale et hémodialyse à domicile pour leur participation au RDPLF. Cet article est le fruit de leur travail.

### Listes des centres actifs du RDPLF au 1/1/2019 :

#### DIALYSE PERITONEALE

##### BELGIQUE

Centres de dialyse péritonéale inclus dans le RDPLF

Ath (Dr Mat)  
Ath - Baudour (Dr Mat)  
Bruxelles (Dr Francois)  
Bruxelles (Dr Goffin)  
Bruxelles (Dr Nortier)  
Bruxelles (Dr Dratwa)  
Charleroi (Dr Ho)  
Hornu (Dr Fomegne)  
Huy (Dr Bellavia)  
Leuven (Dr Bammens)  
Liege (Dr Moonen)  
Liege / Sart-Tilman 1 (Dr Bovy)  
Marche En Famenne (Dr Van Overm)  
Mons (Dr Mestrez)  
Namur (Dr Tintillie)  
Tournai (Dr Stolar)

##### FRANCE METROPOLITAINE ET DROM-COM

Centres de dialyse péritonéale inclus dans le RDPLF

Agen (Dr Benzakour)  
Aix En Provence (Dr Jaubert)  
Aix En Provence (Dr Dervaux)  
Albi (Dr Duhem)  
Alençon (Dr Cardineau)  
Amiens (Dr El Esper)  
Angers (Dr Ilinca)  
Angouleme (Dr Pujo)  
Annonay (Dr Marc)  
Aressy (Dr Basse)  
Arras (Dr Abd-El-Fa)  
Ars Laquenexy (Dr Mirgaine)  
Aubenas (Dr Buffard)  
Auxerre (Dr Jonon)  
Avignon (Dr Rosati)  
Avranches (Dr Duquennoy)  
Bastia (Dr Ben Ahmed)  
Bayonne (Dr Le Guen)  
Beauvais (Dr Barsumau)  
Besancon (Dr Bresson V)  
Bethune (Dr Cherkaoui)  
Blois (Dr Prat)  
Bois Guillaume (Dr Edet)  
Bordeaux (Dr Bachelet)  
Bordeaux (Pellegrin)- (Dr Nodimar)  
Bordeaux Nord (Dr Seniuta)  
Boulogne Sur Mer (Dr Noel Bott)  
Bourg En Bresse (Dr Diab)  
Bourges (Dr Nony)  
Bourgoin Jallieu (Dr De Laforc)  
Brest (Dr Chaffara)  
Brive (Dr Boudet)  
Cabestany (Dr Ortiz)  
Caen (Dr Lobbedez)  
Cahors (Dr Ged)  
Cambrai (Dr Painchart)  
Carcassonne (Dr Zaidi)  
Chalon Sur Saone (Dr Dubot)  
Chamalieres (Dr Enache)  
Chambery (Dr Morel)  
Charleville Mezieres (Dr Halin)  
Chartres (Dr Albert)  
Cholet (Dr Djema & A)  
Colmar (Dr Ismer)  
Compiègne (Dr Tolani)  
Corbeil Essonnes (Dr Caudwell)  
Creil (Dr Demontis)  
Dieppe (Dr Poussard)  
Dole (Dr Bemmerzou)  
Douai (Dr Cardon)  
Draguignan (Dr Bouvier)  
Dunkerque (Dr Azar)  
Epinal (Dr Sekhri)  
Evreux (Dr Bouffande)  
Flers (Dr Lanot)  
Gap (Dr Huet)  
Hagenau (Dr Kribs)  
Hyerès (Dr Dao)  
La Roche Sur Yon (Dr Target)

La Rochelle (Dr Fritz)  
La Tronche (Dr Guergour)  
Laon (Dr Nakhla)  
Le Havre (Dr Martin)  
Le Havre (Dr Boissinot)  
Le Kremlin-Bicetre (Dr Beaudreui)  
Le Mans (Dr Crochette)  
Le Mans Pole Sud 2 (Dr Seret)  
Le Puy En Velay (Dr Badulescu)  
Libourne (Dr Keller)  
Lille (Dr Lahoche &)  
Lille (Dr Lessore)  
Limoges 1 (Dr Dickson)  
Lisieux (Dr Landru)  
Lorient (Dr Legrand)  
Lyon (Dr Poux)  
Macon (Dr Virot)  
Marseille (Dr Bataille)  
Marseille Conception (Dr Sebahoun)  
Marseille Diaverum (Dr Indreies)  
Martigues (Dr Boncila)  
Maubeuge (Dr Lamotte)  
Meaux (Dr Fotsing)  
Melun (Dr Ghali)  
Montbéliard (Dr Bernard)  
Montelimar (Dr Wen)  
Montpellier 5 (Dr Gilbert)  
Montpellier 5 (Dr Noguera G)  
Mulhouse (Dr Preissig)  
Muret (Dr Girardot)  
Narbonne (Dr Coldefy-V)  
Neuilly Sur Seine (Dr Docteurs )  
Nevers (Dr Mahieddin)  
Nice (Dr Philippot)  
Nîmes 9 (Dr Lan Yue W)  
Niort (Dr Sechet)  
Nouilly (Dr Visanica)  
Noumea (Dr Le Mee)  
Ollioules (Dr Le Goff)  
Orléans 2 (Dr Ganea)  
Papeete (Dr Lafage)  
Paris 13 (Dr Issad)  
Paris 14 (Dr Abtahi)  
Paris 15 (Dr Roueff)  
Paris 15 (Dr Touam)  
Paris 18 (Dr Du Halgou)  
Paris Tenon 20ème (Dr Alkhatat)  
Périgueux (Dr Genevieve)  
Perpignan (Dr Laurent)  
Poissy (Dr Maroun)  
Poitiers (Dr Bauwens)  
Pontoise (Dr Joseph)  
Pringy (Dr Ducret)  
Quimper (Dr Rifaat)  
Quincy Sous Senart (Dr Rostoker)  
Reims (Dr Canivet)  
Rennes (Dr Genestier)  
Reze (Dr Testa )  
Roanne (Dr N'sembani)  
Rodez (Dr Thomas)  
Romans Sur Isère (Dr Sirajedin)  
Roubaix (Dr Talaszka)

Rouvroy (Dr Brasseur)  
Saint Briec (Dr Le Cacheu)  
Saint Claude (Dr Dahmani &)  
Saint Denis De La Reunion (Dr Aizel)  
Saint Jean De Verges (Dr Spataru )  
Saint Lo (Dr Zagdoun)  
Saint Malo (Dr Hamel)  
Saint Maurice (Dr Bouachi)  
Saint Nazaire (Dr Durault)  
Saint Pierre (Dr Veillon)  
Saint Priest En Jarez (Dr Azzouz)  
Saint Quentin (Dr Mustel)  
Saintes (Dr Bonarek)  
Saran (Dr Chaghouri)  
Sens (Dr Hammadi)  
Stains (Dr Boulanger)  
Strasbourg (Dr Zaloszcyc)  
Strasbourg (Dr Imhoff)  
Strasbourg (Dr Bencheikh)  
Talent (Dr Majbri )  
Tarbes (Dr Reynaud)  
Toulon (Dr Knefati)  
Toulouse (Dr Nogier)  
Tours (Dr Gautard)  
Tours (Dr Girault-L)  
Trappes (Dr Fournier)  
Troyes (Dr Levy)  
Valence (Dr Brucker)  
Valenciennes (Dr Fleury)  
Vandœuvre Les Nancy (Dr Coudert-K)  
Vannes (Dr Mandart &)  
Verdun (Dr Gilson)  
Vesoul (Dr Florea)  
Vichy (Dr Aguilera)  
Vourles (Vienne) (Dr Hallonet)

#### **MAROC**

Centres de dialyse péritonéale inclus dans le RDPLF

Casablanca (Dr Soulami)  
Casablanca (Dr Mtioui )  
Fes (Dr Jarnige)  
Oujda (Dr Bentata)  
Rabat (Dr Benamar)  
Rabat (Dr Bahadi)

#### **SUISSE**

Centres de dialyse péritonéale inclus dans le RDPLF

Geneve (Dr Jotterand)  
Geneve 14 (Dr Martin)  
Lausanne (Dr Halabi)

#### **TUNISIE**

Centres de dialyse péritonéale inclus dans le RDPLF

Djerba (Dr Hsairi)  
Monastir (Dr Skhiri)  
Sfax (Dr Chaker)  
Sousse (Dr Mrabet)  
Tunis (Dr Ben Abdal)  
Tunis (Dr Soumaya)

## HEMODIALYSE A DOMICILE

### **BELGIQUE**

Ath (Dr Mat)  
Ath - Baudour (Dr Mat)  
Bruxelles (Dr Francois)  
Bruxelles (Dr Goffin)  
Bruxelles (Dr Nortier)  
Bruxelles (Dr Dratwa)  
Charleroi (Dr Ho)  
Hornu (Dr Fomegne)  
Huy (Dr Bellavia)  
Leuven (Dr Bammens)  
Liege (Dr Moonen)  
Liege / Sart-Tilman 1 (Dr Bovy)  
Marche En Famenne (Dr Van Overmere)  
Mons (Dr Mestrez)  
Namur (Dr Tintillie)  
Tournai (Dr Stolar)  
FRANCE  
Albi (Dr Lanau)  
Alencon (Dr Cardineau)  
Angers (Dr Ilinca)  
Angouleme (Dr Pujo)  
Besancon (Dr Bresson-V)  
Bethune - (Dr Cherkaoui)  
Bordeaux (Dr Pommereau)  
Brest (Dr Chaffara)  
Caen Hd (Dr Ficheux)  
Chambery (Dr Morel)

Cholet (Dr Djema)  
Colomiers (Dr Pillet)  
Douai Hd (Dr Cardon)  
Draguignan (Dr Bouvier)  
Dunkerque (Dr Azar)  
Evreux (Dr Bouffande)  
Gradignan (Dr Nodimar)  
Haguenau (Dr Kribs)  
Hyeres (Dr Van Der P)  
La Roche Sur Yon (Dr Target)  
Le Havre (Dr Clabault)  
Le Havre (Dr Boissinot)  
Le Mans Dr Seret)  
Le Petit Quevilly (Dr Antri Bou)  
Lisieux (Dr Barthelem)  
Lyon (Dr Poux)  
Lyon-Galland (Dr Galland)  
Melun (Dr Ghali)  
Montpellier (Dr Gilbert)  
Narbonne (Dr Vernier)  
Niort (Dr Sechet)  
Quimper (Dr Rifaat)  
Rennes (Dr Laruelle)  
Reze (Dr Testa)  
Saint Lo (Dr Zagdoun)  
Saint Priest En Jarez (Dr Azzouz)  
Saint Quentin (Dr Al Badawy)  
Vandoeuvre (Dr Coudert-K)  
Vannes (Dr Mandart &)  
Vichy (Dr Aguilera )