

Évaluation de la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires par une revue de morbi-mortalité sur le territoire ajaccien

Carole Haddad Zimmermann

► **To cite this version:**

Carole Haddad Zimmermann. Évaluation de la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires par une revue de morbi-mortalité sur le territoire ajaccien . Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01408726>

HAL Id: dumas-01408726

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01408726>

Submitted on 5 Dec 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA-ANTIPOLIS
FACULTÉ DE MÉDECINE DE NICE

THÈSE
Pour l'obtention du
DIPLOME d'ÉTAT de DOCTEUR EN MÉDECINE

Evaluation de la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires
par une revue de morbi-mortalité sur le territoire ajaccien

Présentée et soutenue publiquement

Le 27 Septembre 2016

Par Carole HADDAD ZIMMERMANN

Interne des hôpitaux de Nice

Président du jury : Pr FUZIBET

Membres du jury : Pr ESNAULT

Pr HOFLIGER

Directeur de thèse : Dr TIFOURA

UNIVERSITÉ DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des Professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelyse
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle

Professeurs Honoraires

M. BALAS Daniel
M. BATT Michel
M. BLAIVE Bruno
M. BOQUET Patrice
M. BOURGEON André
M. BOUTTÉ Patrick
M. BRUNETON Jean-Noël
Mme BUSSIÈRE Françoise
M. CAMOUS Jean-Pierre
M. CHATEL Marcel
M. COUSSEMENT Alain

Professeurs honoraires (suite)

M. DAR COURT Guy
M. DELLAMONICA Pierre
M. DELMONT Jean
M. DEMARD François
M. DOLISI Claude
M. FRANCO Alain
M. FREYCHET Pierre
M. GÉRARD Jean-Pierre
M. GILLET Jean-Yves
M. GRELLIER Patrick
M. HARTER Michel
M. INGLES AKIS Jean-André
M. LALANNE Claude-Michel
M. LAMBERT Jean-Claude
M. LAZDUNSKI Michel
M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. LE BAS Pierre
M. LE FICHOUX Yves
Mme LEBRETON Elisabeth
M. LOUBIERE Robert
M. MARIANI Roger
M. MASSEYEFF René
M. MATTEI Mathieu
M. MOUIEL Jean
Mme MYQUEL Martine
M. OLLIER Amédée
M. ORTONNE Jean-Paul
M. SAUTRON Jean Baptiste
M. SCHNEIDER Maurice
M. SERRES Jean-Jacques
M. TOUBOL Jacques
M. TRAN Dinh Khiem
M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. ZIEGLER Gérard

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraire

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M.GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Professeurs classe exceptionnelle

M. AMIEL Jean Urologie (52.04)
M. BENCHIMOL Daniel Chirurgie Générale (53.02)
M. BOILEAU Pascal Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M. DAR COURT Jacques Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.DESNUELLE Claude Biologie Cellulaire (44.03)
Mme EULLER-ZIEGLER Liana Rhumatologie (50.01)
M. FENICHEL Patrick Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M. FUZIBET Jean-Gabriel Médecine Interne (53.01)
M.GASTAUD Pierre Ophtalmologie (55.02)
M.GILSON Éric Biologie Cellulaire (44.03)
M. GRIMAUD Dominique Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.HASSEN KHODJA Reda Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.HÉBUTERNE Xavier Nutrition (44.04)
M.HOFMAN Paul Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.LACOUR Jean-Philippe Dermato-Vénérologie (50.03)
M.MARTY Pierre Parasitologie et Mycologie (45.02)
M. MICHIELS Jean-François Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.MOUROUX Jérôme Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M. PAQUIS Philippe Neurochirurgie (49.02)
M.PRINGUEY Dominique Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.QUATREHOMME Gérald Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. M.ROBERT Philippe Psychiatrie d'Adultes (49.03)

Professeurs classe exceptionnelle (suite)

M.SANTINI Joseph O.R.L. (55.01)
M.THYSS Antoine Cancérologie, Radiothérapie (47.02)

Professeurs première classe

Mme ASKENAZY-GITTARD Florence Pédiopsychiatrie (49.04)
M.BAQUÉ Patrick Anatomie -Chirurgie Générale (42.01)
M.BÉRARD Étienne Pédiatrie (54.01)
M.BERNARDIN Gilles Réanimation Médicale (48.02)
M.BONGAIN André Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.CASTILLO Laurent O.R.L. (55.01)
Mme CRENESSE Dominique Physiologie (44.02)
M.DE PERETTI Fernand Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.DRICI Milou-Daniel Pharmacologie Clinique (48.03)
M. ESNAULT Vincent Néphrologie (52-03)
M.FERRARI Émile Cardiologie (51.02)
M.FERRERO Jean-Marc Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.GIBELIN Pierre Cardiologie (51.02)
M.GUGENHEIM Jean Chirurgie Digestive (52.02)
Mme ICHAI Carole Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.LONJON Michel Neurochirurgie (49.02)
M.MARQUETTE Charles-Hugo Pneumologie (51.01)
M.MOUNIER Nicolas Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.PADOVANI Bernard Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme PAQUIS Véronique Génétique (47.04)
M.PRADIER Christian Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M.RAUCOULES-AIMÉ Marc Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme RAYNAUD Dominique Hématologie (47.01)
M.ROSENTHAL Éric Médecine Interne (53.01)
M.SCHNEIDER Stéphane Nutrition (44.04)
M.STACCINI Pascal Bio statistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.THOMAS Pierre Neurologie (49.01)
M.TRAN Albert Hépatogastro-entérologie (52.01)

Professeur deuxième classe

M.ALBERTINI Marc Pédiatrie (54.01)
Mme BAILLIF Stéphanie Ophtalmologie (55.02)
M.BAHADORAN Philippe Cytologie et Histologie (42.02)
M.BARRANGER Emmanuel Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.BENIZRI Emmanuel Chirurgie Générale (53.02)
M.BENOIT Michel Psychiatrie (49.03)
Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence Cancérologie –Génétique (47.02)
M.BREAUD Jean Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle BREUIL Véronique Rhumatologie (50.01)
M. CANIVET Bertrand Médecine Interne (53.01)
M.CARLES Michel Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.CASSUTO Jill-Patrice Hématologie et Transfusion (47.01)
M.CHEVALLIER Patrick Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme CHINETTI Giulia Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M. DELOTTE Jérôme Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.DUMONTIER Christian Chirurgie plastique
M. FONTAINE Denys Neurochirurgie (49.02)
M.FOURNIER Jean-Paul Thérapeutique (48-04)
M.FREDENRICH Alexandre Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle GIORDANENGO Valérie Bactériologie-Virologie (45.01)
M.GUÉRIN Olivier Gériatrie (48.04)
M.HANNOUN-LEVI Jean-Michel Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.IANNELLI Antonio Chirurgie Digestive (52.02)
M.JEAN BAPTISTE Elixène Chirurgie vasculaire (51.04)
M.JOURDAN Jacques Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
M.LEVRAUT Jacques Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.PASSERON Thierry Dermato-Vénérologie (50-03)
M.PICHE Thierry Gastro-entérologie (52.01)
M.ROGER Pierre-Marie Maladies Infectieuses; Maladies Tropicales (45.03)
M.ROHRLICH Pierre Pédiatrie (54.01)
M.RUIMY Raymond Bactériologie-virologie (45.01)
Mme SACCONI Sabrina Neurologie (49.01)
M.SADOUL Jean-Louis Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.TROJANI Christophe Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.VENISSAC Nicolas Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Professeurs des universités

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale

Professeurs agrégés

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

Maitres de conférence des universités-Praticiens hospitaliers

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)

M.AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)

Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)

M.BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)

Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)

Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M.DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)

M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)

M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)

M.FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)

M.GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)

Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)

Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)

Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)

Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)

Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)

Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)

M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)

M.PHILIP Patrick Cytologie et Histologie (42.02)

Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)

M.ROUX Christian Rhumatologie (50.01)

M.TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)

M.TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Professeurs associés

MCOYNE John Anatomie et Cytologie (42.03)

M.GARDON Gilles Médecine Générale

Mme PACZESNY Sophie Hématologie (47.01)

Maitres de conférence associés

MBALDIN Jean-Luc Médecine Générale
M. DARMON David Médecine Générale
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale
M.PAPA Michel Médecine Générale

Professeurs conventionnés de l'université

M.BERTRAND François Médecine Interne
M.BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M.CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M.JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M.QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

A M. le Professeur Jean-Gabriel FUZIBET

Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité, vos conseils.

Pour votre confiance en moi et vos encouragements durant mes années d'études et particulièrement lors de mon année en tant qu'interne dans votre service.

Vous êtes un modèle pour la médecine de par vos connaissances, vos compétences et votre relationnel.

Veillez trouver dans ce travail toute ma reconnaissance et l'expression de mon profond respect.

A M. le Professeur Vincent ESNAULT

Pour avoir accepté sans réserve de juger ce travail.

Pour votre encadrement et le partage de vos connaissances lors de mon semestre d'interne dans votre service.

A M. le Professeur Philippe HOFLIGER

Pour avoir accepté d'évaluer ce travail. Veuillez accepter l'expression de ma respectueuse gratitude.

A mon directeur de thèse M. le Docteur Adam TIFOURA

A M. le Docteur Yves FANTON, chef du pôle de médecine du centre hospitalier de la Miséricorde Ajaccio,

Pour votre esprit critique et vos encouragements.

A toute l'équipe de l'association d'auto-dialyse ACORSAD.

A tous les participants de l'étude,
Pour avoir accepté de participer à ce travail,
Pour votre implication malgré des emplois du temps très chargés.

A mes parents,

A mes sœurs, Nicole, Danielle et Chantale,

A ma famille,

A téta et jeddo,

A mes belles filles Alizée et Jade,

Vous savez mieux que quiconque combien les marches qui menèrent à l'aboutissement de ces études et ce travail furent longues et parfois difficiles. Votre soutien et tout l'amour que vous m'avez témoigné n'ont jamais failli. Je vous aime.

Je dédie cette thèse,

A mon époux Patrice,

Je t'ai rencontré comme une évidence et tout est devenu possible.

Ton amour, ta présence et ton exigence m'encouragent chaque jour. L'existence même de ce travail est inextricablement liée à ta présence à mes côtés.

Tu m'es essentiel, je t'aime mon amour.

ABREVIATIONS

ACORSAD : Association Corse d'Auto Dialyse

AINS : anti-inflammatoires non stéroïdiens

ALARM : Association of Litigation And Risk Management

BU : bandelette urinaire

Créat : Créatinémie

DFG : débit de filtration glomérulaire

DNID : diabète non insulino-dépendant

EPIREL : EPidémiologie de l'Insuffisance Rénale chronique terminale en Lorraine

EPO : érythropoïétine

FMC : formation médicale continue

HAS : haute autorité de santé

Hb : hémoglobine

HbA1C : hémoglobine glyquée

HTA : hypertension artérielle

IDE : infirmière diplômée d'état

IEC : inhibiteurs de l'enzyme de conversion

MDRD : Modification of diet in renal disease

MRC : maladie rénale chronique

MRCT : maladie rénale chronique terminale

PDF : Portable Document Format

REIN : Réseau épidémiologie et information en Néphrologie

RMM : Revue de Morbi-Mortalité

RMM-PPa : Revue de Morbi-Mortalité Pluri Professionnelle ambulatoire

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE

Remerciements

Abréviations

Table des matières

1. INTRODUCTION.....	18
1.1 Justificatif de ce travail : les objectifs du travail	
1.2 Choix de la méthode : La RMM	
2-RAPPEL SUR LA MRC.....	21
2.1-Définition de la maladie rénale chronique et classification	
2.2-Intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la MRC	
2.2.1 <i>Qui dépister ?</i>	
2.2.2 <i>Identification des patients progressseurs</i>	
2.2.3 <i>Ralentir la progression de la MRC</i>	
2.2.4 <i>Retarder les désordres liés à la MRC ou les traiter précocement</i>	
2.2.5 <i>Planifier le traitement de suppléance</i>	
2.2.6 <i>Préserver la qualité de vie des insuffisants rénaux</i>	
2.3 Conséquences d'une prise en charge tardive de la MRC	
2.4 La prise en charge de la MRC par le médecin généraliste	
2.5 Patients devant être adressés chez un néphrologue	
3. MATÉRIELS ET MÉTHODE.....	28
3.1. L'objectif	
3.2. L'étude	
3.2.1 <i>Définition</i>	
3.2.2 <i>Historique</i>	
3.2.3 <i>RMM pluriprofessionnelle</i>	
3.2.4 <i>La population concernée et les pathologies</i>	

- 3.3 Critères d'inclusion
 - 3.3.1. *Les professionnels de santé*
 - 3.3.2. *Les cas cliniques*

4.RESULTATS.....36

4.1 Problématiques identifiées et leurs causes

- 4.1.1 *Les médecins généralistes*
- 4.1.2 *Le néphrologue*
- 4.1.3 *Le patient*
- 4.1.4 *Les infirmières à domicile*
- 4.1.5 *L'environnement*

4.2 Solutions proposées pour un parcours de soin optimal

- 4.2.1 *Amélioration de la prise en charge de la MRC par une collaboration étroite entre les médecins généralistes et le néphrologue*
- 4.2.2 *Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes à toute altération de la fonction rénale notamment concernant un patient progressif*
- 4.2.3 *Sensibiliser et impliquer les patients dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique*
- 4.2.4 *Assurer une meilleure prise en charge des patients poly pathologiques*
- 4.2.5 *Diminuer les délais d'attente des consultations de néphrologie*

5. DISCUSSION.....41

5.1 Discussion sur la méthode

- 5.1.1 *L'entretien individuel*
- 5.1.2 *L'animation de la réunion*
- 5.1.3 *Les participants*
- 5.1.4 *Les cas cliniques*
- 5.1.5 *Les réunions*
- 5.1.6 *Les propositions d'action*
- 5.1.7 *L'avis des participants*

5.2 Discussion sur les résultats de l'analyse

- 5.2.1 *Représentation de la MRC chez les médecins généralistes*

5.2.2 *Analyse de la prise en charge et difficultés rencontrée chez les médecins généralistes*

5.2.3 *Relation médecin généraliste-néphrologue*

5.3 Discussion sur les pistes d'un parcours idéal et perspectives :

5.3.1 *Une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les néphrologues*

5.3.2 *Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute aggravation de la fonction rénale*

5.3.3 *Cibler les patients et les impliquer dans le parcours de soins de la MRC*

5.3.4 *Assurer une meilleure prise en charge des patients âgés poly pathologiques*

5.4 Comparaison aux études récentes

5.5 Limites et forces de l'étude

5.5.1 *Limites*

5.5.2 *Forces*

6. CONCLUSION.....	51
7. RESUME.....	53
8. ANNEXES.....	55
9. BIBLIOGRAPHIE.....	70
10. SERMENT D'HIPPOCRATE.....	76

1-INTRODUCTION

1-1 Justificatifs : les objectifs du travail :

La prise en charge de la maladie rénale chronique représente un problème de santé publique, du fait de sa gravité, des contraintes et des coûts qu'elle engendre. La maladie rénale chronique même modérée, en termes de facteur de risque cardiovasculaire, équivaut à une pathologie coronarienne avérée(1,2) et est associée à un risque accru d'accident vasculaire cérébral (3).

Les données épidémiologiques concernant l'insuffisance rénale en France sont imparfaites. Le registre national de la maladie rénale chronique en France mis en place en 1990, permettant d'avoir des données exhaustives sur la prévalence et l'incidence, a cessé son activité depuis 1994 (4). Les données épidémiologiques sont fondées essentiellement sur des études régionales, le plus souvent sur des périodes relativement courtes. La plupart d'entre elles concernent l'insuffisance rénale chronique terminale.

Les études épidémiologiques disponibles en population générale évaluent à 10 % la prévalence des adultes présentant un ratio albumine/créatinine urinaire > 3 mg/mmol ou un débit de filtration glomérulaire < 60 ml/min/1.73m². Le nombre de personnes ayant une maladie rénale chronique en France peut donc être estimé à près de 3 millions.

Chaque année en France, environ 9500 personnes débutent un traitement de suppléance.

Au 31 décembre 2009, près de 70 000 personnes étaient traitées, 54 % par dialyse et 46 % par greffe rénale(5). Ce nombre augmente de 4 % par an.

L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux.

Le coût humain de la maladie rénale chronique terminale est particulièrement élevé en termes de morbi-mortalité, d'impact sur la qualité de vie du patient et de conséquences pour l'entourage.

Malheureusement, on remarque l'absence d'étude ou de thèse évaluant la prise en charge de la maladie rénale chronique en Corse du Sud ainsi que sur la qualité des soins.

Cette région incite particulièrement l'attention car on note l'absence d'effectifs et la présence d'un seul néphrologue pour toute la région d'Ajaccio et agglomération.

Ainsi, les médecins généralistes sont en première ligne pour le dépistage, la prise en charge des patients ayant une maladie rénale chronique. Ils ont de ce fait un rôle déterminant dans le parcours de soins et surtout dans le retardement de l'évolution de cette maladie.

L'objectif de notre travail est d'explorer les pratiques et les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la maladie rénale chronique en soins primaires grâce à une revue de morbi-mortalité basée sur de vrais cas cliniques rencontrés dans le service.

L'objectif est surtout de faire des propositions concrètes pour induire un changement de comportements ainsi qu'une coopération efficace entre néphrologue et médecins généralistes.

1.2 Choix de la méthode : la RMM

La revue de morbi-mortalité (RMM) est une méthode permettant de décrire et d'analyser le parcours de soin complet du patient par une analyse collective, rétrospective et globale de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient (6).

L'analyse systématique menée lors de la RMM est une analyse globale de la situation, prenant en compte tous les éléments (organisationnels, techniques et humains) en interaction ayant contribué à la prise en charge d'un patient. Elle permet de dépasser la seule réflexion centrée sur un ou des individus. À l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes peuvent être tirés afin de mener des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Une RMM permet, en réfléchissant collectivement sur les prises en charge réalisées :

- de décrire les pratiques et les processus de soins réalisés ;
- d'identifier, parmi ces pratiques, celles jugées non optimales, ainsi que les problèmes rencontrés lors de la prise en charge, de les analyser afin d'en rechercher les facteurs contributifs et les causes, d'identifier également les actions et les éléments ayant permis d'éviter des dommages chez le patient ;
- de proposer des actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices) ;
- de suivre et d'évaluer les actions entreprises.

Cette démarche permet de tirer profit de l'analyse des situations s'étant produites pour apprendre et comprendre afin d'agir ensemble pour renforcer la qualité et la sécurité des soins, mais en aucun cas de rechercher un responsable ou un coupable.

La RMM est apparue en France en 2000. Initialement réservée au domaine hospitalier, elle s'est progressivement étendue au milieu ambulatoire(7). Au départ mono-professionnelle, puis pluri professionnelle. Une expérimentation publiée en 2013 énonce l'intérêt de l'étendre à des groupes ville-hôpital(8,9).

2-RAPPEL SUR LA MRC

2.1 Définition de la maladie rénale chronique et classification :

La maladie rénale chronique (MRC) est définie indépendamment de sa cause par la présence, pendant plus de 3 mois, de marqueurs d'atteinte rénale ou d'une baisse du débit de filtration glomérulaire estimé (DFG estimé) au-dessous de 60 ml/min/1,73 m² (10).

En 2009, la Société de Néphrologie a recommandé d'abandonner la formule de Cockcroft-Gault et d'utiliser l'équation de l'étude MDRD. Elle a une performance prédictive supérieure, en particulier chez le sujet âgé ou obèse (11). Un calculateur est disponible sur le site de la Société de Néphrologie (12).

Classification de la maladie rénale chronique (13,14) :

La classification de la maladie rénale chronique est définie en 5 stades, le stade 3 étant divisé en deux parties ; d'après les recommandations NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) de septembre 2008 :

Tableau 1 : Classification et stade de la maladie rénale chronique (14) :

Stages of chronic kidney disease (updated)		
Stage ^a	GFR (ml/min/1.73 m ²)	Description
1	≥ 90	Normal or increased GFR, with other evidence of kidney damage
2	60–89	Slight decrease in GFR, with other evidence of kidney damage
3A	45–59	Moderate decrease in GFR, with or without other evidence of kidney damage
3B	30–44	Moderate decrease in GFR, with or without other evidence of kidney damage
4	15–29	Severe decrease in GFR, with or without other evidence of kidney damage
5	< 15	Established renal failure

^a Use the suffix (p) to denote the presence of proteinuria when staging CKD (recommendation 1.2.1).

Mesure de la protéinurie et de l'albuminurie :

Elle permet :

- le diagnostic nosologique d'une maladie rénale chronique ;
- l'évaluation de la progression de la maladie rénale chronique et de l'efficacité de la prise en charge thérapeutique ;
- l'appréciation du risque de maladie cardio-vasculaire.

La protéinurie clinique peut être définie par:

- ratio albuminurie/créatininurie > 30 mg/mmol ;
- ratio protéinurie/créatininurie > 50 mg/mmol ;
- protéinurie des 24 heures > 0,5 g.

Tableau 2 : Pronostic, fréquence et stratégie de suivi des maladies rénales chroniques en fonction du débit de filtration glomérulaire et de l'albuminurie (13) :

Pronostic, fréquence (nb par an) et stratégie de suivi des maladies rénales chroniques (MRC) en fonction du débit de filtration glomérulaire et de l'albuminurie KDIGO 2012 <small>Traduction Perruche en autonome</small>				Albuminurie ou protéinurie (mg/g ou mg/mmol)		
				A1	A2	A3
				Normale à légèrement augmentée	Légèrement à modérément augmentée	Augmentation importante
				<30 ou <150 <3 ou <15	30-300 ou 150-500 3-30 ou 15-50	>300 ou >500 >30 ou >50
Débit de filtration glomérulaire estimé (formule CKD-EPI 2009) exprimé en ml/mn/1,73m ²	G1	Normal ou haut	>90	1 si MRC	1 Suivi MG	2 Avis Néphro
	G2	Légèrement diminué	60-89	1 si MRC	1 Suivi MG	2 Avis Néphro
	G3a	Légèrement à modérément diminué	45-59	1 Suivi MG	2 Suivi MG	3 Avis Néphro
	G3b	Modérément à sévèrement diminué	30-44	2 Suivi MG	3 Suivi MG	3 Avis Néphro
	G4	Diminution importante	15-30	3 Avis Néphro	3 Avis Néphro	>=4 Avis Néphro
	G5	Failite rénale	<15	>=4 Avis Néphro	>=4 Avis Néphro	>=4 Avis Néphro

Risque de progression: faible (vert), modéré (jaune), important (orange), très important (rouge)
Kidneyinter., Suppl. 3, 2013

2.2 Intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la MRC :

2.2.1 Qui dépister ?

Selon les recommandations de l'ANAES de septembre 2002 (11), le DFG doit être évalué :

- chez les patients ayant une anomalie rénale ;
- chez des patients ayant un risque de maladie rénale (notamment diabète, hypertension) ;
- dans certaines circonstances (prescription d'aminoside, de chimiothérapie néphrotoxique, sujet âgé > 75 ans avant la prescription de médicaments à élimination rénale) ;
- en cas d'anomalies cliniques ou biologiques extrarénales (anémie normochrome, normocytaire arégénérative, troubles digestifs, anomalies du métabolisme phosphocalcique cliniques ou biologiques).

Selon les recommandations de la Kidney Disease Outcomes Quality Initiative KDOQI 2002 (13), le DFG doit être évalué chez les patients à risque de développer une IRC :

- diabétiques
- hypertendus
- antécédent de maladie de système
- néoplasie
- antécédents familiaux d'insuffisance rénale
- prescription de médicaments néphrotoxiques

Selon les recommandations NICE (14), le DFG doit être évalué chez les patients :

- recevant des traitements néphrotoxiques (anti inflammatoire non stéroïdien, lithium)
- diabétiques
- hypertendus
- aux antécédents de maladie cardio-vasculaire
- aux antécédents d'obstruction des voies urinaires (lithiase, malformation des voies urinaires, hypertrophie prostatique)
- aux antécédents de maladie de système.
- aux antécédents familiaux d'insuffisance rénale terminale ou de maladie rénale héréditaire.
- chez lesquels une hématurie ou une protéinurie a été détectée de manière fortuite.

2.2.2 Identification des patients progresseurs

Selon les recommandations NICE de septembre 2008 (14), un patient progresseur est un patient dont le DFG décroît de :

- > 5ml/min/1.73m² en 1 an.
- et/ou >10 ml/min/1.73m² en 5 ans.

Une difficulté s'ajoute pour le médecin généraliste une fois qu'il a dépisté les patients atteints d'IRC : identifier les patients progresseurs. Pour cela, il doit disposer d'au moins une mesure du DFG de l'année précédente, ou des 5 années antérieures. Le fait d'adresser des patients progresseurs à un néphrologue permet de diminuer le déclin de la fonction rénale, de diminuer la pression artérielle, et d'améliorer leur chance de survie (15).

L'HTA et la protéinurie sont des facteurs prédictifs de progression de l'insuffisance rénale (16). Le fait de corriger ces facteurs réduit la progression de l'insuffisance rénale(17,18).

2.2.3 Ralentir la progression de la MRC

La possibilité de ralentir l'évolution de la MRC est une notion récente qui renforce l'intérêt du dépistage et de la prise en charge précoce de la maladie. Diagnostiquer la MRC le plus tôt possible permet de traiter la pathologie causale et de mettre en œuvre les mesures de néphroprotection(16).

2.2.4 Retarder les désordres liés à la MRC ou les traiter précocement

Prévenir et traiter précocement les conséquences de la toxicité urémique, et préserver l'état cardiovasculaire et nutritionnel des patients insuffisants rénaux améliorent le pronostic et l'évolution de la maladie. La revue systématique du *Health Technology Assessment* britannique (19) a analysé les résultats rapportés dans 17 études (16 600 patients) sur ce sujet (Europe, USA, Asie, Australie et Brésil) dont 6 dépassants les 1000 participants. Le caractère «tardif » de l'avis néphrologique était défini par la date (6 mois ou moins avant le début de la dialyse) ou un taux de filtration glomérulaire < 20. La mortalité à 1 an après le début de la dialyse allait de 2,8 à 27,5 % dans les groupes « avis précoce » vs 7,4 à 39,5 % dans les

groupes « avis tardif » à 5 ans de 27,6 à 51,5 vs 36,1 à 83,3 %. Les autres résultats sont assez prévisibles : plus de consultations néphrologiques dans le groupe « précoce », une meilleure préparation à la dialyse, moins de journées d'hospitalisation, un traitement souvent mieux adapté (par exemple l'utilisation de l'EPO).

2.2.5 Planifier le traitement de suppléance

Une planification de la dialyse et de la transplantation offre aux patients les meilleures garanties de réussite de ces traitements sur le plan médical et humain. Eviter les dialyses en urgence et donc les gestes invasifs (pose de cathéters en urgence par exemple).

2.2.6 Préserver la qualité de vie des insuffisants rénaux

La qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques est un élément incontournable de leur prise en charge. En ce qui concerne la MRC, la qualité de vie des patients est brutalement altérée à l'approche du stade terminal de la maladie et en particulier lors de l'instauration du traitement de suppléance.

L'étude EPIREL(20) met en évidence que le score moyen de qualité de vie perçu par les patients lors du démarrage de la suppléance est significativement amélioré lorsqu'ils bénéficient d'une prise en charge précoce (inférieure à 12 mois avant le début de la suppléance) par le néphrologue.

2.3 Conséquences d'une prise en charge tardive de la MRC:

Une prise en charge tardive de la MRC retarde l'application des mesures de néphroprotection et est associée à une diminution du délai moyen entre MRC et MRC terminale.

Lorsque le traitement de suppléance est instauré en urgence, il s'accompagne d'une augmentation de la morbi-mortalité, d'un surcoût et d'une altération brutale de la qualité de vie du patient.

Selon l'étude EPIREL(20), la référence tardive au néphrologue est associée à une surmortalité dans les 3 premiers mois suivant le début de la dialyse. Aussi, la mortalité précoce est plus importante de 20 à 37 %, dès la fin de la première année de dialyse, indépendamment de l'âge, du niveau de fonction rénale résiduelle et des comorbidités associées(21).

Lorsque le traitement de suppléance n'a pas été planifié, le choix des options thérapeutiques est restreint. La dialyse est débutée sur un abord veineux temporaire inadapté et, dans ce contexte de MRCT où l'état clinique du patient est précaire, la durée d'hospitalisation est augmentée et peut avoir lieu en unités de soins intensifs.

Sur le plan économique, l'hémodialyse en centre est le mode de prise en charge le plus onéreux; les plus gros pôles de dépenses identifiés par l'assurance maladie sont les hospitalisations et les transports. Fin 2007, le coût de la prise en charge des patients traités pour MRCT a été évalué à 4 milliards d'euros(22). Avec 30% de patients débutant la dialyse

en urgence du seul fait d'une référence tardive au néphrologue, il est important d'intensifier le dépistage et la prise en charge précoce de la MRC et d'optimiser le rôle des réseaux de soins.

2.4 La prise en charge de la MRC par le médecin généraliste :

Les médecins généralistes ont un rôle important dans la détection précoce de l'IRC pour en limiter la progression et assurer une prise en charge optimale des patients. Une détection et une prise en charge précoce de l'IRC permettrait de réduire de 50 % les risques de progression de l'insuffisance rénale, et les facteurs de risque cardiovasculaires. Une prise en charge tardive est associée à une augmentation de la morbidité et de la mortalité.

Les médecins généralistes ne seraient pas suffisamment sensibilisés et par conséquent certaines lacunes semblent subsister.

Quel que soit le stade de la MRC, les objectifs des traitements sont les suivants :

- Traiter la maladie causale,
- Ralentir la progression de la maladie rénale,
- Prévenir le risque cardio-vasculaire et les complications de la MRC.

À partir du stade 3 :

- Prévenir et réduire les symptômes et complications,
- Prendre les mesures de protection du capital veineux (stade 3B et suivant le contexte)
- Assurer la meilleure qualité de vie possible avant le stade d'insuffisance rénale chronique terminale.

À partir du stade 4 :

Informé le patient et sa famille des possibilités et choix des traitements de suppléance lorsque ceux-ci sont envisagés (cela relève du néphrologue).

2.5 Patients devant être adressés chez un néphrologue :

D'après les recommandations NICE de septembre 2008, doivent être adressés chez le néphrologue, les patients (14) :

- atteints d'IRC au stade 4 ou 5 (avec ou sans diabète).
- présentant une forte protéinurie ($ACR \geq 70$ mg/mmol, $PCR \geq 100$ mg/mmol, protéinurie ≥ 1 g/24h).
- présentant une protéinurie modérée ($ACR \geq 30$ mg/mmol, $PCR \geq 50$ mg/mmol, protéinurie ≥ 5 g/24h) avec une hématurie.
- patients progresseurs.
- atteints d'HTA réfractaire malgré quatre traitements antihypertenseur.
- présentant ou suspects d'être atteints d'une cause génétique d'IRC.
- suspects d'une sténose d'artère rénale.

Adresser un patient chez un néphrologue permet de diminuer l'aggravation de l'IRC (23).

Une étude menée dans le service de néphrologie de l'hôpital Necker, à Paris, a montré que le recours au néphrologue est souvent tardif et prive les patients de mise en place de soins réduisant la morbidité et la mortalité cardiovasculaire. Une meilleure coordination entre les médecins généralistes et les néphrologues semble nécessaire pour une optimisation de la prise en charge des patients (24).

D'autres études ont montré que le fait d'adresser tardivement un patient au néphrologue est associé à une mortalité plus importante (25,26). Plusieurs études ont montré que certaines caractéristiques des patients étaient associées à un recours plus tardif au néphrologue : faible espérance de vie, multiples comorbidités, appartenance à une minorité ethnique, et niveau d'éducation bas (27,28).

Pour ma part, j'ai été particulièrement marquée par quelques cas d'insuffisance rénale aigue chez des personnes âgées ayant des MRC ignorées ou mal gérées par les médecins traitants. Les conséquences de la mise en route de dialyse en urgence sur cathéters étaient souvent dramatiques.

Pratiquement on se retrouve devant deux constats : d'une part l'insuffisance du diagnostic et d'autre part une insuffisance de la prise en charge (50 % des malades de la région consultent un néphrologue moins de 6 mois avant leur première dialyse) (29).

Comment éviter que ces situations soient moins fréquentes, voire ne se reproduisent plus ?

3-MATERIEL ET METHODES

3.1 L'objectif :

L'objectif de cette étude est d'explorer les difficultés des médecins généralistes dans la prise en charge de la maladie rénale chronique, de montrer les écarts entre les pratiques réelles et les recommandations des sociétés savantes.

L'objectif secondaire est de faire des propositions concrètes - en fonction des résultats - pour induire un changement de comportement dans la prise en charge du patient atteint d'une maladie rénale chronique en soins primaires. Le but est d'améliorer son parcours en créant des pistes de travail et de collaboration entre les médecins généralistes et le néphrologue dans l'intérêt du patient.

3.2 L'étude :

Pour notre étude, nous avons réalisé une revue de morbi-mortalité pluri professionnelle ville-hôpital (RMM) pour s'intéresser au parcours de soins complet du patient.

A l'issue de cette analyse, des enseignements sur les forces et les vulnérabilités existantes ont pu être tirés, afin de définir les actions d'amélioration visant à diminuer la probabilité d'apparition des causes à l'origine du risque (actions préventives) ou à limiter leurs effets délétères et leur gravité (actions protectrices).

3.2.1 Définition :

Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès, d'une complication, ou d'un évènement qui aurait pu causer un dommage au patient. Toute personne assistant à une RMM est tenue au secret professionnel (article L. 1110-4 du Code de la santé publique et article 226-13 du Code pénal).

3.2.2 Historique :

Tout a commencé par une démarche pédagogique...

Le concept de conférence d'analyse des décès est apparu aux États-Unis au début du XXe siècle dans le rapport sur l'éducation médicale de Flexner (30,31). Ces conférences servaient d'outil pédagogique permettant aux médecins d'analyser les cas de patients décédés et de porter un regard critique sur leurs propres pratiques en dehors de toute notion de sanction. Ces conférences ont été intégrées pour les pratiques hospitalières par l'American College of Surgeons en 1917, à l'origine du dispositif d'accréditation des hôpitaux nord-américains (32,33). Cette activité a été rendue obligatoire dans la formation des chirurgiens en 1983 par l'Accreditation Council for

Graduate Medical Education qui demande que soient organisées des «revues hebdomadaires de toutes les complications et décès» (34).

De la même manière, le Royal College of surgeons au Royaume Uni exige depuis 1987 qu'un hôpital organise régulièrement les RMM afin de pouvoir être reconnu en tant que lieu de formation des jeunes chirurgiens.

La RMM est l'occasion pour les médecins en formation de présenter les cas de patients décédés ou ayant développés des complications et de focaliser la discussion sur les stratégies alternatives qui auraient pu modifier la survenue de telles complications. La RMM est alors considérée comme un véritable dispositif d'apprentissage par l'erreur permettant une critique constructive des pratiques professionnelles.

Pour Orlander et al. (35) « les RMM amènent les praticiens à examiner des cas qui ont mal évolué dans un effort pour améliorer leur compétence. La réunion est aussi une reconnaissance implicite de l'importance de faire face à l'erreur. Les deux objectifs, apprendre par l'erreur et faire face à l'erreur, sont au centre du métier de médecin et constituent la base de notre conviction que les RMM sont importantes dans la formation médicale. »

...vers une démarche moderne d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

En France, la RMM a commencé à être utilisée dans les centres hospitaliers universitaires en 2000.

En 2006, la Haute Autorité de Santé (HAS) a validé cette méthode dans les procédures de certification et d'accréditation d'un établissement de soins. Un guide méthodologique a été validé en 2009 (6).

Selon le rapport de la HAS en janvier 2010 (7), la RMM est une méthode applicable aux soins de premier recours. Toute structure regroupant des médecins généralistes peut promouvoir les RMM dans les démarches d'évaluation des pratiques professionnelles qu'elle propose. Deux études, la première à Metz (36) et la seconde à St Etienne (37), confirment l'utilisation de la RMM en soins primaires.

3.2.3 RMM pluri professionnelle :

Dans le guide méthodologique de la RMM en médecine générale (6), la HAS précise que « même si les médecins généralistes sont organisés le plus souvent en groupe mono professionnel, la RMM requiert pour son efficacité la participation des professionnels de santé impliqués dans la prise en charge du patient dont le cas est

traité. Des groupes pérennes pluri-professionnels et pluridisciplinaires peuvent donc être mis en place dans un territoire donné. »

Les différentes expériences de RMM en ambulatoire suscitées ne réunissaient que des médecins généralistes. Comme le note le Dr DUPIE, « l'absence dans les réunions d'autres acteurs de la chaîne de soins limite à la fois l'analyse des faisceaux de causes et la portée des améliorations élaborées. » (38,39). En effet, la difficulté d'associer ces autres acteurs à posteriori limite, en outre, la mise en œuvre des actions proposées.

Les conférences Paul Savy l'ont également comprises puisqu'elles donnent la possibilité à d'autres soignants en soins primaires de participer aux RMM depuis début 2011 (40).

3.2.4 La population concernée et les pathologies :

Affichant un bon état de santé global, la population corse s'inscrit dans les grandes tendances de la population française en matière de santé.

Au cours des quinze dernières années, l'espérance de vie à la naissance a progressé de façon plus marquée qu'en France notamment chez les hommes. En 2008, la région se situait au 7ème rang des régions métropolitaines pour l'espérance de vie à la naissance chez les femmes (84,6 ans) et au 4ème rang chez les hommes (78,6 ans).

Le taux de mortalité infantile a considérablement diminué au cours des cinquante dernières années et se place en région Corse à un niveau inférieur à celui de la France métropolitaine (2,7 pour 1 000 naissances vivantes en 2009 contre 3,6 ; 4ème taux le plus faible parmi les régions métropolitaines) (41).

En Corse, chaque année, plus de 500 personnes décèdent avant 65 ans dont 69 % d'hommes. Les trois principales causes de mortalité prématurée sont les cancers (41 % des décès prématurés), les traumatismes (20 %) et les maladies cardiovasculaires (16 %) (41).

Les maladies de l'appareil circulatoire ont causé 813 décès en moyenne chaque année sur la période 2006-2008, soit 29 % des décès sur cette période (2ème cause de décès après les tumeurs). Elles représentent 15,7 % des décès chez les moins de 65 ans, ce qui situe cette cause au 3ème rang en terme de mortalité prématuré (41).

On ne dispose pas de données d'enquête épidémiologique de prévalence ou d'incidence sur le diabète en Corse. En Corse, en 2005-2007, le diabète représentait 13 % des admissions en ALD, soit 820 assurés (CnamTS,RSI, MSA) nouvellement admis chaque année en ALD pour un diabète sucré non insulino-dépendant, et plus de 100 pour un diabète insulino-dépendant, dans la région (32).

Entre 2012 et 2014, le diabète a été la cause principale de 52 décès et la cause associée de 143 décès en moyenne chaque année (soit respectivement 2 % et 5 % des décès) (5). En 2014, l'âge médian des patients à l'initiation de la dialyse était de 69ans.

On compte 13 à 15 000 personnes en Corse qui souffrent d'insuffisance rénale chronique et 215 malades qui fréquentent les sept centres de dialyse de l'île (5,41).

L'agglomération ajaccienne compte 80 745 habitants.

Il existe au total trois néphrologues pour toute la corse du sud : 2 néphrologues à Porto Vecchio (hospitaliers), et 1 seul néphrologue hospitalier pour Ajaccio et agglomération.

Au cours de l'année 2014, 42 patients résidant en région Corse ont débuté un traitement de suppléance, dont 26 patients en Corse du Sud. L'hypertension et le diabète sont responsables à eux seuls de près d'un cas sur deux (5).

3.3 Critères d'inclusion :

3.3.1 Les professionnels de santé :

Pour notre étude, nous avons réalisé une réunion pluri-professionnelle, comme le recommande la HAS pour les RMM. Pour aller plus loin dans l'expérimentation, nous avons formé un groupe pluri-professionnel ville-hôpital. C'est à dire que les participants recrutés sont des professionnels de santé ayant une activité purement libérale, hospitalière ou mixte.

Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat. La méthode de recrutement des infirmiers a été de type « boule de neige » (*snowballslamping*). Elle consiste à recruter les professionnels par connaissance à partir d'un des participants déjà sélectionné.

Pour le recrutement des médecins généralistes, nous avons contacté les médecins généralistes exerçant sur Ajaccio et la rive sud du golfe pour leur présenter le protocole de l'étude. Le recrutement s'est fait sur la base du volontariat.

Ainsi, sur les 55 médecins généralistes ayant été contactés, 7 ont accepté de participer à l'étude (dont, aucun médecin des cas cliniques sélectionnés), 48 médecins généralistes ont directement refusé (en mettant en avant un manque de disponibilité).

L'équipe a été composée au final de :

-7 médecins généralistes, âgés de 42 à 61 ans.

-1 pharmacien de ville.

-5 infirmiers du centre d'auto dialyse ACORSAD, exerçant également aussi en libéral et ayant 2 des patients inclus dans l'étude.

-Le néphrologue du centre hospitalier d'Ajaccio.

-2 secrétaires médicales exerçant au sein du centre hospitalier en néphrologie.

3.3.2. Les cas cliniques :

Les critères de sélection des situations cliniques utilisables pour la RMM sont très précis. Il doit s'agir de cas marqués par la survenue d'une complication, d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient ou d'un décès.

La sélection des cas a été faite d'une façon rétrospective après analyse des dossiers médicaux des patients ayant été adressés en consultation de néphrologie ou vus lors d'une hospitalisation au centre hospitalier d'Ajaccio entre les mois de Novembre 2013 et de septembre 2015.

Le dossier initial a été complété plus tard après sélection du cas clinique en récoltant les informations et les comptes rendus des bilans et des hospitalisations antérieures avec l'aide du médecin traitant, grâce aux familles ou directement en contactant les centres hospitaliers dans lesquels le patient a séjourné.

Par ailleurs, une analyse de la thérapeutique a été faite en comparant la pratique réelle aux recommandations et aux protocoles déjà définis.

Les situations cliniques sélectionnées correspondent aux situations suivantes :

- Des patients atteints d'une maladie rénale chronique
- Patients adultes > 18 ans, pas de limite d'âge.
- Patients ayant posé un problème de retard de diagnostic ou d'une mauvaise prise en charge :

* adressés au néphrologue tardivement, (DFG < 25ml/mn/m²).

* un démarrage en urgence d'une hémodialyse sans préparation alors que la maladie rénale chronique était connue chez le patient depuis plusieurs années.

* la survenue d'un décès causé par un retard de traitement de suppléance ou suite à une complication de la maladie rénale chronique non prise en charge.

* Patients victimes d'une mauvaise prise en charge de la maladie rénale chronique.

3.3.3 Référentiels d'évaluation de la prise en charge :

Nous avons défini des indicateurs d'évaluation de la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique. Ces indicateurs ont permis de sélectionner les cas cliniques pour l'étude de RMM.

Les référentiels d'évaluation sont les recommandations de l'HAS de septembre 2002 (11), celles du guide ALD 19 de juin 2007 destiné aux médecins concernant les néphropathies chroniques graves (32), et celles de NICE de septembre 2008 (14).

Nous avons retenu les critères suivants :

-Présence d'au moins une protéinurie dans le dossier-Présence d'un rapport albuminurie/créatininurie ou protéinurie/créatininurie (sachant qu'il est recommandé de doser l'albumine à 3 reprises à des intervalles de une à 8 semaines pour confirmer la persistance de la micro albuminurie), sachant que la micro albuminurie est un marqueur prédictif de survenue d'une néphropathie diabétique évolutive et de complication cardiovasculaire

- Pression artérielle conforme en fonction de la pathologie initiale
- Présence d'au moins une glycémie dans le dossier
- Présence d'au moins un dosage LDL dans le dossier
- Prescription d'un traitement hypolipémiant pour les patients au stade 3B et 4
- Présence d'au moins un dosage de l'hémoglobine pour les patients au stade 3B et 4
- Imagerie rénale initiale
- statut tabagique renseigné
- Prise en charge thérapeutique appropriée : prescription de médicaments "néphroprotecteurs" en cas de PA > ou = à 130/80 mm hg ou en cas d'albuminurie > ou = à 30 mg/j ou 20 mg/l
- Un avis néphrologique si :
 - *Protéinurie positive à la bandelette ou >300 mg/24h si dosage
 - *Stade 4
 - *Patient progressif
 - *HTA réfractaire malgré une quadrithérapie

3.4 Les temps de l'étude :

3.4.1. Entretiens individuels :

Dans un premier temps, nous avons proposé à chaque intervenant un entretien individuel. L'objectif de cet entretien était de recueillir le cas clinique de manière précise et uniquement factuel afin de préparer la réunion. Pour cela, nous avons utilisé le questionnaire de la HAS validé pour la médecine générale (Annexe 1). Suite à la description du cas, le professionnel de santé pouvait proposer spontanément une analyse personnelle de sa situation et une ébauche de proposition du plan d'action, mais ces deux étapes étaient facultatives et non analysées ensuite.

3.4.2. Réunion pluri-professionnelle ville-hôpital:

Une fois les situations recueillies, les professionnels de santé ont participé à une réunion comportant un animateur et un observateur. En début de réunion, l'animateur a mentionné à l'ensemble des participants l'importance de la non culpabilisation, élément indispensable à l'objectivité et au succès de la recherche de causes lors de l'analyse collective. Chaque situation clinique a été exposée devant l'ensemble des professionnels de santé. Le premier temps de la réunion a été uniquement dévolu au récit des faits. En second temps, avec l'aide du questionnaire de la HAS, l'analyse du cas s'est faite en groupe en respectant les temps de l'analyse. Enfin, le dernier temps était consacré aux propositions d'actions d'amélioration, toujours élaborées de manière collective.

3.4.3 L'analyse des données :

Les données issues des entretiens et des réunions ont été recueillies à l'aide d'un dictaphone numérique. Les professionnels de santé ont tous été préalablement informés. Ces données vocales ont été retranscrites manuellement en texte pour nous permettre de réaliser un codage manuel des transcrits.

Ainsi la chronologie peut être résumée comme suit :

- 1-Présentation de la situation clinique.
- 2- Rechercher des causes immédiates, apparentes.
- 3-Rechercher des causes profondes.
- 4-Identification des problèmes et des dysfonctionnements.
- 5-Proposition de plans d'action

4-RESULTATS

Le tableau 3 présente les caractéristiques des professionnels de santé ayant participé à l'étude.

Tableau 3: Caractéristiques des participants de l'étude

	nombre total	Homme	Femme
Infirmiers	5	1	4
Médecins généralistes	7	5	2
Néphrologue	1	1	0
Pharmacien	1	1	0
Secrétaires médicales	2	0	2

Dans le cadre de la revue de morbi-mortalité, une analyse cas par cas est attendue avec pour chaque cas clinique, la présentation des problématiques identifiées ainsi que des propositions d'amélioration. Il s'agit de la rédaction d'un compte rendu pour chaque cas clinique. Ces comptes rendu sont disponibles en annexe 2.

La spécificité de tous les cas cliniques choisis est la suivante : tous les patients sont au stade terminal au moment de la sélection et ont débuté un traitement de suppléance par hémodialyse.

Les entretiens individuels ont été réalisés à l'ACORSAD (association d'auto dialyse). Pour une meilleure lisibilité et compréhension des résultats de notre étude, nous avons décidé de les présenter en fonction des acteurs du parcours de soins du patient atteint d'une MRC. Ils sont classés dans chaque catégorie par ordre de fréquence, du plus évoqué au moins évoqué par les participants lors des réunions.

D'une manière générale, l'analyse des cas par rapport aux indicateurs d'évaluation de la prise en charge a permis de mettre en évidence les données suivantes :

4.1 Problématiques identifiées et leurs causes :

4.1.1 Les médecins généralistes

Les situations cliniques ont permis d'identifier des problématiques concernant le médecin généraliste prenant en charge le patient.

-La MRC est une maladie grave, méconnue et longtemps silencieuse

La formation médicale initiale est insuffisante concernant la néphrologie. De même la formation médicale continue (FMC) traite peu du domaine de la néphrologie.

-Une évaluation initiale insuffisante du rapport bénéfice-risque concernant l'instauration ou de la modification d'un traitement; notamment par exemple à cause d'un manque d'évaluation globale du patient.

-L'analyse descriptive de la pratique des médecins généralistes d'après les situations cliniques sélectionnées révèle les problématiques suivantes :

*Une carence dans la surveillance biologique respectant les recommandations : les médecins généralistes ne sont pas alarmés par l'altération des chiffres de la créatinémie/clairance, et lorsqu'ils le sont ,ils procèdent à une simple surveillance biologique plus ou moins rapprochée de la clairance sans prise en charge efficace.

*Le traitement de la MRC est conçu comme un traitement des pathologies associées : Par exemple par l'instauration d'un traitement du diabète et de l'hypertension artérielle et non pas par un traitement spécifique de la MRC. Les deux principales pathologies qui conditionnent la morbidité et la mortalité dans l'IRC sont l'HTA et la protéinurie. Le traitement de choix pour ces deux facteurs reste les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) mais des lacunes semblent exister dans la prescription et le suivi des patients traités par ces molécules.

*Le manque de communication avec les autres intervenants et le retard dans la demande d'un avis spécialisé : les médecins généralistes relèvent cette problématique mais ils la justifient par les délais d'attente des consultations et les difficultés à avoir des rendez-vous. Dans certaines situations, les médecins généralistes envoient les patients ayant une MRC pour savoir s'ils relèvent de la dialyse ou pas. Ils estiment que la MRC évolue inéluctablement vers la MRC terminale et que le rôle des néphrologues est d'intervenir à ce stade pour mettre en place les soins de suppléances. Ceci laisse penser que les MG estiment que le néphrologue ne propose pas de meilleurs projets thérapeutiques aux patients avant le stade de la dialyse.

*Les médecins généralistes s'appuient sur le néphrologue pour mieux expliquer au patient la nature de sa maladie, afin qu'il en prenne conscience et pour déclencher une alliance thérapeutique même à travers un discours alarmant.

4.1.2 Le néphrologue

Le problème initial est le manque d'effectif suffisant et la difficulté à gérer les situations chroniques graves.

Le deuxième problème constaté est l'absence de transmission entre les médecins néphrologues remplaçants concernant les dossiers sensibles vus en consultation.

Le troisième problème relevé par les médecins généralistes est le manque de retour concernant les consultations quand elles ont eu lieu : Si l'un des grands désespoirs du néphrologue est de voir arriver un patient avec une MRCT non préparée, il n'est pas exempt de tout reproche. En effet, les médecins généralistes estiment le retour d'information des néphrologues très insatisfaisant. Certains en sont arrivés à se poser des questions quant à l'intérêt d'un avis spécialisé s'il n'y a aucun retour.

4.1.3 Le patient

Les problématiques directement liées au patient sont :

-Une banalisation de la maladie : la dégradation de la fonction rénale reste asymptomatique jusqu'à un stade très avancé, l'absence de symptômes chez le patient le laisse dans l'ignorance de sa maladie et ne l'incite pas à demander une prise en charge, et l'incite à une mauvaise observance et un manque de respect des règles hygiéno-diététiques.

-Un comportement trop rigide, et le refus des conseils et des conduites à tenir

-La fragilité de certains patients et donc le problème des comorbidités.

-Le manque de connaissances sur la MRC . Cela concerne non seulement le manque d'éducation sur la maladie elle-même mais aussi sur les médicaments néphro-toxiques et les adaptations thérapeutiques.

4.1.4 Les infirmières à domicile :

On note l'absence de formation concernant les signes de gravité chez un patient atteint d'une MRC, ainsi qu'une absence de communication avec le médecin traitant et de sensibilisation du patient atteint d'une MRC.

4.1.5 L'environnement :

Le problème lié à la géographie du territoire et la distance importante des centres hospitaliers et le manque d'effectifs : certains patients habitent dans des villages à plusieurs kilomètres de la ville et éloignés du centre hospitalier et des médecins.

4.2 Solutions proposées pour un parcours de soin optimal :

4.2.1 Amélioration de la prise en charge de la MRC par une collaboration étroite entre les médecins généralistes et le néphrologue :

Une bonne prise en charge de la MRC passe par une collaboration avec le néphrologue. Exiger un retour d'information par courrier permettrait de mettre en place un projet

personnalisé de soins avec notamment une adaptation des traitements potentiellement néphro-toxiques et l'introduction de traitement néphroprotecteur.
Il s'agirait donc d'assurer un suivi de qualité et surtout un suivi régulier.

4.2.2 Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute altération de la fonction rénale et surtout devant tout patient progressif :

Il serait bénéfique de créer des campagnes de sensibilisation au niveau local accessibles à tous les médecins généralistes, comme par exemple des réunions départementales au niveau du centre hospitalier dirigées par le néphrologue pour expliquer et rappeler recommandations et des conduites à tenir face à la MRC.

4.2.3 Sensibiliser et impliquer les patients dans le parcours de soins de la maladie rénale chronique :

Cette action peut être efficace en ciblant davantage certains patients habitant dans des villages éloignés de la ville et en formant des IDE intervenant à domicile.

Certains médecins généralistes proposent la création d'outils comme par exemple des livrets didacticiels dans lesquels les patients et les IDE peuvent noter les chiffres de créatinines et la clairance de la créatinine, ainsi que les chiffres tensionnels et certains symptômes.

Cela permettrait aux patients d'être vigilants et de s'alarmer s'il y a une aggravation et de les sensibiliser aux mesures de néphro-protection ainsi qu'au respect des rendez-vous fixés avec le médecin traitant ou le néphrologue.

Ce moyen permettrait au médecin traitant d'intervenir et d'être plus vigilant par le biais des IDE en cas d'aggravation du bilan ou de l'état clinique du patient.

4.2.4 Assurer une meilleure prise en charge des patients poly pathologiques :

Certains intervenants préconisent une attention renforcée pour les patients âgés ayant une MRC modérée afin d'éviter les facteurs aggravant comme la déshydratation et la iatrogénie.

4.2.5 Diminuer les délais d'attente pour les consultations de néphrologie:

Cette solution demande d'augmenter les effectifs des médecins néphrologues au sein du centre hospitalier d'Ajaccio ainsi que d'établir des consultations d'urgence via une collaboration efficace avec les médecins traitants.

Il apparaît également nécessaire de mettre en place un protocole de conduite à tenir en cas de problème : adresser le patient au néphrologue du centre hospitalier ou, en cas de délai important, l'adresser vers d'autres néphrologues sur le continent en mettant en place une collaboration continue avec les centres hospitaliers sur le continent.

5-DISCUSSION

5.1 Discussion sur la méthode :

« *Les méthodes qualitatives ont pour fonction de comprendre plus que de décrire systématiquement ou de mesurer* »(42).

Les méthodes de recherche qualitatives sont souvent dévalorisées par rapport aux méthodes quantitatives : on leur reproche généralement de se baser sur des échantillons trop faibles pour légitimer les résultats obtenus. Mais ce reproche traduit une méconnaissance de ce type de méthodes. En effet, les méthodes qualitatives sont, au contraire, particulièrement bien appropriées pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus.

La complexité des soins primaires requiert de disposer de plusieurs méthodes de recherche et d'une multitude de techniques de recueil de données à la fois quantitatives et qualitatives (43,44).

La recherche qualitative est particulièrement adaptée au domaine de la médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. Souvent opposée à la recherche quantitative, elle en est complémentaire, avec une richesse qui lui est spécifique. Comme toute recherche, elle doit être l'aboutissement d'une démarche scientifique rigoureuse.

La RMM : La HAS a publié un guide méthodologique (6) en juin 2009 et un questionnaire adapté à la médecine générale (7) en janvier 2010. Notre étude qui s'est inspirée de ces recommandations possède certaines particularités que nous allons détailler.

5.1.1. L'entretien individuel

Avant chaque réunion, nous avons vu chaque participant en entretien individuel.

Les objectifs étaient multiples :

- se présenter et leur préciser de manière précise l'objet de l'étude.
- recueillir le cas clinique pour les professionnels de santé qui avaient un cas clinique à présenter afin d'être plus précis sur le recueil des situations cliniques. Ces entretiens étaient enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique. Les enregistrements ont permis de retranscrire par écrit les entretiens avec plus de précisions.

5.1.2. L'animation de la réunion

Dans le guide méthodologique de la HAS (6), il est précisé que « l'organisation de la RMM est confiée à un médecin expérimenté et reconnu par ses pairs. » L'animateur nécessite une formation spécifique à ce type d'exercice. Pour cette étude, j'étais le seul animateur et je n'avais pas suivi de formation spécifique.

5.1.3. Les participants

L'ensemble des professionnels de santé a été réuni sur la base du volontariat. Nous avons contacté tous les médecins généralistes exerçant sur le territoire ajaccien pour leur proposer de participer à l'étude. La participation n'a pas été totale puisque seuls sept médecins généralistes ont accepté de se joindre au groupe de travail. 5 infirmières sur les 7 contactées, un pharmacien sur les deux contactés, et le néphrologue du centre hospitalier qui est le directeur de ce travail ont participé à l'étude.

Ces différents professionnels de santé se connaissaient puisqu'ils ont l'habitude de travailler ensemble, ce qui a pu favoriser leur motivation à participer à l'étude. Cela a permis de réaliser une réunion dans la convivialité.

5.1.4. Les cas cliniques

L'échantillon des cas cliniques a été volontairement faible. Comme le précise le guide méthodologique de la HAS (6), « le temps consacré à une séance de RMM étant par définition limité, il semble préférable de privilégier la qualité et la profondeur de l'analyse collective d'un cas plutôt que la quantité. » Au total, 4 cas cliniques ont été analysés lors d'une seule réunion.

Pour construire les indicateurs nous avons utilisé les recommandations de la HAS de septembre 2002 (13), celles du guide ALD 19 de juin 2007 destiné aux médecins concernant les néphropathies chroniques graves (32), et celles de NICE de septembre 2008 (14). Nous ne nous sommes pas basés strictement sur les recommandations françaises concernant l'évaluation de la prise en charge des patients, notamment en ce qui concerne la notion de progressivité qui apparaît dans les recommandations anglaises (NICE) et pas dans les françaises. Pour les indicateurs de délai, nous avons abordé une approche plus « tolérante » en définissant arbitrairement des délais plus souples, adaptés d'une manière plus pragmatique à la médecine générale.

Mais d'un autre côté, nous avons réalisé une relecture des dossiers par le néphrologue afin d'avoir un avis spécialisé sur le suivi de chaque patient.

5.1.5. Les réunions

Les entretiens individuels et la réunion se sont déroulés dans des salles appartenant à l'association d'auto-dialyse ACORSAD. Ils ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique.

5.1.6. Les propositions d'action

Les propositions d'action ont été élaborées à l'issue des réunions. Certaines sont simples, pertinentes et pratiques, d'autres plus complexes à mettre en œuvre.

5.1.7. L'avis des participants

Dans l'ensemble, les différents professionnels de santé ayant participé à l'étude ont été satisfaits de la méthode de RMM et ont été en demande de renouveler ce type de réunions. Ils ont souligné le côté innovant de cette méthode puisqu'aucun des participants n'avait connaissance de ce type d'étude. Le côté convivial des réunions a également été apprécié.

Les propositions d'actions élaborées de manière collective sont pour un grand nombre applicables dans la pratique quotidienne. Ceci a surpris les participants.

5.2 Discussion sur les résultats de l'analyse :

Les résultats de cette revue de morbi-mortalité peuvent être transposés à une plus grande échelle. Elle représente des solutions pour l'amélioration de la prise en charge des patients atteints d'une maladie rénale chronique par les médecins généralistes.

5.2.1 Représentation de la MRC chez les médecins généralistes :

***Maladie grave**

Les résultats de cette étude montrent que les médecins généralistes considèrent la MRC comme étant une maladie grave, indépendamment du stade

***Maladie méconnue**

Cette méconnaissance peut être attribuée à une formation médicale initiale ou continue insuffisante. Ceci est concordant avec les résultats de différentes études : l'enquête REIN 2006 (4).

L'étude publiée par la FNAIR (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux), montre que 46 % des médecins généralistes déclarent ne pas connaître de références de bonnes pratiques pour la prise en charge de la MRC, et seulement 25 % ont déjà suivi une formation médicale continue sur la MRC.

***Maladie silencieuse**

La MRC reste longtemps silencieuse et asymptomatique. Il est clairement démontré que lors de la mise en place d'une éducation thérapeutique, l'une des étapes les plus difficiles est celle consistant à conduire le patient à accepter une maladie non ressentie. On prend l'exemple de l'étude DAWN (45) : la durée pour réaliser que le diabète persistera le restant de la vie est estimé à 8 mois.

5.2.2 Analyse de la prise en charge et difficultés rencontrées chez les médecins généralistes :

Dans les situations cliniques sélectionnées pour notre RMM on note les erreurs suivantes :

- Une surveillance biologique simple malgré une aggravation de la fonction rénale : certains médecins généralistes intervenant dans cette étude justifient cette simple surveillance par la fréquente altération de la fonction rénale chez leurs patients âgés. Ils indiquent que dans leur expérience personnelle une altération de la fonction rénale ne s'aggrave pas beaucoup au fil des années chez la majorité des patients concernés.
- Un retard important dans la demande d'un avis néphrologique.
- Une absence de prescription de traitements néphroprotecteurs préconisés par les recommandations (14)
- Une absence totale des thérapeutiques non médicamenteuses qui sont recommandées comme traitement de fond dans ce contexte spécifique : régimes diététiques, restriction sodée, activités physiques, traitements psychologiques pour la préparation au stade terminal...

Ces thérapeutiques non médicamenteuses nécessitent la mise en place d'un processus important à savoir l'éducation thérapeutique. Cette stratégie s'inscrit dans le parcours de soin du patient (46).

- Une absence de sensibilisation efficace du patient atteint d'une MRC.
- Un manque d'effectif de néphrologues sur le territoire ajaccien d'où un délai important des rendez-vous de consultation.
- Un problème de relève entre les remplaçants néphrologues concernant les patients vus en urgence ou concernant des appels de médecins traitants.

5.2.3 Relation médecin généraliste-néphrologue :

Le médecin est tenu de proposer à ses patients la meilleure prise en charge possible. L'article 60 du code de la santé publique le rappelle en ces termes :

« Le médecin doit proposer la consultation d'un confrère dès que les circonstances l'exigent ou accepter celle qui est demandée par le malade ou son entourage. Il doit respecter le choix du malade et, sauf objection sérieuse, l'adresser ou faire appel à tout consultant en situation régulière d'exercice. S'il ne croit pas devoir donner son agrément au choix du malade, il peut se récuser. Il peut aussi conseiller de recourir à un autre consultant, comme il doit le faire à défaut de choix exprimé par le malade. »

De même, le médecin spécialiste est tenu de communiquer les résultats de ses investigations: *« [...] à l'issue de la consultation, le consultant informe par écrit le médecin traitant de ses constatations, conclusions et éventuelles prescriptions en avisant le patient »* (47,48).

Les médecins généralistes sont en première ligne pour dépister et diagnostiquer toute altération de la fonction rénale. Ceci est particulièrement vrai chez les patients à risque (patient âgé, diabétique, hypertendu, ...). C'est donc le médecin traitant qui va orienter son malade vers le spécialiste pour la prise en charge.

Notre étude a montré qu'en ce qui concerne le territoire étudié les médecins généralistes ne trouvent pas d'intérêt à la prise en charge de la MRC par le néphrologue avant le stade de la dialyse. Effectivement, certains médecins généralistes ayant participé aux réunions décrivent une grande déception et ne voient pas la plus-value apportée par le spécialiste. Ils dénoncent une prise en charge stéréotypée et impersonnelle, et contestent, de ce fait, la volonté des néphrologues de vouloir recevoir les patients plus tôt.

5.3 Discussion sur les pistes d'un parcours idéal et perspectives :

5.3.1 Une collaboration étroite entre les médecins généralistes et les néphrologues :

Parmi les plans d'action proposés par les intervenants, on retrouve l'idée d'une étroite collaboration entre le médecin traitant et le spécialiste. Cette relation professionnelle solide et durable permettrait de créer un projet personnalisé de soins. Cela semble être une proposition très pertinente dans l'optique de présenter un projet concret au patient. Une étude menée à Hawaï par un groupe de néphrologues illustre très bien cette solution. Ces néphrologues disposent d'un outil informatique de qualité, ils peuvent avoir accès aux dossiers médicaux de tous les patients et en particulier à l'évaluation de la fonction rénale. Ils ont commencé par identifier les patients à hauts risques de développer une MRC terminale. Lors de la première étape, une fois le patient identifié, un message sécurisé est transmis au médecin généraliste en lui conseillant d'envoyer son patient à la consultation de néphrologie. Ceci a été couronné de succès avec un bon retour de la part des médecins généralistes qui appréciaient les conseils et ce dépistage ciblé. La deuxième étape a débuté à la fin de l'année 2005, c'est la consultation non sollicitée par message électronique. Le programme identifie les résultats anormaux et un néphrologue analyse le dossier médical informatique. De façon non sollicitée, il contacte par message électronique le généraliste en donnant des conseils. Il s'agit d'une vraie consultation électronique. La mise en place de cette approche a permis de faire diminuer l'envoi tardif des patients avant la mise en dialyse (48).

5.3.2 Renforcer la sensibilisation des médecins généralistes devant toute aggravation de la fonction rénale :

Pour certains intervenants (surtout les IDE), une meilleure prise en charge des patients ayant une MRC passe par une bonne sensibilisation, à travers des campagnes d'action au niveau locorégional. Nous pouvons donner l'exemple de l'étude DREAM dont la méthode consistait à rendre deux visites espacées de quinze jours à un cabinet de médecin généraliste par un "pair". Les résultats de cette étude mettent en avant une augmentation du nombre de patients

adressés au néphrologue et une baisse significative du chiffre moyen de la créatinine (49).

5.3.3 Cibler les patients et les impliquer dans le parcours de soins de la MRC :

Une autre piste proposée pour un parcours de soins optimal consiste à impliquer directement le patient dans le suivi de sa maladie. Cette approche s'appuie sur des supports adressés spécifiquement aux malades comme les livrets didacticiels, les campagnes de sensibilisation ou encore les affiches d'information. Le but est de rendre le patient acteur afin de créer une alliance thérapeutique.

5.3.4 Assurer une meilleure prise en charge des patients âgés polypathologiques :

Le médecin généraliste est le premier prescripteur et fournisseur de soins médicaux chez la personne âgée.

Plus que tout autre patient, la personne âgée fragile nécessite une prise en charge globale prenant en compte ses troubles mais aussi ses capacités et son environnement. Deux catégories de personnes âgées posent encore plus de difficultés, celles qui sont dépendantes vivant au domicile et celles en institution. Les médecins généralistes devraient être mieux formés et organisés pour s'occuper des maladies chroniques (41) afin de mettre en place des soins plus coordonnés et plus préventifs (50).

5.3.5 Recruter des spécialistes au sein du centre hospitalier et assurer une relève efficace entre les différents remplaçants :

Les intervenants insistent sur la manque d'effectif et l'urgence de recruter des spécialistes néphrologues au sein du centre hospitalier afin d'assurer une prise en charge optimale des patients atteints d'une MRC et de diminuer les délais d'attente des consultations et des urgences.

En attendant, les intervenants proposent un système informatique permettant d'organiser les relèves entre les remplaçants concernant les patients vus en consultation ou lors d'une hospitalisation.

5.4 Comparaison aux études récentes :

Du point de vue des médecins généralistes, l'IRC est difficile à diagnostiquer. La connaissance des référentiels est peu répandue. Dans un contexte d'augmentation des besoins, la collaboration entre médecins généralistes et néphrologues devrait être mieux formalisée et structurée (50).

D'après les recommandations australiennes et anglaises :

- le calcul du DFG doit être fait par la formule MDRD ;
- les patients d'un âge supérieur ou égal à 70 ans, ayant un DFG stable compris entre 45

et 59 ml/min/1.73m², sans autre anomalie, doivent être considérés comme sains, et il est peu probable qu'ils présentent des complications décrites chez des patients atteints d'insuffisance rénale chronique.(14, 51).

Cela explique pourquoi le stade 3 est divisé en deux sous catégories : le stade 3A (DFG compris entre 45 et 59 ml/min/1.73m²) et le stade 3B (DFG compris entre 30 et 44 ml/min/1.73m²).

Une étude menée en Italie sur 451548 patients suivis par des médecins généralistes a montré que les patients atteints d'IRC à partir du stade 3 sont fréquents, mais que les médecins en ont peu conscience, de même que pour la notion de progressivité de l'IRC car peu de dosages de la créatinine étaient pratiqués, même si cela aurait été justifié (52). Une autre étude Italienne menée sur 39525 patients atteints d'IRC et d'HTA a montré que l'IRC n'était pas suffisamment diagnostiquée, et que les objectifs de PA n'étaient pas satisfaisants (53). Cela montre encore une fois que la sévérité de l'IRC ne semble pas influencer la prise en charge des autres facteurs de risque cardio-vasculaire. Plusieurs études ont montré que les médecins généralistes ont peu conscience des recommandations concernant la prise en charge de l'IRC (54, 55). Une étude mexicaine sur des patients diabétiques atteints d'IRC suivis par leur médecin généraliste a montré que le fait de les sensibiliser à ces recommandations leur permet d'améliorer leur prise en charge de l'IRC de manière significative (56). Une autre étude menée au Royaume Uni a montré qu'en sensibilisant les médecins généralistes aux recommandations de suivi des patients atteints d'IRC, les médecins étaient tout à fait capables d'assurer le suivi de leurs patients (57).

Une étude menée au Royaume Uni, The New Opportunities for Early Renal Intervention by Computerised Assessment (NEOERICA) a montré que l'IRC était mal diagnostiquée. Pourtant, parmi les patients concernés, une grande proportion (75%) avaient des facteurs de risque cardiovasculaires, et une partie non négligeable recevait des traitements néphrotoxiques ou à manipuler avec précaution en cas d'insuffisance rénale (58). Des failles sont donc présentes dans la prise en charge des patients atteints d'insuffisance rénale chronique. Une autre étude a montré que l'extraction automatique de la valeur de la créatinine des bases de données des dossiers médicaux informatisés des médecins généralistes permettait de mieux identifier les patients atteints d'insuffisance rénale chronique et d'améliorer en conséquence leur prise en charge (59,60).

Le fait de reporter automatiquement le DFG selon la formule MDRD par les laboratoires, permettrait d'améliorer la détection précoce de l'IRC (53).

5.5 Limites et forces de l'étude :

5.5.1 Limites:

L'ensemble des professionnels de santé a été réuni sur la base du volontariat. Nous nous sommes heurtés à la difficulté de recrutement des professionnels et notamment des

médecins généralistes, qui pour la plupart d'entre eux n'ont pas pu participer à l'étude du fait d'un manque de temps lié à leur surcharge de travail. Aucun des médecins traitant des cas sélectionnés n'a accepté de participer à l'étude. Ceci aurait pu être intéressant pour la compréhension des difficultés et des problèmes rencontrés dans chaque situation clinique.

Concernant les cas cliniques 4 situations ont été analysées en une seule réunion. Il aurait peut-être été plus pertinent de faire deux réunions pour avoir moins de cas à analyser et pouvoir consacrer plus de temps à la discussion. Cependant le manque de disponibilité nous en a empêchés.

Le récit des cas s'est fait à l'aide du dossier médical et des souvenirs des professionnels de santé ainsi que des comptes rendus des hospitalisations.

Une part des récits étant puisée dans la mémoire, ceci peut présenter un biais dans l'énoncé strictement descriptif de la situation clinique. Il serait donc intéressant pour les études à venir de sélectionner des situations cliniques dont le dossier médical est complet .

Pour l'étude, nous avons inclus dans les 4 situations cliniques des patients en phase terminale de leur MRC et chez lesquels un traitement de suppléance a été immédiat. On peut donc conclure que les résultats ne peuvent pas être généralisés à un échantillon plus grand.

Une remarque portant sur l'animation de la réunion et des entretiens : l'animateur étant moi-même, connaissait la méthodologie pour y avoir déjà assisté mais n'avait pas suivi de formation spécifique. Cependant cela n'a pas empêché le bon déroulement de la réunion. On insiste sur le fait de la présence d'un seul néphrologue dans cette étude (le seul néphrologue exerçant dans la région).

5.5.2 Forces :

Nous avons été pionniers dans la réalisation d'une RMM pluri professionnelle dans le service de néphrologie. Encore peu répandue, la RMM hôpital-ville prend tout son sens dans notre pratique actuelle. Elle permet en effet à tous les professionnels de santé de se retrouver pour interagir sur des situations cliniques qui posent problème. Cela permet de réfléchir collectivement sur les causes d'un incident en analysant le parcours de soin complet du patient. La complémentarité et la richesse des regards et échanges pluri professionnels croisés permet de trouver des solutions partagées. La réflexion centrée sur le patient ne suffit plus, et ce travail a permis d'ouvrir les champs de réflexion sur d'autres pistes autour du malade.

On peut ajouter que la moitié des professionnels de santé se connaissaient puisqu'ils ont l'habitude de travailler ensemble, ce qui a pu favoriser leur motivation à participer à l'étude. Le côté convivial est à souligner avec une discussion sans culpabilité.

Cette étude permet d'ouvrir d'autres perspectives. Il pourrait être pertinent de l'inclure dans les procédures de formation médicale continue, au même titre que les groupes de pairs. Elle apporterait une approche complémentaire, puisque contrairement aux

groupes de pairs qui, comme l'indique leur nom, ne regroupent que des professionnels de santé ayant une même activité, les RMM permettent une analyse collective des pratiques avec tous les intervenants du parcours de soins du patient quelque soit leur exercice.

6-CONCLUSION

La maladie rénale chronique constitue un problème majeur de santé publique. Elle représente un facteur de risque cardiovasculaire, équivalent à une pathologie coronarienne avérée. C'est une pathologie fréquente, coûteuse, associée à une morbidité et une mortalité importantes.

Notre étude qualitative met en évidence les principaux obstacles et les vraies difficultés rencontrés chez les médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la MRC. On distingue : des difficultés liées à la représentation de la MRC, estimée grave, méconnue et silencieuse; des difficultés liées à une thérapeutique essentiellement non médicamenteuse, difficile à mettre en place en soins primaires ; des difficultés liées à l'absence de réseaux de soins et à une mauvaise collaboration avec les néphrologues ; et enfin des difficultés liées au profil des patients souvent âgés et poly pathologiques.

Le caractère tardif du diagnostic et de la prise en charge de la MRC en soins primaires a de nombreuses explications : une insuffisance de formation initiale et continue, une mauvaise diffusion des recommandations, des résultats médiocres des plans politiques de santé publique, des difficultés liées à la maladie dont l'expression reste longtemps asymptomatique, et la prise en charge nécessitant des thérapeutiques essentiellement non médicamenteuses. Nous remarquons également des difficultés liées au profil de patients souvent âgés poly pathologiques et poly médicamenteux ainsi qu'au caractère géographique du territoire étudié et au manque d'effectif.

Les solutions que notre étude mettent en évidence pour un meilleur parcours de soins chez les patients atteints d'une MRC passent par un meilleur accompagnement du médecin généraliste via une sensibilisation importante au niveau local, par le biais de la formation médicale continue ou à travers la création de réseaux informels de soins. Le but étant d'améliorer le dépistage par le médecin généraliste des patients à risque de MRC, et d'entretenir une meilleure collaboration entre la médecine générale et les différents acteurs de soins. L'autre axe important est la sensibilisation des patients ayant une MRC par divers outils, pour déclencher une alliance thérapeutique et développer une éducation thérapeutique réussie. Enfin, le troisième axe est de définir un protocole de prise en charge spécialisée pour lutter contre le manque d'effectif de néphrologues dans la région et de prioriser les urgences.

En réalisant une RMM ville-hôpital nous avons pu mettre en évidence que la coordination entre les différents intervenants est loin d'être parfaite, le partenariat n'étant pas clairement établi. Ce travail a permis une prise de conscience collective des conséquences délétères que cela peut avoir pour le patient, mais aussi la nécessité d'un investissement personnel de chaque professionnel pour obtenir une pratique collaborative efficace.

7-RESUME

• **Introduction**

La MRC est un problème majeur de santé publique en France. Son coût humain est particulièrement élevé en termes de morbi-mortalité et d'impact sur la qualité de vie. Le coût de la prise en charge de la MRC est considérable. Toutes les études s'accordent à dire qu'il existe une réelle insuffisance de diagnostic et de prise en charge en médecine générale. Pourtant, le médecin généraliste joue un rôle déterminant dans le parcours de soins des patients ayant une MRC. Aussi, l'objectif de cette étude était d'explorer à l'aide d'une RMM les pratiques et les problématiques des médecins généralistes dans la prise en charge du patient atteint d'une MRC sur le territoire ajaccien.

• **Matériels et méthode**

Nous avons réalisé une RMM pluri professionnelle selon la méthode recommandée par la Haute Autorité de Santé, avec des participants regroupant des acteurs de soins primaires, des IDE, un néphrologue, un pharmacien et 2 secrétaires médicales. Quatre cas de MRC ont été explorés collectivement. Les données recueillies ont été analysées suite à des entretiens individuels avec chaque intervenant et à une réunion pluri professionnelle regroupant tous les acteurs.

• **Résultats**

Notre étude met en évidence les problématiques et les difficultés rencontrées chez les médecins généralistes dans la prise en charge de la MRC. Nous les avons classées en fonction de chaque intervenant dans le parcours de soin du patient atteint de MRC. On distingue : des difficultés liées à la représentation de la MRC, estimée grave, méconnue et silencieuse ; des difficultés liées à une thérapeutique essentiellement non médicamenteuse, difficile à mettre en place en soins primaires ; des difficultés liées à l'absence de réseaux de soins et à une mauvaise collaboration avec les néphrologues ; et enfin des difficultés liées au profil des patients souvent âgés et poly pathologiques.

• **Conclusion**

La RMM pluri professionnelle hôpital-ville est riche en apprentissage et s'inscrit clairement dans une démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. Elle nous a permis dans notre étude d'identifier collectivement des mesures simples, et facilement applicables par tous les professionnels de santé dans le but d'améliorer le parcours de soin du patient atteint de MRC. Le champs d'application de cette méthode novatrice peut être bien plus vaste et ne mérite qu'à se développer dans les années futures.

Mots clés : Maladie rénale chronique, revue de morbi-mortalité, médecin généraliste, patient, néphrologue, qualité de vie.

8-ANNEXES

ANNEXE 1 : Questionnaire HAS, RMM en médecine générale

Étape 1 : Présentation du cas

Questions : Qu'est-il arrivé ? Quand est-ce arrivé ? Où est-ce arrivé ?

Objet : Description chronologique et anonyme des faits, complète, précise et non interprétative.

Étape 2 : Recherche et identification de problèmes de soins

Questions : Comment est-ce arrivé ?

- Quel(s) est (sont) le(s) problème(s) rencontré(s) ?
- Est-ce que des éléments de la prise en charge posent question ?

Objet : Identification du (des) problème(s) de soins rencontré(s), des processus défaillants, des pratiques non optimales, des problèmes liés aux soins.

En l'absence de problème rencontré (notamment en cas de pathologie expliquant le décès ou la complication), y avait-il une (des) alternative(s) à la prise en charge ?

Si Oui, passer à l'étape 4. Si Non, l'analyse est terminée.

Étape 3 : Recherche de causes et analyse de la récupération

Question : Pourquoi est-ce arrivé ? (approche systémique)

- Qu'est-ce qui a été nécessaire et suffisant pour que cela arrive ?
- Quand et comment avons-nous vu, compris, réagi ? Qui a vu, compris, réagi ?

Objet : Pour chaque problème rencontré : recherche des causes, des facteurs favorisants ou contributifs (institutionnels, d'organisation, liés à l'environnement de travail, au fonctionnement inter professionnel, aux procédures opérationnelles, aux individus, au patient) et analyse de la récupération mise en œuvre pour rétablir la situation.

Étape 4 : Proposition d'un plan d'action

Question : Qu'avons-nous appris ? Quels changements mettre en œuvre ?

- Quels enseignements tirer des étapes précédentes ?
- Quelles actions mettre en œuvre pour améliorer la qualité et la sécurité des soins ?
- Les actions mises en œuvre évitent-elles la récurrence du (des) problème(s) rencontré(s) (actions de prévention) et/ou réduisent-elles sa (leur) gravité (actions de protection) ?
- Quels retentissements pour les acteurs ?
- Comment le suivi et l'évaluation des actions mises en œuvre sont-ils assurés ?
- Comment saurons-nous si les actions mises en œuvre sont efficaces ?
- Comment la communication et l'information des professionnels sont-elles réalisées ?

Objet : Mise en œuvre et suivi d'actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Cas cliniques et analyses

Cas clinique n°1

1-Présentation du cas :

-Mme L, Femme de 59 ans.

-Antécédents :

-G3P2 : mort in utéro du fœtus lors de la deuxième grossesse, suite à l'accident de TCHERNOBYL.

-Adénocarcinome du sein droit diagnostiqué en 2000, traité par mastectomie droite et curage ganglionnaire, radiothérapie et chimiothérapie à base de Cisplatine. Apparition d'une légère perturbation du bilan rénal suite au traitement. Episode résolu après la fin de la chimiothérapie.

-Ovariectomie droite en 2007 suite à la découverte d'un volumineux kyste hétérogène, absence de malignité à l'examen anatomopathologique.

-Thyroïdectomie totale pour adénome toxique en 2008, traitement de substitution par Levothyrox depuis.

2-Histoire de la maladie, évènements et actions entreprises :

La patiente a été adressée pour la première fois au néphrologue en septembre 2014 au stade pré-dialytique avec un DFG à 12 ml/mn.

Après analyse des documents récupérés et des comptes-rendus apportés par la patiente on découvre l'histoire de la maladie suivante : découverte d'une anomalie de la fonction rénale en mars 2008 lors d'un bilan réalisé par le médecin traitant suite à une asthénie importante et l'apparition d'une HTA. Sur les bilans sanguins apportés par la patiente on retrouve une fonction rénale altérée avec des chiffres de créatininémie anormaux à plusieurs reprises depuis 2008 (1er bilan : créat à 140 umol/l (DFG à 35 ml/mn MDRD), et une protéinurie à 2.46 g/24h, bilan sanguin de 2010 : créat à 162 umol/l, bilan sanguin de juin 2014 créat à 235 umol/l)

La patiente a été adressée en 2008 à Marseille pour une biopsie rénale.

La biopsie révèle une glomérulonéphrite extra-membraneuse avec un bilan étiologique strictement négatif (sérologies, recherche de syndrome paranéoplasique, anticorps, prise médicamenteuse...).

En cherchant dans tous les compte rendu et les documents on ne retrouve aucune prise en charge thérapeutique spécifique, aucun protocole thérapeutique n'a été réalisé ((RITUXIMAB ?, PONTICELLI ?). Information confirmée par la patiente qui précise qu'elle n'a jamais eu de traitement : pas de consultation avec un néphrologue, hospitalisation de 48 heures pour la réalisation de la biopsie puis retour sur Ajaccio pour un suivi par le médecin traitant qu'elle retournait voir tous les 6 mois pour un simple contrôle (mesure de la tension artérielle, pesée, et renouvellement de son traitement antihypertenseur : loxen 50 LP 1 comprimé matin et 1 comprimé le soir).

Le suivi a été fait par son médecin traitant qui lui a expliqué qu'aucun traitement ne pourrait être fait car malheureusement ses reins sont "malades" depuis longtemps, qu'elle n'avait pas à s'inquiéter mais qu'il fallait prendre un traitement pour "la tension" à vie.

Devant l'évolution de l'aggravation de sa fonction rénale, et devant une asthénie devenant de plus en plus invalidante, Mme L. est adressée au néphrologue du centre hospitalier d'Ajaccio (6 ans après le diagnostic).

Aucun compte rendu n'a pu être récupéré hormis le résultat de la biopsie rénale et celui d'un myélogramme fait par biopsie ostéo-médullaire suite à une anémie normochrome normocytaire non régénérative.

Lors de la première consultation, son ordonnance comportait :

LOXEN LP 50 : 1-0-1

IMOVANE 7.5 : 1 le soir au coucher

Devant un stade terminal de la maladie rénale (DGF à 12 ml/mn) on explique à la patiente que malheureusement sa maladie est irréversible et qu'il faudra débiter un traitement de suppléance en urgence, on aborde la notion de "dialyse à vie" pour la première fois.

La patiente a été adressée au chirurgien pour la création d'un abord vasculaire.

Les séances de dialyse ont débuté le 17 novembre 2014.

Le début du traitement est marqué par une très mauvaise acceptation de la part de la patiente, un déni de la maladie et des crises d'angoisse en début des séances de dialyse.

Un suivi psychiatrique a été instauré ainsi qu'un traitement par anxiolytiques prédialytiques.

Pour le moment, refus catégorique de la greffe rénale. La patiente parle d'un "traumatisme énorme" et de "gâchis"

3-Identification des problèmes :

-Absence d'une prise en charge spécifique : aucun protocole n'a été instauré pour la GEM.

-Pas de traitement néphroprotecteur depuis 2008 : aggravation progressive de la fonction rénale, patiente traitée par LOXEN

-Absence d'éducation et de sensibilisation sur les règles hygiéno-diététiques à savoir pas de restriction sodée, aucune information concernant les traitements néphro-toxiques (la patiente signale une prise ponctuelle d'AINS).

-Dépression réactionnelle induite probablement par un écart de soin qui aurait pu être évitable.

-Instauration en urgence d'un traitement de suppléance sans préparation ni éducation progressive.

4- Recherche de causes :

-Confiance du médecin généraliste par rapport à la décision du néphrologue de ne pas traiter, pas de deuxième avis sur le centre hospitalier de la région.

-Banalisation de l'aggravation de la fonction rénale : comme si c'était l'évolution normale inévitable.

-Probable manque de formation efficace pour la prise en charge adéquate de la MRC.

-Patiente adressée au stade terminal au néphrologue pour débiter le traitement de suppléance.

5-Proposition de plans d'action :

- Améliorer la formation médicale initiale et la formation médicale continue en ce qui concerne la néphrologie pour sensibiliser les médecins généralistes sur la MRC.
- Avoir plusieurs avis de spécialistes devant une maladie grave à priori découverte à un stade réversible.
- Réadaptation thérapeutique en fonction de l'évolution de la maladie rénale chronique.
- Education des patients atteints d'une MRC et sensibilisation aux règles hygiéno diététiques.
- Préparer le patient atteint d'une MRC au traitement de suppléance et assurer une prise en charge globale et surtout psychologique de cette maladie.
- Etablir un dialogue efficace et contributif entre le médecin généraliste et le néphrologue dans l'intérêt du patient.

Cas clinique n°2

1-Présentation du cas :

-M. F Homme 46 ans.

-Antécédents :

-Insuffisance rénale chronique évoluant depuis 2006 probablement sur néphroangiosclérose

-HTA connue depuis 1998

-Dyslipidémie

-Tabagisme actif à 20 PA

-Insuffisance veineuse, varices opérées

2-Histoire de la maladie, évènements et actions entreprises :

Le patient a été adressé pour la première fois en consultation de néphrologie en janvier 2014 (soit 8 ans après le diagnostic de l'insuffisance rénale, suite à l'apparition d'une protéinurie à 6g/24h) son DFG oscillait entre 18 et 20 ml/mn depuis 3 ans.

La lettre du médecin traitant précisait l'impossibilité d'avoir une consultation avec le néphrologue et qu'il a dû insister à plusieurs reprises pour avoir le RDV.

Le patient a été vu il y a 1 an par un remplaçant néphrologue de l'hôpital, aucun compte rendu n'a été adressé au médecin généraliste, aucune transmission n'a été donnée au néphrologue du service.

Le bilan montre, le jour de la consultation, un DFG est à 19 ml/mn sans troubles ioniques. Un bilan phosphocalcique normal. Une hémoglobine à 12.9 g/l.

L'examen clinique retrouve une HTA mal équilibrée (des chiffres d'après le patient > 16/10), avec des OMI bilatéraux.

Le traitement au moment de la consultation :

ZANIDIP 10 mg : 1-0-0

RENITEC 5 mg : 1-0-0

CRESTOR 5 mg : 0-0-1

Suite à cette consultation :

-Une échographie doppler des artères rénales a été prescrite, cette dernière s'est révélée normale (pas de sténose). Le rein droit est de 10 cm et le rein gauche de 8 cm, dédifférenciés.

-Changement thérapeutique :

*Arrêt du RENITEC et du ZANIDIP 10, mis sous LOXEN 50 LP : 1-0-1

*LASILIX 20 : 1-0-0

*Restriction sodée à 6 g/24h

*Maintien du KAYEXALATE

Le patient a été adressé à Marseille pour la réalisation d'une biopsie rénale par principe.

Le patient ne s'est pas présenté à 3 consultations car la secrétaire a précisé que le néphrologue est un remplaçant et non pas le néphrologue habituel du service.

Pas de nouvelles du patient pendant 1 an.

Le patient se présente aux urgences en février 2015 pour nausées vomissements, œdèmes des membres inférieurs avec essoufflement au moindre effort ainsi qu'une asthénie majeure.

Le bilan retrouve une créatininémie à 520 $\mu\text{mol/l}$, un DFG à 11 $\text{ml/mn}/1.73\text{m}^2$, une urée à 35 mmol/l , une kaliémie à 6.2 mmol/l .

La conduite à tenir était la pose d'un KT fémoral et le début de l'hémodialyse en urgence.

En reprenant l'anamnèse : on retrouve une très mauvaise observance du traitement. Une prise d'AINS importante suite à une rupture de la coiffe des rotateurs de l'épaule gauche provoquée par un accident de travail.

3-Identification des problèmes :

-Retard important dans la prise en charge efficace de la MRC.

-Le non-respect des recommandations sur le plan thérapeutique et des cibles tensionnelles

- Absence d'éducation et de sensibilisation sur les règles hygiéno-diététiques à savoir pas de restriction sodée, aucune information concernant les traitements néphro-toxiques
- Instauration en urgence d'un traitement de suppléance sans préparation ni éducation progressive.

4-Recherche de causes :

- Mauvaise observance de la part du patient.
- Absence d'inquiétude de la part du médecin traitant et du néphrologue qui a adressé le patient pour une biopsie rénale.
- Manque de dialogue entre le néphrologue et l'équipe de Marseille qui a accueilli le patient pour la réalisation de la biopsie rénale

5-Propositions de plans d'action

- Amélioration de la formation médicale initiale et de la formation médicale continue
- Réadaptation thérapeutique en fonction de l'évolution de la maladie rénale chronique.
- Education des patients atteints d'une MRC et sensibilisation aux règles hygiéno diététiques.
- Procéder à une politique de recrutement pour l'augmentation des effectifs de médecins spécialistes au sein du centre hospitalier pour diminuer les délais d'attente des consultations et une gestion efficace des patients.
- Préparer le patient atteint d'une MRC au traitement de suppléance et assurer une prise en charge globale et surtout psychologique de cette maladie.
- Etablir un dialogue efficace et contributif entre le médecin généraliste et le néphrologue dans l'intérêt du patient. Dans ce cas précis assurer un suivi des dossiers et une relève efficace entre les différents intervenants.
- Créer un système d'alarme en cas de non présentation aux consultations pour les dossiers importants ou en attente de résultats.

Cas clinique n°3

1-Présentation du cas :

-M.M, homme de 74 ans

-Antécédents :

-PTH droite suite à une fracture post-traumatique.

-Diabète insulinorequérant connu depuis 15 ans.

-HTA depuis une dizaine d'années.

-Tabagisme actif à 50 PA.

-Patient habitant dans un village à 70 km d'Ajaccio (à Evisa), seul (enfants sur le continent), jusque-là patient totalement autonome et valide.

2-Histoire de la maladie, événements et actions entreprises :

Découverte du patient pour la première fois en décembre 2014 lors d'une hospitalisation via les urgences pour chute à domicile suite à une hypoglycémie sévère, ainsi que pour une altération importante de l'état général.

Patient traité par Insuline rapide selon le protocole et par ADO type METFORMINE.

Le bilan révèle une insuffisance rénale aigüe sur probable insuffisance rénale chronique avec un DFG à 10 ml/mn, urée à 1.5 g/l, un syndrome néphrotique avec une protéinurie à 5.26 g/24h et une protidémie à 56 g/l, une albuminémie à 27 g/l, une kaliémie à 5.2 mmol/l, une hyperparathyroïdies secondaire avec une hyperphosphorémie à 2 mg/l, calcémie corrigée à 1.9 mmol/l, une PTH à 350 ng/l et une hémoglobine à 8.2 g/l.

On décide d'un traitement de suppléance en urgence vu l'état clinique mais le patient présente une aggravation importante de l'état général avec défaillance multi viscérale ayant nécessité son transfert en réanimation.

En reprenant le dossier, on découvre un patient diabétique, suivi par son médecin généraliste. Une maladie rénale chronique évoluant depuis 7 ans probablement d'origine vasculaire avec un DFG au moment du diagnostic à 32 ml/mn, une très mauvaise observance avec refus des soins.

Le patient a été adressé par son médecin traitant au néphrologue auparavant avec désistement à 4 reprises (septembre 2011, février 2012, juillet 2013 et octobre 2013).

La surveillance à domicile est assurée par une auxiliaire de vie ainsi qu'une IDE.

Décès survenu en réanimation après 48 heures d'hospitalisation.

3-Identification des problèmes :

-Retard important dans la prise en charge efficace de la MRC.

-Le non-respect des recommandations et des contre-indications de certains ADO en cas de MRC.

-Perte de chance importante et un écart de soin ayant aggravé l'état poly pathologique du patient.

-Absence complète de sensibilisation ou d'éducation du patient par rapport à sa maladie et manque d'information.

4-Recherche de causes :

-Le facteur environnemental et géographique.

-L'absence de formation initiale efficace des IDE pour les sensibiliser aux signes alarmants en cas de MRC.

-Absence d'engagement efficace de la part du médecin traitant car absence de suivi des demandes de consultations.

-Absence de communication et de collaboration efficace entre le médecin traitant et le néphrologue qui aurait pu intervenir plus tôt.

5-Propositions de plans d'action

-Améliorer la formation médicale initiale et la formation médicale continue en ce qui concerne la néphrologie pour sensibiliser les médecins généralistes sur la MRC.

-Réadaptation thérapeutique en fonction de l'évolution de la maladie rénale chronique.

-Education des patients atteints d'une MRC et sensibilisation aux règles hygiéno diététiques.

-Préparer le patient atteint d'une MRC au traitement de suppléance et assurer une prise en charge globale et surtout psychologique de cette maladie.

-Etablir un dialogue efficace et contributif entre le médecin généraliste et le néphrologue dans l'intérêt du patient.

-Créer un système d'alarme en cas de non présentation aux consultations pour les dossiers importants ou en attente de résultats.

Cas clinique n°4

1-Présentation du cas :

-M.M, homme de 53 ans.

-Antécédents :

-Obésité morbide : IMC à 42.

-Amputation transtibiale droite suite à un AVP en moto.

-HTA.

-Asthme modéré.

-Diabète insulino-requérant diagnostiqué en 2010.

-Syndrome d'apnée du sommeil appareillé.

-Cardiopathie ischémique stentée en août 2014.

-Artériopathie oblitérante des membres inférieurs avec troubles trophiques (talon gauche).

2-Histoire de la maladie, évènements et actions entreprises :

Le patient est vu pour la première fois dans le service de diabétologie suite à une hospitalisation pour diabète mal équilibré et abcès du talon gauche.

Le bilan biologique montre une insuffisance rénale sévère, stade terminal avec un DFG à 13 ml/mn, une anémie microcytaire Hb à 8.1g, une légère acidose métabolique et une kaliémie à 6 mmol/l. Une hyperparathyroïdie secondaire.

Le patient ignore complètement que ses reins sont "malades" !

Le suivi a été réalisé par son médecin traitant et son diabétologue.

Les bilans antérieurs datant de 4 et 2 ans montrent une altération de la fonction rénale avec un DFG à 30 et 22 ml/mn respectivement.

Devant ce tableau d'urgence, pose d'un cathéter fémoral et début du traitement de suppléance par hémodialyse en juin 2014.

Création d'une abord vasculaire à type de fistule artério-veineuse par la suite.

Malheureusement, pas d'amélioration de l'abcès du talon gauche.

Développement d'une gangrène humide ainsi qu'un syndrome infectieux important, d'où décision d'amputation et d'abandon de la tentative d'angioplastie.

Aggravation de l'état général avec survenue d'une ischémie de la main droite ayant nécessité une amputation.

Le patient a été hospitalisé en infectiologie pendant plusieurs semaines sans amélioration de son état.

Apparition par la suite d'une défaillance multi viscérale.

Patient décédé en février 2015.

3-Identification des problèmes :

-Retard important dans la prise en charge efficace de la MRC.

-Le non-respect des recommandations et des contre-indications de certains ADO en cas de MRC.

-Perte de chance importante et un écart de soin ayant aggravé l'état poly pathologique du patient.

-Absence complète de sensibilisation ou d'éducation du patient par rapport à sa maladie et manque d'information par rapport à la défaillance de la fonction rénale.

4-Recherche de causes :

-Confiance du médecin généraliste par rapport aux décisions du diabétologue et le fait de considérer que le traitement efficace de la MRC est celui du diabète. A aucun moment un avis néphrologique n'a été demandé.

-Banalisation de l'aggravation de la fonction rénale : comme si c'était l'évolution normale inévitable.

-Probable manque de formation efficace pour la prise en charge adéquate de la MRC

5-Propositions de plans d'action

- Améliorer la formation médicale initiale et la formation médicale continue en ce qui concerne la néphrologie pour sensibiliser les médecins généralistes sur la MRC.
- Réadaptation thérapeutique en fonction de l'évolution de la maladie rénale chronique.
- Education des patients atteints d'une MRC et sensibilisation aux règles hygiéno diététiques.
- Préparer le patient atteint d'une MRC au traitement de suppléance et assurer une prise en charge globale et surtout psychologique de cette maladie.
- Etablir un dialogue efficace et contributif entre les différents intervenants : le médecin généraliste, le diabétologue et le néphrologue pour un meilleur parcours de soin du patient poly pathologique.

9-BIBLIOGRAPHIE

1. Fesler P, Ribstein J. Altération modérée de la fonction rénale et risque cardiovasculaire. Rev Med interne 2009, 30, 585-91
2. Nikolsky E, Mehran R, Turcit D, Aymond ED, Miintz GS, Lasic Z, Lansky AJ, Tsounias E, Moses JW, Stone GW, Leon MB, Dangas GD. Impact of chronic kidney disease on prognosis of patients with diabetes mellitus treated with percutaneous coronary intervention. Am J Cardiol 2004 ; 94, 300-5.
3. Koren-Morag N, Goldbourt U, Tanne D. Renal dysfunction and risk of ischemic stroke or TIA in patients with cardiovascular disease. Neurology 2006, 25,224-8.
4. REIN (Réseau Epidémiologique et Information en Néphrologie). Rapport annuel 2007. <http://www.socnephrologie.org/REIN/index.htm>. 153 p
5. Rapport annuel REIN 2013-Agence de la biomédecine : www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport_rein2013.pdf
6. Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques Revue de Mortalité et de Morbidité Guide méthodologique Juin 2009 [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-08/guide_rmm_juin_09.pdf
7. Haute Autorité de Santé. Evaluation et amélioration des pratiques Revue de mortalité et de morbidité et médecine générale Janvier 2010 [en ligne] http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/201002/rmm_et_mg_pages_11_02_201.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Rencontres HAS 2010 Comment améliorer la sécurité des soins en ville ? (table ronde 4 du 2 décembre 2010) [en ligne] http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981864/rencontres-has-2010-comment-ameliorer-la-securite-des-soins-en-ville
9. Birge J. La revue de morbimortalité en médecine générale. 17 octobre 2010 [en ligne] <http://ammppu.org/wordpress/?p=769>
10. Guide du parcours de soin- Maladie rénale chronique de l'adulte - HAS Février 2012 : www.has-sante.fr/portail/jcms/c.../guide-parcours-de-soins-maladie-renale-chronique
11. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Service des recommandations et références professionnelles. Septembre 2002. 103 p. www.has-sante.fr
12. Calculateur en ligne. Société de néphrologie : <http://www.soc-nephrologie.org/eservice/calcul/>
13. K/DOQI (Kidney Disease Outcomes Quality Initiative) : Clinical Practice Guidelines For Chronic Disease : Evaluation Classification And Starification 2002. 356 p. <http://www.kidney.org>
14. Chronic Kidney Disease : early identification and management of chronic kidney disease in adults in primary and secondary care. NICE clinical guideline (CG73). Sep 2008.

15. Jones C, Roderick P, Harris S, Rogerson M. Decline in kidney function before and after nephrology referral and the effect on survival in moderate to advanced chronic kidney disease. *Nephrology, Dialysis, Transplantation*. 2006; 21 : 2133-43.
16. Hunsicker LG, Adler S, Caggiula A, England BK, Greene T, Kusek JW, Rogers NL, Teschan PE. Predictors of the progression of renal disease in the Modification of Diet in Renal Disease Study. *Kidney Int*. 1997 ; 51 , 1908-19.
17. Peterson JC, Adler S, Burkart JM, Greene T, Hebert LA, Hunsicker LG, King AJ, Klahr S, Massry SG, Seifert JL. Blood pressure control, proteinuria, and the progression of renal disease. The Modification of Diet in Renal Disease Study . *Ann Intern Med*. 1995; 123 : 754-62.
18. Marcantoni C, Jafar TH, Oldrizzi L, Levey AS, Maschio G. The role of systemic hypertension in the progression of nondiabetic renal disease. *Kidney Int. Supplement* 2000; 75 : S44-8.
19. Black C, Sharma P, Scotland G, McCullough K, McGurn D, Robertson L. Early referral strategies for management of people with markers of renal disease: a systematic review of the evidence of clinical effectiveness, cost-effectiveness and economic analysis. *Health Technol Assess* 2010; 14:135-34.
20. EPIREL : Épidémiologie de l'Insuffisance Rénale chronique terminale en Lorraine Kessler M, Frimat L, Panescu V, Briançon S, Impact of nephrology referral on early and midterm outcomes in ESRD : épidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en Lorraine (EPIREL) : results of a 2 year, prospective, community-Based Study. *Am J Kidney Dis* 2003 ; 42 : 474-85.
- 21.1 Hoffmann M, Binaut R, Maisonneuve N, Bacri JL, Lemaître V. Suivi néphrologique et mortalité en dialyse. *Néphrologie* 2003 ; 24 : 223 Abstracts of the 5th Meeting of the Nephrology Society and the Francophone Society of Dialysis. Nancy, France, 30 September-3 October 2003.
22. HAS, Evaluation médico économique des stratégies de prise en charge de l'insuffisance rénale en France, Septembre 2010. www.has-sante.fr
23. Chen SC, Chang JM, Chou MC, Lin MY, Chen JH, Sun JH, Guh JY, Hwang SJ, Chen HC. Slowing renal function decline in chronic kidney disease patients after nephrology referral. *Nephrology*. 2008; 13 : 730-6.
24. Jungers P, Joly D, Nguyen-Khoa T, Mothu N, Bassilios N, Grünfeld JP. Continued late referral of patients with chronic kidney disease. Causes, consequences, and approaches to improvement. *Pre medical*. 2006; 35: 17-22.
25. Stack AG. Impact of timing of nephrology referral and pre-ESRD care on mortality risk among new ESRD patients in the United States. *Am J Kidney Dis*. 2003; 41 : 310-8.
26. Kinchen KS, Sadler J, Fink N, Brookmeyer R, Klag MJ, Levey AS, Powe NR. The timing of specialist evaluation in chronic kidney disease and mortality. *Ann Intern Med*. 2002 ; 137 : 479-86.
27. Navaneethan SD, Kandula P, Jeevanantham V, Nally JV Jr, Liebman SE. Referral

patterns of primary care physicians for chronic kidney disease in general population and geriatric patients. *Clin Nephrol.* 2010; 73 : 260-7.

28. Navaneethan SD, Aloudat S, Singh S. A systematic review of patient and health system characteristics associated with late referral in chronic kidney disease. *Biomed Central Nephrol.* 2008; 9:3.

29. Cleveland DR, Jindal KK, Hirsch DJ, Kiberd BA. Quality of prereferral care in patients with chronic renal insufficiency. *Am J Kid Diseases.* 2002; 40 : 30-6.

30. Orte LM. Extra-hospital nephrology: a challenge for our near future. *Nefrologia* 2005;25 Suppl 2 : 87-90

31. FLEXNER A. Medical education in the United States and Canada. A report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching. Boston, Bulletin Number Four. The Merrymount Press; reproduction de 1972 :
http://archive.carnegiefoundation.org/pdfs/elibrary/Carnegie_Flexner_Report.pdf

32. . Guide – Affection de longue durée n°19 – Juin 2007 (destiné aux professionnels).
www.has-sante.fr

33. HAMBY LS, BIRKMEYER JD, BIRKMEYER C. Using prospective outcomes data to improve morbidity and mortality conferences. *Curr Surg* 2000; 57 : 384-8.

34. HARBISON SP, REGEHR G. Faculty and resident opinions regarding the role of morbidity and mortality conference. *Am J Surg* 1999; 177 :136-9.

35. ORLANDER JD, BARBER TW, FINCKE BG. The morbidity and mortality conference : the delicate nature of learning from error. *Acad Med* 2002; 77 :1001-6.

36. PERSIN A. La revue de morbidité mortalité en établissement de santé est-elle transposable en médecine générale ? Thèse de médecine générale : Université Henri Poincaré Nancy I : 2007.

37. COLAS CE, CHARLES R, MEYRAND BB. Les revues de morbi-mortalité sont-elles utilisables en soins primaires ? Première partie : approche méthodologique d'une expérience. *Médecine* 2010 ; 6 :28-30.

38. Haute Autorité de Santé. Rencontres HAS 2010. Comment améliorer la sécurité des soins en ville ? (table ronde 4 du 2 décembre 2010). Disponible sur :
http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_981864/rencontres-has-2010-commentameliorer-la-securite-des-soins-en-ville(consulté le 12/12/15)

39. Haute Autorité de Santé. Grille ALARM, un outil pour structurer l'analyse des causes. Gestion des risques. Octobre 2010. http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1215806/fr/grillealarm-un-outil-pour-structurer-l-analyse-des-causes (consulté le 07/12/2015)

40. CHANELIERE M. Revue de morbi-mortalité en médecine générale. A propos de l'expérience des Conférences Paul Savy. 27 janvier 2011. Disponible sur : http://www.cpsavy.org/IMG/pdf/RMM_Medecine_Generale_Marc_CHANELIERE.pdf (consulté le 20/04/2016
41. Système d'information régional en santé de Corse, observatoire régional de la santé ORS www.sirsecorse.org/actualites/depot/130_actu_fichier_joint.pdf
42. Kaufmann, J.-C. (1996). L'entretien compréhensif. Paris : Nathan. <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/2006/sem-rech-note-lecture.pdf>
43. Roger Jones, Nicky Britten, Larry Culpepper, David Gass, Richard Grol, David Mant, Chris Silagy Oxford textbook of primary medical care: volume 1, Principles and concepts & volume 2, Clinical management. Oxford University Press. 2003 : 1420
44. http://www.semainedurein.fr/pdf/sondage_medecins_generalistes_2006.pdf
45. Peyrot M, Rubin RR, Lauritzen T, Snoek FJ, Matthews DR, and Skovlund SE. "Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study". Diabet Med. 2005 ; 22 :1379-85.
46. Rapport d'orientation HAS : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validée. Avril 2011
47. Journal de l'Afdet - Association française pour le développement de l'éducation thérapeutique Septembre 2012 : les recommandations ADA/EASD 2012 au plus proche du patient : http://www.afdet.net/AFDET_fichup/journal-409.pdf
48. Lee BJ, Forbes K :The role of specialists in managing the health of populations with chronic illness: the example of chronic kidney disease : BMJ 2009; 339: 2395
49. HAS 2005, DREAM: l'efficacité de la visite de pairs pour améliorer les pratiques, Amélioration du dépistage et de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez le patient à risque (DT2 et/ou hypertendu). http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/philippe_de_chazournes_et_bruno_bourgeon_diapo_reunion.pdf
50. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Vranizan K, Stewart AL: Primary care and receipt of preventive services. J Gen Intern Med 1996, 11:269-76.
51. De Lusignan S, Chan T, Stevens P, O'Donoghue D, Hague N, Dzregah B, Van Vlymen J, Walker M and Hilton S. Identifying patients with chronic kidney disease from general practice computer records. Family Practice 2005; 22 : 234-41.
52. Frimat L, Siewe G, Ayav CL, Briançon S, Kessler M, Aubrège A. Chronic kidney disease: do generalists and nephrologists differ in their care? Néphrologie et Thérapeutique. 2006; 2 : 127-35.
53. Anandarajah S, Tai T, de Lusignan S, Stevens P, O'Donoghue D, Walker M, Hilton S. The validity of searching routinely collected general practice computer data to identify patients with chronic kidney disease (CKD): a manual review of 500 medical records.

Nephrology, Dialysis and Transplantation. 2005; 20 : 2089-96.

54. Minutolo R, De Nicola L, Mazzaglia G, Postorino M, Cricelli C, Mantovani LG, Conte G, Cianciaruso B. Detection and awareness of moderate to advanced CKD by primary care practitioners: a cross-sectional study from Italy. Am J Kid Disease. 2008; 52 : 444-53.

55. Johnson D, Usherwood T. Automated reporting of GFR-coming soon to a laboratory near you. Aus Fam Physician. 2005; 34 : 925-31.

56. Ravera M, Noberasco G, Weiss U, Re M, Gallina AM, Filippi A, Cannavò R, Ravera G, Cricelli C, Deferrari G. CKD awareness and blood pressure control in the primary care hypertensive population. Am J Kid Disease. 2011; 57 :71-7.

57. Fox CH, Brooks A, Zayas LE, McClellan W, Murray B. Primary care physicians' knowledge and practice patterns in the treatment of chronic kidney disease: an Upstate New York Practice-based Research Network (UNYNET) study. J Am Board of Fam.2006; 19 : 54-61.

58. Cortés-Sanabria L, Cabrera-Pivaral CE, Cueto-Manzano AM, Rojas-Campos E, Barragán G, Hernández-Anaya M, Martínez-Ramírez HR. Improving care of patients with diabetes and CKD: a pilot study for a cluster-randomized trial. Am J Kid Disease. 2008; 51 : 777-88.

59. Mathew TH, Johnson DW, Jones GR; Australasian Creatinine Consensus Working Group. Chronic kidney disease and automatic reporting of estimated glomerular filtration rate: revised recommendations. Med J Aust. 2007; 187 : 459-63.

60. K.K. Stevens, Y.M. Woo, R.S.C. Rodger and C.C. Geddes. Discharging patients from the nephrology clinic to primary care--will they get appropriate monitoring of renal function? Q J Med 2009; 102 : 425-28.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination. J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission. Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée si j'y manque.