



**Conseil Scientifique**  
Domaine de la Santé

# RECOMMANDATIONS POUR L'ORGANISATION D'UNE HOSPITALISATION À DOMICILE

EXEMPLE : LA DIALYSE À DOMICILE

2 0 2 2

# TABLE DES MATIÈRES

<b>MESSAGES-CLÉS</b> .....	3
<b>1. INTRODUCTION</b> .....	4
<b>2. DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS SUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE</b> .....	5
<b>3. L'EXEMPLE DE LA DIALYSE À DOMICILE</b> .....	6
<b>3.1 Le type organisationnel d'HAD recommandé par le GT pour la dialyse à domicile</b> .....	6
<b>3.2 Prérequis pour la prescription d'une HAD pour traitement d'une insuffisance rénale terminale</b> .....	7
<b>3.3 Critères généraux limitant l'HAD pour traitement d'une insuffisance rénale terminale</b> .....	7
<b>3.4 Critères liés au patient</b> .....	7
<b>3.4.1 Critères d'inclusion des patients</b> .....	7
<b>3.4.2 Critères concernant le contenu de la formation du patient</b> .....	8
<b>3.5 Critères liés au domicile</b> .....	9
<b>3.6 Suivi de la dialyse à domicile</b> .....	9
<b>3.6.1 Accompagnement du patient</b> .....	9
<b>3.6.2 Réévaluations régulières</b> .....	10
<b>3.6.3 Liens avec le médecin généraliste</b> .....	10
<b>3.7 Liens à mettre en place avec les services de soins à domicile ou le personnel soignant dans les maisons de soins</b> .....	11
<b>3.8 Suivi du dossier médical et traçabilité des données</b> .....	11
<b>3.9 Indicateurs de qualité des différentes modalités</b> .....	11
<b>4. ABRÉVIATIONS :</b> .....	12
<b>5. BIBLIOGRAPHIE</b> .....	13
<b>6. GROUPE DE TRAVAIL</b> .....	14



## MESSAGES-CLÉS

L'hospitalisation à domicile (HAD) consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital.

### **Proposition d'application à la prise en charge pour dialyse**

- Actuellement, au Grand-Duché de Luxembourg, l'hémodialyse est réalisée uniquement dans les services hospitaliers de dialyse.
- Afin de donner toutes leurs chances aux patients éligibles, les experts du groupe de travail proposent comme organisation de l'hospitalisation à domicile pour la dialyse un modèle, où les professionnels de l'hôpital (techniciens, soignants, ...) se déplacent au domicile du patient pour organiser avec lui la pièce dédiée et mettre en place la machine de dialyse choisie, l'accès à l'eau, le stockage des utilitaires (tuyaux, aiguilles, ...) en fonction de la technique souhaitée (dialyse péritonéale ou hémodialyse).
- La dialyse à domicile ne peut être envisagée que sous certaines conditions :
  - La HAD doit être prescrite par l'équipe hospitalière qui suit le patient.
  - Le patient doit être éligible.
  - Le domicile du patient doit répondre à plusieurs critères pour que la dialyse soit possible dans de bonnes conditions.
- Avant toute mise en place d'une modalité de dialyse à domicile, la faisabilité doit être discutée au sein de l'équipe multidisciplinaire, comprenant au moins un néphrologue et une infirmière formée dans la technique respective, du centre de dialyse hospitalier qui est en charge du suivi du patient. Le patient doit obligatoirement participer à une formation donnée par cette équipe. La possibilité d'avoir des échanges avec un patient expert est recommandée.
- Tout changement dans l'organisation de la dialyse doit être discuté avec l'équipe multidisciplinaire.
- Le dossier du patient doit être tenu à jour et être accessible à tout moment par toutes les équipes qui prennent en charge le patient.

# 1. INTRODUCTION

Le Conseil scientifique (CS) a été saisi dans le cadre des discussions de l'évolution du système de santé du Gesondheetsdësch 2021, afin d'établir une recommandation de bonne pratique concernant l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour l'instant hormis les prises en charge de fin de vie, aucune filière structurée d'hospitalisation à domicile n'a encore été mise en place au Luxembourg, or plusieurs pathologies aiguës ou chroniques sont éligibles à une HAD.

On peut distinguer différents types d'organisations d'hospitalisations à domicile selon la filière et selon la place des différents partenaires qui sont engagés :

- le patient,
- la structure hospitalière de référence,
- le secteur des soins primaires.

Les critères d'éligibilité à ce type d'hospitalisation sont très vastes et concernent entre autres les pathologies prises en charge, la volonté des patients, leurs conditions de vie et le système de soin en place. Une recommandation générale de bonne pratique concernant des critères d'organisations et d'évaluation concernant tous les cas d'HAD a semblé trop vaste au CS. Il a donc été décidé de commencer par écrire des recommandations pour une HAD qui existe et fonctionne déjà bien à l'étranger et pour laquelle la demande est forte au Luxembourg : la dialyse à domicile.

Cette technique n'est pas plus risquée pour des patients éligibles que la prise en charge dans un centre hospitalier et il est raisonnable d'offrir ce choix aux patients volontaires. Certaines études montreraient que le coût de l'hémodialyse à domicile serait inférieur à celui en centre de dialyse pour le système d'assurance maladie (1).

Il existe 2 grandes modalités de dialyse à domicile :

- La dialyse péritonéale
- L'hémodialyse

Une partie des critères de prise en charge à domicile des patients souffrant d'une insuffisance rénale terminale étant communs à ces deux types de dialyse cette recommandation de bonne pratique porte sur la prise en charge à domicile des patients présentant une insuffisance rénale terminale.

## **RAPPEL :**

### **Les grades de recommandation du CS**

#### **Recommandation forte**

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation claire et confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation forte est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle est applicable à la plupart des patients concernés par l'intervention.

### **Recommandation faible**

Après avoir considéré tous les éléments en relation avec l'intervention médicale en question, le CS émet une recommandation prudente et moyennement confiante concernant l'utilisation de cette intervention en pratique médicale courante. Cette recommandation faible est soit favorable, soit défavorable à l'intervention en question. Elle peut être applicable uniquement à un sous-groupe restreint de patients.

### **Absence de recommandation :**

En l'absence d'éléments suffisants permettant une étude pertinente de l'intervention médicale, le CS constate son incapacité à émettre une recommandation quelconque

### **Les preuves scientifiques**

#### **Niveau de preuve élevé :**

Essais randomisés contrôlés en double aveugle de bonne qualité méthodologique ; méta-analyses d'essais randomisés contrôlés

#### **Niveau de preuve intermédiaire :**

Essais randomisés contrôlés de faible puissance ; essais comparatifs non randomisés bien menés ; études de cohorte.

#### **Niveau de preuve faible :**

Etudes cas-témoins ; études rétrospectives ; études comparatives comportant des biais importants ; séries de cas ; études épidémiologiques descriptives.

#### **Avis d'experts :**

En l'absence d'évidence scientifique, un consensus d'experts cliniciens se basant sur une longue expérience et une connaissance approfondie de l'intervention médicale peut justifier une recommandation.

## **2. DÉFINITIONS ET GÉNÉRALITÉS SUR L'HOSPITALISATION À DOMICILE**

Il n'existe, à ce jour, aucune définition officielle de l'HAD au Luxembourg, cette filière n'étant pas encore reconnue dans le plan hospitalier. Nous proposons de retenir la définition proposée par le centre fédéral d'expertise des soins de santé KCE :

*« L'HAD consiste à délivrer au domicile du patient des soins qui, autrement, ne pourraient être délivrés qu'à l'hôpital »*

Par domicile on entend le lieu de vie du patient.

Trois modèles organisationnels théoriques d'HAD sont décrits :

1. Un modèle où les professionnels de l'hôpital se déplacent au domicile du patient.
2. Un modèle où des entités autonomes et indépendantes de l'hôpital constituées principalement de professionnels de première ligne, dispensent les soins au domicile du patient.
3. Un modèle mixte où les professionnels de première ligne et de l'hôpital accomplissent des tâches spécifiques différentes au domicile du patient.

L'hospitalisation à domicile est prescrite par un médecin et c'est le patient qui l'accepte après une information éclairée et une éducation thérapeutique plus ou moins longue suivant la pathologie à prendre en charge. Les patients éligibles remplissent des critères qui varient selon l'indication médicale de prise en charge, des critères sociaux et des caractéristiques liées à l'habitat du patient. La transmission des données médicales entre l'hôpital et les soins primaires doit être définie à l'avance, en particulier avec le médecin traitant référent et si besoin des services de soins si le patient est en institution. Enfin le patient doit pouvoir joindre un service hospitalier 24h/24 et 7j/7 pour poser des questions et éventuellement être hospitalisé.

## 3. L'EXEMPLE DE LA DIALYSE À DOMICILE

L'hémodialyse comme la dialyse péritonéale sont des techniques hautement spécialisées nécessitant un matériel spécifique et des compétences particulières. Elles peuvent être réalisées dans une structure hospitalière ou à domicile.

### 3.1 Le type organisationnel d'HAD recommandé par le GT pour la dialyse à domicile

**Afin de donner toutes leurs chances aux patients éligibles, les experts du CS proposent comme organisation de l'hospitalisation à domicile pour la dialyse un modèle où les professionnels de l'hôpital (techniciens, soignants, ...) se déplacent au domicile du patient pour organiser avec lui la pièce dédiée et mettre en place la machine, l'accès à l'eau, le stockage des utilitaires (tuyaux, aiguilles, ...) en fonction de la technique choisie (dialyse péritonéale, hémodialyse). (niveau de recommandation fort)**

Pour s'assurer que le patient et son entourage acceptent en toute connaissance de cause ce mode de traitement, il est recommandé d'informer le patient sur les différentes modalités de dialyse et de dialyse à domicile. En plus de l'échange avec son médecin et les soignants, les différentes possibilités peuvent être présentées et discutées à l'aide de l'organisation de séances d'informations, d'échanges avec d'autres patients et/ou des vidéos et des brochures.

Une information dès le stade de pré-dialyse (3,4) semble pouvoir permettre au patient de mieux comprendre les enjeux de l'hémodialyse à domicile. Cette option de formation a été choisie en Finlande (5). (niveau de recommandation fort)

## 3.2 Prérequis pour la prescription d'une HAD pour traitement d'une insuffisance rénale terminale

L'organisation d'une HAD pour réaliser des dialyses requiert la disponibilité de structures hospitalières disposant de services de dialyse autorisés avec des médecins spécialisés en néphrologie. (niveau de recommandation fort)

À tout moment, le patient doit pouvoir joindre un médecin spécialisé ou l'équipe multidisciplinaire que le prend en charge régulièrement. (niveau de recommandation fort)

À tout moment le patient doit pouvoir être pris en charge dans le service de dialyse aigue (panne de l'hémodialyseur, pathologie intercurrente etc.). (niveau de recommandation fort)

## 3.3 Critères généraux limitant l'HAD pour traitement d'une insuffisance rénale terminale

Des études ont permis d'identifier des facteurs limitant le recours à la dialyse à domicile en particulier concernant l'hémodialyse (6) :

- Les principales barrières à la mise en place de l'hémodialyse ou de la dialyse péritonéale à domicile sont les peurs du patient de réaliser sa dialyse sans l'aide de soignants, de la réaliser de manière inadéquate et encore pour certains de se retrouver isolé socialement sans le contact avec d'autres patients et du personnel soignant dans son ensemble.
  - L'organisation d'une information structurée et évaluée du patient et éventuellement de son entourage, préalable au début du traitement à domicile, est donc nécessaire.
- Il est également à noter que la peur des aiguilles pour les personnes ayant un accès vasculaire sous forme de fistule artério-veineuse et un manque d'espace disponible au domicile, ainsi que des conditions d'hygiène douteuses sont également des facteurs limitants.

## 3.4 Critères liés au patient

### 3.4.1 Critères d'inclusion des patients

- Patient et entourage autonomes, informés et motivés, capables de suivre la formation nécessaire et de gérer le matériel
- Patient non isolé (socialement et moyens de communication)
- Appréciation positive par l'équipe pluridisciplinaire : indication, les locaux, les conditions de vie, antécédents médicaux et chirurgicaux, ... (7)

Ces critères sont à réévaluer au cours du temps, en particulier il ne faut pas oublier d'évaluer les changements dans les conditions de vie et d'autonomie au cours du temps. (7)

- a) Critères spécifiques liés à l'hémodialyse :
- Présence d'un accès vasculaire fonctionnel



b) Critères spécifiques liés à la dialyse péritonéale.

- Exclusion éventuelle à décider par l'équipe pluridisciplinaire si :
  - Brides intraabdominales suite à une chirurgie majeure
  - Handicap cognitif ou physique grave
  - Maladies inflammatoires chroniques de l'intestin

### 3.4.2 Critères concernant le contenu de la formation du patient

Compte tenu de la technicité de la dialyse à domicile, une formation structurée et évaluée du patient est nécessaire. (niveau de recommandation fort)

Cette formation est réalisée par une équipe de l'hôpital comprenant au minimum une infirmière formée dans la technique choisie et un néphrologue. Pouvoir discuter avec d'autres patients dialysés à domicile est aussi une aide appréciable. (niveau de recommandation fort)

La durée de la formation dépend du patient mais doit s'étendre sur une période entre 4 et 6 semaines pour l'hémodialyse. Après la période de formation, le patient doit être évalué et considéré comme apte à la réalisation autonome de sa méthode d'épuration, ceci pour les deux modalités de dialyse. (niveau de recommandation fort)

**Remarque** : il ne faut pas oublier d'aborder dans cette formation la possibilité d'organisation éventuelle de voyages ou de déplacements à l'étranger (discussion avec l'équipe hospitalière de référence, contacts avec un ou des centre(s) de dialyse étranger(s) suffisamment en avance, responsabilités, logistique, ...)

a) Formation à la dialyse péritonéale

Il est important de s'assurer que le patient est à même de :

- faire des branchements corrects,
- faire les manipulations de manière aseptique,
- reconnaître une éventuelle infection au niveau péritonéale ou de l'exit-point du cathéter,
- contrôler les échanges.

b) Formation à l'hémodialyse :

Il est important de s'assurer que le patient puisse :

- Soit réaliser la ponction de l'accès vasculaire et notamment la gestion et la reconnaissance de complications (saignements, thrombose).
- Ou brancher son cathéter dans des conditions aseptiques et en toute sécurité.
- Gérer les alarmes de l'hémodialyseur.
- Gérer les complications éventuelles (chute de tension, hémorragie au point de ponction, crampes, ...)



## 3.5 Critères liés au domicile

- Une évaluation initiale du domicile et des différents éléments nécessaires doit être effectuée avant la mise en route de la dialyse. (niveau de recommandation fort)
- Cette évaluation initiale doit être standardisée (idéalement sous forme de check-list). Des réévaluations régulières sont à prévoir (niveau de recommandation fort)
- L'évaluation de la possibilité d'organiser le domicile est réalisée par une équipe de l'hôpital dont la composition dépend de la technique choisie. (8) (niveau de recommandation fort)
- Les points suivants devront être analysés :
  - L'organisation et les conditions au domicile et la comptabilité avec les mesures minimales d'hygiène nécessaires
  - La place de stockage disponible pour la machine et les consommables (aiguilles, dialysat etc.).
  - L'état du système électrique et de la plomberie
  - La possibilité pour le patient de contacter le centre de dialyse référent
  - Eventuellement la possibilité de transmettre les données cliniques en temps réel

**Remarque** : le transfert de données cliniques n'est pour l'instant pas encadré au niveau juridique en particulier concernant la sécurité des données transférées par des dispositifs médicaux.

## 3.6 Suivi de la dialyse à domicile

### 3.6.1 Accompagnement du patient

Il semblerait que la confiance en soi du patient s'acquiert de manière progressive ; la prise en compte d'un temps d'adaptation semble cruciale (9). Dans ce contexte, chaque patient pourrait bénéficier d'un programme d'accompagnement personnalisé, afin de lui permettre de renforcer sa confiance en lui et s'assurer que les gestes restent bien maîtrisés. S'il le juge nécessaire, le patient peut être accompagné par quelqu'un de son entourage (8). (niveau de recommandation fort)

L'utilisation des outils de télémédecine, dont le développement s'est accéléré, permet un meilleur suivi du patient (10). Ainsi, avec l'utilisation d'application et de télétransmission directe de la part de certaines machines, un meilleur encadrement du patient à distance est possible et devrait être privilégié (8).



Il faut néanmoins s'assurer que le patient :

- connaisse les paramètres cliniques à surveiller et à transmettre à l'équipe hospitalière ;
- dispose des moyens de joindre 24h/24h le service de néphrologie afin de résoudre tout problème survenant du point de vue médical ou technique ;
- n'hésite pas à appeler le 112 en cas de complications médicales aiguës (saignement, fièvre, douleur, ..).

De plus, des procédures doivent être mises en place afin de permettre au patient de réagir en cas de défaut d'approvisionnement d'eau et/ou d'électricité et la gestion du stock de consommable doit être organisée.

**Le patient qui suit une dialyse à domicile reste en contact avec le centre de dialyse de l'hôpital où il réalisait sa dialyse auparavant et/ou il a suivi sa formation initiale. Ainsi les médecins et le personnel soignant connaissent le patient et la machine en utilisation au domicile du patient de façon à pouvoir réagir au plus vite en cas de problème. D'autre part des contrôles de laboratoire réguliers à des moments déterminés, surtout pour l'hémodialyse, doivent être programmés et d'autres examens complémentaires peuvent être nécessaires.** (niveau de recommandation fort)

Le centre de dialyse du patient joue un rôle important dans l'implication à la préparation à la transplantation rénale, en particulier pour le type de patient qui est éligible pour l'hémodialyse à domicile. (niveau de recommandation fort)

Sauf exceptions (vacances, voyages, ..) à discuter à l'avance avec l'équipe pluridisciplinaire à l'hôpital, il est recommandé que le patient soit revu une fois par mois, pour faire le point sur son état de santé. Ce rendez-vous doit être planifié. (niveau de recommandation fort)

### 3.6.2 Réévaluations régulières

Une réévaluation régulière des conditions au domicile et de l'adhésion du patient à cette modalité de dialyse doit être effectuée. Elle portera a minima sur :

- La satisfaction du patient sur son choix de thérapie
- L'impact de l'hémodialyse à domicile sur son mode de vie, notamment sur ses relations sociales, afin de ne pas favoriser un isolement
- Les évolutions ou modifications nécessaires du domicile (8).

Une réévaluation en dehors des délais réguliers est à prévoir en cas de changement de l'état de santé ou d'autonomie du patient (8).

### 3.6.3 Liens avec le médecin généraliste

Il faut encourager le patient à garder son médecin traitant.

Le médecin traitant du patient ou son médecin référent est partenaire de cette hospitalisation, c'est-à-dire :



- Qu'il est prévenu par le service de dialyse de référence que son patient bénéficie d'une dialyse à domicile et quels sont éventuellement les paramètres à suivre en cas de consultation.
- Qu'il sait quel service prévenir en cas de problèmes médicaux aigus. (Numéro de téléphone direct).

### **3.7 Liens à mettre en place avec les services de soins à domicile ou le personnel soignant dans les maisons de soins**

Pour donner à un groupe sélectionné de patients la chance d'effectuer la dialyse péritonéale à domicile, malgré des possibilités manuelles ou psychiques réduites, le lien avec des services de soins à domicile ou du personnel soignant formé de la maison de soins, pourrait être une possibilité.

La formation du personnel soignant des services de soins à domicile ou des maisons de soins doit être sous la responsabilité d'un service hospitalier de dialyse. Elle doit être planifiée, structurée et évaluée régulièrement. (niveau de recommandation fort)

Une telle organisation dépend toujours du centre hospitalier de référence du patient. Cette organisation doit être formalisée, l'équipe soignante doit être formée à la dialyse péritonéale. Cette formation doit répondre à des critères de qualité (nombre d'actes, nombre de personnel, utilisation des machines, réévaluation des connaissances). Un contact régulier avec l'équipe hospitalière est nécessaire. Le dossier infirmier doit être consultable à tout moment par le service hospitalier.

### **3.8 Suivi du dossier médical et traçabilité des données**

L'hospitalisation à domicile est une hospitalisation. Le dossier médical doit être mis à jour très régulièrement et accessible par toutes les équipes qui le suivent, étant donné le risque d'intervention de plusieurs équipes médicales et l'enjeu rapide en cas de problème pour la santé du patient. Les données recueillies par le patient dans son suivi à domicile font partie du dossier, comme les données des équipes de soins à domicile si elles interviennent.

### **3.9 Indicateurs de qualité des différentes modalités**

- Pour l'hémodialyse :
  - URR (rapport de réduction de l'urée) ;
  - Kt/V (Clairance de l'urée  $K \cdot \text{temps de dialyse } t / \text{volume de distribution de l'urée}$ ).
- Pour la dialyse péritonéale :
  - PET-Test (test d'équilibration péritonéale) ;
  - Kt/V (Clairance de l'urée  $K \cdot \text{temps de dialyse } t / \text{volume de distribution de l'urée}$ ).

## 4. ABRÉVIATIONS :

CEM : Cellule d'expertise médicale

CHEM : Centre hospitalier Emile Mayrisch

CS : Conseil scientifique du domaine de la santé

GT : groupe de travail

HAD : hospitalisation à domicile

HRS : Hôpitaux Robert Schumann

## 5. BIBLIOGRAPHIE

1. Beaudry A, Ferguson TW, Rigatto C, Tangri N, Dumanski S, Komenda P. Cost of Dialysis Therapy by Modality in Manitoba. Clin J Am Soc Nephrol. 2018 Aug 7;13(8):1197-1203. doi: 10.2215/CJN.10180917. Epub 2018 Jul 18. PMID: 30021819; PMCID: PMC6086697.
2. Federaal Kenniscentrum for Gezondheidszorg (KCE) Hospitalisation à domicile : orientations pour un modèle belge, 2015, KCE REPORT 250Bs  
[https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE\\_\\_250Bs\\_hospitalisation\\_a\\_domicile\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/atoms/files/KCE__250Bs_hospitalisation_a_domicile_Synthese.pdf)
3. Manns, B. J., Taub, K., VanderStraeten, C., Jones, H., Mills, C., Visser, M., & McLaughlin, K. (2005). The impact of education on chronic kidney disease patients' plans to initiate dialysis with self-care dialysis: a randomized trial. Kidney international, 68(4), 1777-1783.
4. Shukla, A. M., Easom, A., Singh, M., Pandey, R., Rotaru, D., Wen, X., & Shah, S. V. (2017). Effects of a comprehensive predialysis education program on the home dialysis therapies: a retrospective cohort study. Peritoneal Dialysis International, 37(5), 542-547.
5. Honkanen, E. O., & Rauta, V. M. (2008). What happened in Finland to increase home hemodialysis?. Hemodialysis international, 12, S11-S15.
6. McLaughlin, K., Manns, B., Mortis, G., Hons, R., & Taub, K. (2003). Why patients with ESRD do not select self-care dialysis as a treatment option. American Journal of Kidney Diseases, 41(2), 380-385.
7. United Healthcare Oxford : Home hemodialysis, 2021,  
<https://www.uhcprovider.com/content/dam/provider/docs/public/policies/oxford/home-hemodialysis-ohp.pdf>
8. National Health Service (NHS) : improving Choice for Kidney Patients: Five STEPS toolkit to Home Haemodialysis, 2010,  
<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Improving-Choice-Home-Haemodialysis-Toolkit.pdf>
9. Lev, E. L., & Owen, S. V. (1998). A prospective study of adjustment to hemodialysis. Nephrology Nursing Journal, 25(5), 495.
10. Jain, G., Ahmad, M., & Wallace, E. L. (2020). Technology, telehealth, and nephrology: The time is now. Kidney360, 1(8), 834-836.

### Outils utiles :

Toolkit self care

<https://www.england.nhs.uk/improvement-hub/wp-content/uploads/sites/44/2017/11/Improving-Choice-Home-Haemodialysis-Toolkit.pdf>

## 6. GROUPE DE TRAVAIL

### GT Hospitalisation à domicile :

**Dr Julian DARMIAN**, coordinateur du GT et rédacteur de la présente recommandation, membre du CS, Direction de la santé

**Dr Tom BUCK**, néphrologue, HRS

**Mme Sandrine COLLING**, CEM

**Mr Robert JEAN-PAUL**, représentant des patients

**Mr Philippe LEONI**, Direction de la santé

**Dr Evelyne REIF**, médecin généraliste

**Dr Isabelle ROLLAND**, CEM

**Dr Florence ROMANO**, Direction de la santé

**Dr Alain VANDIVINIT**, néphrologue, CHEM

Les membres du GT ont déclaré [leurs conflits d'intérêts potentiels](#) avec le sujet de cette recommandation.

Secrétariat du Conseil Scientifique  
[conseil-scientifique.public.lu](http://conseil-scientifique.public.lu) | [csc@igss.etat.lu](mailto:csc@igss.etat.lu)  
B.P. 1308 | L-1013 Luxembourg  
26, rue Ste Zithe | L-2763 Luxembourg | T +352 247-86284 | F +352 247-86225