



HAL
open science

Insuffisance rénale chronique en EHPAD : prévalence, rôle des médecins généralistes, besoins et accès au néphrologue

Camille Bodard

► To cite this version:

Camille Bodard. Insuffisance rénale chronique en EHPAD : prévalence, rôle des médecins généralistes, besoins et accès au néphrologue. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02530217

HAL Id: dumas-02530217

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02530217>

Submitted on 2 Apr 2020

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 Bordeaux

U.F.R DES SCIENCES MEDICALES

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par Camille BODARD

Née le 28 août 1989 à Sainte-Foy-Lès-Lyon

Le 13 Janvier 2020

INSUFFISANCE RENALE CHRONIQUE EN EHPAD : Prévalence, rôle des médecins
généralistes, besoins et accès au néphrologue.

Sous la direction de

Monsieur le Docteur Florent GUERVILLE

Professeur Muriel RAINFRAY

Président du jury

Professeur Nathalie SALLES

Membre du jury

Professeur Christian COMBE

Membre du jury

Professeur Philippe CASTERA

Membre du jury

Professeur Jean-Baptiste BEUSCART

Rapporteur

REMERCIEMENTS

Au Président du jury, Madame le Professeur Muriel RAINFRAY, professeur en gériatrie, je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mon profond respect.

Au rapporteur, Monsieur le Professeur Jean-Baptiste BEUSCART, néphro-gériatre, je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de cette thèse et d'avoir fourni un rapport approfondi et encourageant dont les remarques ont contribué à l'amélioration de ce travail.

Au membre du jury, Madame le Professeur Nathalie SALLES, professeur en gériatrie, vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde considération.

Au membre du jury, Monsieur le Professeur Christian COMBES, professeur en néphrologie, je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance.

Au membre du jury, Monsieur le Professeur Philippe CASTERA, vous me faites l'honneur d'accepter de juger mon travail. Veuillez trouver ici mon profond respect.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Docteur Florent GUERVILLE, néphro-gériatre, Merci d'être venu à mon secours et de m'avoir fait confiance pour travailler sur ce sujet avec toi. Je souhaite à tout interne d'avoir un directeur de thèse aussi disponible et bienveillant que toi. Cela a été un vrai plaisir de travailler avec toi pendant mon internat et encore plus sur ce travail personnel.

Je remercie tous les médecins qui m'ont accordé de leur précieux temps pour s'entretenir avec moi et toutes les personnes qui m'ont accueillie dans les EHPAD ou je me suis rendue, et sans qui ce travail n'aurait pas été possible.

Un grand merci à Madame Sylvie MAURICE, épidémiologiste à l'ISPED pour ses conseils avisés concernant la partie qualitative de mon travail.

Merci à mes parents de m'avoir soutenue de toutes les manières que ce soit pendant toutes ces années. Merci d'être toujours présents pour moi dans les bons comme dans les mauvais moments. Je vous aime.

Merci à ma sœur chérie, je t'aime à la folie et j'espère qu'on sera toujours aussi proches malgré nos chemins de vie si différents.

Merci à mon amoureux, le chemin n'a pas toujours été facile mais je pense que cette fois ci on va dans la même direction. J'ai hâte de vivre toutes ces nouvelles aventures avec toi !

Merci à mes amies de toujours : vive les Monokinis ! Difficile de vous dire combien je vous aime, chacune pour tout un tas de raisons différentes, mais pour faire bref : vous êtes belles, intelligentes, drôles et je suis chanceuse de vous avoir à mes côtés depuis tout ce temps. Que nos aventures durent le plus longtemps possible !

Merci à Ambre, ma sœur de cœur. Parce que des fois on rencontre des gens et que sans s'en rendre compte ils deviennent indispensables à ta vie. Je t'aime fort.

Merci à Mona, parce que chez toi je me sens toujours chez moi, parce que je peux tout te dire, que tu ne me juges jamais et que tu me dis toujours ce que tu penses sans trop te soucier de me bousculer ou pas. Je t'aime pour ça.

Merci aux copines rencontrées pendant cet internat qui n'a pas été de tout repos : Anny, Leila et Maëlig. Sans votre soutien je ne serai jamais arrivée jusqu'au bout de cette aventure.

Merci à mon grand-père et ma grand-mère qui attendent cette thèse depuis 10 ans déjà, voilà c'est fait !

Je dédicace cette thèse à ma grand-mère Maria qui n'est plus avec nous mais qui, si son médecin avait été un peu plus sensible à l'insuffisance rénale chronique, aurait peut-être été avec nous un peu plus longtemps. Je t'aime très fort.

LISTE DES ABREVIATIONS

AINS : Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens

AGGIR : Autonomie Groupe Iso-Ressources

AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CKD-EPI : Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration Initiative

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNSA : Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie

DESC : Diplôme d'Études Spécialisées Complémentaires

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

DOM : Départements d'Outre-Mer

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EHPA : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

ERPB : European Renal Best Practice Group

EuGMS : European Geriatric Medicine Society

GIR : Groupe Iso Ressource

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

IEC : Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion

IMC : Indice de Masse Corporelle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

IRA : Insuffisance Rénale Aigue

IRC : Insuffisance Rénale Chronique

MMSE : Mini Mental State Examination

MRC : Maladie Rénale Chronique

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAS : Pression Artérielle Systolique

PTH : Parathormone

REIN : Réseau Épidémiologie et Information en Néphrologie

TOM : Territoires d'Outre-Mer

USLD : Unité de Soins de Longue Durée

VSL : Véhicule Sanitaire Léger

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	8
1.1. LES MALADIES RENALES DES PERSONNES AGEES.....	8
1.1.1. <i>Vieillissement de la population, polyopathie et perte d'indépendance.....</i>	8
1.1.2. <i>Maladie rénale chronique : définition</i>	10
1.1.3. <i>Maladie rénale chronique : épidémiologie.....</i>	11
1.1.4. <i>Causes des maladies rénales chroniques des personnes âgées</i>	12
1.1.5. <i>Complications des maladies rénales chroniques</i>	13
1.2. ENJEUX DES SOINS DES PERSONNES AGEES AYANT UNE MALADIE RENALE CHRONIQUE	14
1.2.1. <i>Rôles du médecin généraliste</i>	14
1.2.2. <i>Rôles du néphrologue</i>	15
1.2.3. <i>Accès au néphrologue : recommandations et limites.....</i>	16
1.2.3.1. <i>Recommandations.....</i>	16
1.2.3.2. <i>Limites.....</i>	18
2. ARTICLE	23
❖ INTRODUCTION	23
❖ METHODES	25
➤ <i>Étude quantitative.....</i>	25
➤ <i>Étude qualitative</i>	27
❖ RESULTATS	29
➤ <i>Étude quantitative.....</i>	29
➤ <i>Étude qualitative</i>	32
❖ DISCUSSION.....	42
❖ CONCLUSION	46
3. BIBLIOGRAPHIE.....	47
4. ANNEXES	53
❖ GUIDE D'ENTRETIEN	53
❖ Liste des figures	56
5. SERMENT D'HIPPOCRATE	57

1. INTRODUCTION

1.1. LES MALADIES RENALES DES PERSONNES AGEES

1.1.1. Vieillesse de la population, polyopathie et perte d'indépendance

Du fait de l'augmentation de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans augmente. D'après les chiffres de l'INSEE, au 1^{er} janvier 2019, on dénombre 17 501 491 personnes ayant 60 ans ou plus en France (Métropolitaine et DOM TOM). Ils représentent donc 26,1% de la population française contre 20% dans les années 2000. Parmi cette population âgée, on dénombre 6 218 848 personnes de 75 ans et plus. Les patients de plus de 75 ans représentent donc plus de 9% de la population française actuelle.(1)(2)

Compte tenu de l'hétérogénéité du processus de vieillissement, on peut distinguer plusieurs types de personnes âgées : les personnes âgées robustes (dont les fonctions sont préservées et qui doivent être soignées comme des personnes adultes plus jeunes), les personnes âgées fragiles et les personnes âgées dépendantes.

Le concept de fragilité(3) se définit par une moins bonne résistance aux facteurs de stress et à une augmentation du risque de chute, de déclin fonctionnel, d'entrée en institution et de décès. Cette fragilité permet à un événement aigu minime (infection peu sévère, changement de lieu de vie, modification thérapeutique...) d'altérer de manière transitoire ou pérenne l'autonomie et de faire basculer les personnes vers un certain degré de dépendance. En France, la prévalence de la fragilité chez les plus de 65 ans est estimée à 15% (12,2-17,8) d'après l'étude SHARE(4). Une partie de la perte d'indépendance des personnes âgées est liée à l'accumulation de maladies chroniques (polyopathie). En effet, il n'est pas rare que les personnes âgées cumulent plusieurs pathologies chroniques en même temps telles qu'une hypertension artérielle (HTA), un diabète, une insuffisance rénale et une maladie d'Alzheimer. Chaque pathologie a son propre traitement, souvent fait de plusieurs médicaments, qui sont prescrits par un spécialiste n'étant pas forcément au courant des médicaments prescrits pour les autres pathologies en cours. Le risque iatrogène fait partie de la spécificité du traitement médicamenteux chez la personne âgée,

du fait de cette polymédication, des interactions médicamenteuses et d'un moins bon profil de tolérance. Il est alors facilement compréhensible qu'il existe chez la personne âgée un risque iatrogène élevé dès lors que celle-ci cumule plusieurs pathologies chroniques, l'ensemble l'exposant à un risque de perte d'indépendance.

Chaque pathologie chronique, lorsqu'elle évolue, entraîne des symptômes pouvant être à l'origine d'une perte d'indépendance. Ainsi des troubles sensoriels (acuité visuelle et sensibilité cutanée) pourront apparaître lorsqu'un diabète évolue et altéreront le fonctionnement de la marche. Une coronaropathie évoluée pourra entraîner une dyspnée d'effort qui restreindra les activités physiques les plus élémentaires du patient telle que les gestes liés à l'hygiène, entraînant une perte d'indépendance. Le traitement d'une HTA pourra également être à l'origine d'hypotension orthostatique et de chutes. Si l'on additionne tous ces éléments, on comprend que le fait de maintenir l'indépendance d'une personne âgée polypathologique n'est pas une chose aisée.

7,9 est le nombre moyen de pathologies que cumulent les patients vivants au sein d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) d'après une enquête réalisée auprès des établissements d'hébergements pour personnes âgées (EHPA) en 2011 par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES).
(5)

Un grand nombre de patients âgés, voire très âgés quittent ainsi leur domicile du fait de l'apparition de cette dépendance, pour vivre au sein de ces EHPAD. En 2015, plus d'un tiers des patients de 90 ans vivaient en EHPAD. Ces maisons de retraites médicalisées offrent un lieu de vie et une prise en charge adaptée aux personnes âgées dépendantes qui sont entourées d'un personnel paramédical qualifié. On dénombre en France fin 2016, 605 000 places en EHPAD avec une augmentation en moyenne par an de 2,7% depuis 2008.(6)

D'après une étude menée par la DREES en 2015, les patients résidents en EHPAD sont de plus en plus dépendants. On note une augmentation de la dépendance des patients vivants en institution ces dernières années avec 83% des patients en perte d'autonomie (d'après la grille Autonomie Gérontologique Groupe Iso Ressources (AGGIR)) en 2015 contre 81% en 2011. Les EHPAD sont majoritairement touchés par cette hausse de la dépendance, avec plus de la moitié des résidents ayant une perte d'autonomie avancée (Groupe iso ressource (GIR) 1 à 2).
(7)

Lorsque ces patients quittent leur domicile pour aller vivre au sein d'un EHPAD, ils continuent à être suivis par leur médecin généraliste, sauf dans les cas de rapprochement géographique avec leur famille, si leur médecin généraliste n'intervient pas en EHPAD, si l'EHPAD en question est hors de sa zone géographique de visite ou si l'EHPAD emploie des médecins, qui deviennent alors le nouveau médecin traitant du patient.

Le nombre de médecins généralistes en Nouvelle Aquitaine était de 6765 en 2016 soit 115 médecins généralistes pour 100 000 habitants.

La Gironde possède une offre de soins importante puisqu'on dénombre 95 établissements de soins et 177 EHPAD (Unité de soins de longue durée (USLD) exclus) soit 13 122 places disponibles. En 2016, on y recense une densité de médecins généralistes de 132 pour 100 000 habitants, plus importante que la moyenne française qui est de 104 médecins généralistes pour 100 000 habitants.(8)

Du fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et du nombre de places en EHPAD disponibles, le besoin en intervention de médecins généralistes au sein d'EHPAD devrait augmenter dans les prochaines années.

1.1.2. Maladie rénale chronique : définition

La maladie rénale chronique (MRC) est une composante fréquente de la polyopathie des personnes âgées. L'insuffisance rénale chronique (IRC) est définie par la diminution de la filtration glomérulaire en rapport avec une altération permanente du fonctionnement des néphrons. Pour définir une MRC il faut pouvoir attester de l'apparition de marqueurs d'atteinte rénale ou d'une diminution du débit de filtration glomérulaire (DFG estimé) en dessous de 60 ml/min/1,73m² persistant sur une période de 3 mois au moins.

Il existe différents stades d'IRC allant de modérée à terminale en fonction du débit de filtration glomérulaire, qui est estimé en routine grâce à une formule prenant en compte la créatininémie.

On différencie 5 stades dans la MRC en fonction de l'altération du DFG :

Stade	DFG en ml/min/1,73m ²	Description
Stade 1	DFG>90	Maladie rénale chronique avec fonction rénale normale ou augmentée et marqueurs d'atteinte rénale*
Stade 2	DFG entre 60 et 89	Maladie rénale chronique avec fonction rénale légèrement diminuée
Stade 3A	DFG entre 45 et 59	Insuffisance rénale chronique modérée
Stade 3B	DFG entre 30 et 44	
Stade 4	DFG entre 15 et 29	Insuffisance rénale chronique sévère
Stade 5	DFG<15	Insuffisance rénale chronique terminale

Tableau 1: Classification des stades de la maladie rénale chronique

*Marqueurs d'atteinte rénale : hématurie, protéinurie, leucocyturie ou anomalies morphologiques ou histologiques

Cette définition s'applique aux adultes, quel que soit leur âge, bien que sa pertinence soit discutée chez les personnes âgées(9). En effet, bien que correspondant à une MRC de stade 3A selon cette classification, un DFG modérément altéré (entre 45 et 60ml/min/1,73m²), isolé et stable dans le temps est fréquent chez les personnes âgées, et n'a pas de valeur pronostique péjorative(10).

1.1.3. Maladie rénale chronique : épidémiologie

Les maladies rénales chroniques constituent un enjeu de santé publique. Elles touchent 5,7 millions d'adultes en France(11) et jusqu'à un tiers des personnes des plus de 70 ans ont une IRC aux USA.(12) L'étude EPIRAN réalisée dans l'agglomération de Nancy entre 2006 et 2009 avait pour but de déterminer l'incidence de l'IRC dans la population générale et de décrire les caractéristiques des patients insuffisants rénaux. L'incidence annuelle était de 1/1000 habitants, la moyenne d'âge de ces patients était de 77 ans et 60% des patients avaient aux moins 3 comorbidités. Pour 30% d'entre eux, on diagnostiquait une insuffisance rénale au stade sévère. L'étude concluait que l'incidence de l'IRC modérée était 10 fois plus importante que l'incidence de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT).(13) Dans l'étude française des

3 Cités, sur 8700 personnes de 65 ans et plus, 13% avaient un DFG estimé < 60 ml/min/1,73m².(14) En 2015 en France, 82 295 patients étaient pris en charge pour une IRCT, soit par greffe rénale (44%), soit par dialyse (56%).(11)

Les dépenses annuelles liées à la prise en charge de l'IRCT sont de 3,4 milliards d'euros pour le Régime Général d'après l'Assurance maladie, dont 2,7 milliards pour la dialyse et 700 millions pour la greffe rénale(11).

Aucune étude française n'a été réalisée pour déterminer la prévalence de patients insuffisants rénaux chroniques parmi les résidents d'EHPAD. Les données que nous avons de la littérature internationale sont très hétérogènes, possiblement parce que les structures d'hébergement appelées « Nursing homes » sont différentes avec des modalités d'entrée, un suivi et un recrutement propre à chaque pays. Cette hétérogénéité est également liée au fait que la fonction rénale n'est pas mesurée de la même manière dans toutes les études. En Chine, une étude de 2012 estime la prévalence de l'IRC en EHPAD à 32,4%.(15) En Allemagne, la première étude à travailler sur la prévalence de l'IRC en EHPAD rapporte que 63,7% des résidents ont une IRC de modérée à sévère.(16) Des études américaines évoquent des chiffres variant de 23% à 43,1% (17)(18), et on retrouve une prévalence de 39,9% pour une étude turque(19). La fourchette de pourcentage varie entre 23% et 63,7%, cette grande hétérogénéité ne nous pas permet d'estimer la prévalence de la MRC dans les EHPAD français.

1.1.4. Causes des maladies rénales chroniques des personnes âgées

Outre l'existence d'une altération physiologique de la fonction rénale liée à l'âge(20), différentes maladies contribuent à la prévalence de la MRC dans la population âgée. Il existe des pathologies liées à une atteinte primaire du rein et des néphropathies secondaires. La polykystose rénale est la néphropathie héréditaire la plus répandue, et 50% des malades ont une IRCT à l'âge de 60ans.(21) Les facteurs de risque et les pathologies vasculaires sont parmi les causes principales de l'IRC chez les personnes âgées.(22) Les obstructions des voies urinaires sont aussi fréquentes dans la population âgée et peuvent conduire à des insuffisances rénales sévères lorsqu'elles sont négligées. On retrouve également des atteintes rénales liées à des facteurs toxiques comme les néphropathies médicamenteuses (anti-inflammatoires non

stéroïdiens (AINS), néphrotoxicité des chimiothérapies). Certaines maladies auto-immunes et les cancers (cancer rénal, atteinte rénale du myélome, syndrome obstructif par compression externe) sont également des causes non rares d'IRC dans la population âgée. Enfin, la MRC est très souvent d'origine multifactorielle dans cette population.

1.1.5. Complications des maladies rénales chroniques

Lorsque l'altération de la fonction rénale se chronicise et progresse, on voit apparaître un certain nombre de complications. Parmi ces complications les plus fréquentes, on retrouve l'apparition d'une HTA et d'événements cardio-vasculaires, des troubles du métabolisme phosphocalcique, une anémie, une hyperkaliémie, une acidose métabolique, une dénutrition.

On sait que l'IRC est un facteur de risque d'événements cardiovasculaires.(23) On note une prévalence élevée de l'insuffisance cardiaque chez les patients insuffisants rénaux chroniques terminaux avec traitement de suppléance (40%) et une prévalence de l'hypertrophie ventriculaire gauche de 75%.(24) Les conséquences vasculaires de l'IRC majorent également la survenue des accidents vasculaires cérébraux (AVC) et des troubles cognitifs dans cette population.(25) La conséquence de ces pathologies vasculaires chez les personnes âgées, hormis le décès, est souvent l'apparition ou l'aggravation d'une dépendance.

Par ailleurs, l'IRC de modérée à sévère est associée à un sur-risque d'altération des capacités fonctionnelles des patients âgés. (26)(27)(3) L'IRC est un facteur de risque indépendant de fragilité, de mortalité et d'hospitalisations itératives.(28)(29) En effet, l'*USRDS annual data report* de 2013 montre que le risque d'hospitalisation est 38% plus important chez les patients ayant une MRC tous stades confondus par rapport aux patients sains et la mortalité est également 37% plus élevée chez les patients insuffisants rénaux chroniques tout stade confondu. (30)

Le fait de ralentir la progression de l'insuffisance rénale est donc un enjeu de santé publique important, notamment chez les personnes âgées, car cela peut permettre de réduire la morbi-mortalité, d'éviter le recours au traitement de suppléance, mais également de réduire la survenue ou l'aggravation d'une dépendance, ainsi que les dépenses de santé associées.

1.2. ENJEUX DES SOINS DES PERSONNES AGEES AYANT UNE MALADIE RENALE CHRONIQUE

1.2.1. Rôles du médecin généraliste

Le médecin généraliste est l'acteur principal dans le dépistage mais également dans le suivi de la MRC.

D'après les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS), le dépistage de la MRC doit être effectué à la demande du médecin généraliste, chez toute personne présentant des facteurs de risque de MRC, et ce au moins une fois par an. Le dépistage se fait par la mesure de la créatininémie, l'estimation du DFG et la réalisation d'une recherche de protéinurie sur échantillon urinaire.(31)

Parmi les facteurs de risque de MRC on note(32) (11):

- Diabète (33)
- HTA
- Age > 60 ans
- Obésité avec un indice de masse corporelle (IMC) > 30kg/m²
- Maladie athéromateuse
- Insuffisance cardiaque
- Pathologie auto-immune ou de système
- Pathologie urologique
- Antécédents de néphropathie toxique
- Antécédents d'exposition à des toxiques (métaux lourds, médicaments)
- Antécédents familiaux de maladie rénale terminale(21)

Le médecin généraliste décide par la suite du suivi biologique à mettre en place. Il peut réaliser un bilan étiologique de première intention et s'il le juge nécessaire prendre un avis auprès d'un confrère néphrologue pour réaliser un bilan étiologique plus complet. En fonction de la sévérité de l'atteinte rénale, le médecin généraliste peut, dès le diagnostic de MRC, faire appel à un spécialiste néphrologue pour assurer le suivi et l'aider dans la prise en charge de la MRC.

Le médecin généraliste est responsable de l'annonce de la maladie chronique au patient.

Une fois le diagnostic de MRC posé, le médecin généraliste a pour rôle de ralentir la progression de la maladie rénale. Pour cela, il adapte les thérapeutiques pour limiter la iatrogénie et élimine tous les médicaments néphrotoxiques de l'ordonnance. Chez l'adulte, il doit également rechercher et contrôler les facteurs de risques cardio-vasculaires en s'assurant du sevrage tabagique, du contrôle des dyslipidémies, de l'équilibre d'un diabète et de la perte de poids en cas de surcharge pondérale. Le contrôle de la pression artérielle sera également primordial.

Il se doit de dispenser des conseils hygiéno-diététiques : mise en place d'un régime hyposodée (<6g/j) et modérément restreint en protéines, activité physique régulière et adaptée. Il peut, s'il le juge bon, orienter le patient vers une diététicienne pour lui permettre d'avoir un suivi nutritionnel en accord avec sa pathologie.

Il s'assure de la vaccination anti-grippale annuelle des patients insuffisants rénaux chroniques, ainsi que de la vaccination contre l'hépatite B en fonction du statut sérologique du patient.

Il est également responsable de l'éducation thérapeutique du patient lorsque cela est possible. Il fournit toutes les informations nécessaires pour que le patient puisse acquérir les compétences lui permettant de comprendre et de s'approprier sa pathologie. Et enfin, il coordonne les soins entre les différents spécialistes.

Son rôle est différent chez la personne âgée car s'adapter à la personne dans sa globalité est souvent plus complexe. Il doit prendre en compte ses comorbidités, son environnement de vie, son espérance de vie, ses priorités, avant de proposer un plan de soins. Les objectifs d'équilibre du diabète, de pression artérielle acceptables sont ainsi différents de ceux des adultes jeunes. Les règles hygiéno-diététiques pourront être modulées en fonction du degré de dépendance, des comorbidités associées et de l'espérance de vie de la personne âgée. L'éducation thérapeutique devra inclure l'entourage du patient, les aidants, le personnel soignant, en plus du patient. Avec la population âgée, la difficulté réside dans le fait de savoir s'adapter à son hétérogénéité et à sa complexité.

1.2.2. Rôles du néphrologue

Le néphrologue est sollicité par le médecin généraliste pour réaliser un bilan étiologique et poser un diagnostic, pour mettre en place des traitements permettant de ralentir la progression

de l'insuffisance rénale, pour aider à la gestion des complications. Il est également responsable de l'éducation thérapeutique du patient.(31)

Lorsque l'IRC continue de progresser malgré une prise en charge médicale adaptée, le néphrologue peut proposer, en fonction de l'âge, de l'espérance de vie du patient et de la pathologie prédominante, l'orientation vers une équipe de transplantation rénale. Celle-ci est le traitement de première intention dans la population générale. Elle constitue le traitement de 44% des patients prévalents en IRC stade 5. L'âge moyen des nouveaux inscrits sur la liste d'attente de transplantation augmente avec 14,6% de patients ayant 70 ans et plus en 2017 contre 7,5% en 2012.(34) Dans ses recommandations de 2015, l'HAS précise que la transplantation peut être envisagée jusqu'à 85 ans si les comorbidités le permettent (notamment l'absence de démence avérée évoluée). Elle précise également que la perte d'indépendance et les troubles cognitifs rendent discutable l'orientation vers la transplantation.(35)

Si la transplantation rénale n'est pas envisageable, le néphrologue a deux solutions à discuter avec le patient et son médecin traitant : un traitement conservateur ou un traitement de suppléance par la dialyse. Le traitement conservateur a pour buts de ralentir la progression de la MRC et de traiter ses complications, via des thérapeutiques non invasives et en favorisant la qualité de vie du patient. La deuxième solution est le traitement de suppléance qui peut consister en une hémodialyse ou une dialyse péritonéale. L'hémodialyse représente le traitement de suppléance le plus répandu avec 93,6% contre 6% pour la dialyse péritonéale.(11) Les particularités de la dialyse chez la personne âgée sont discutées plus bas.

1.2.3. Accès au néphrologue : recommandations et limites

1.2.3.1. Recommandations

L'HAS a publié des recommandations pour les adultes jeunes en 2012. Il y est proposé pour la population générale qu'un suivi néphrologique soit discuté à partir d'une insuffisance rénale atteignant le stade 3B, soit un DFG de moins de 45 ml/min/1,73m². Le suivi est également recommandé dès lors que des complications de la MRC apparaissent et lors du processus de discussion d'un traitement de suppléance.(31) Parmi les indications recommandées de

consultation néphrologique selon les recommandations internationales sur la MRC, on retrouve : un DFG estimé $< 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$, une protéinurie $> 0,5\text{g/g}$ de créatininurie, une hématurie persistante inexplicée, une progression rapide ($> 5\text{ml/min/1,73m}^2/\text{an}$), une HTA réfractaire à un traitement par 4 molécules ou plus, une dyskaliémie persistante.(36)

Dans un consensus d'experts, les Sociétés de Néphrologie et de Gériatrie et Gériatrie Italiennes proposent que les patients âgés soient adressés aux néphrologues automatiquement à partir du stade 4 soit un $\text{DFG} < 30 \text{ ml/min/1,73m}^2$.(32) Elles proposent également de prendre en compte, en plus du DFG, la valeur de l'urée, de la fraction excrétée de l'urée, la calcémie, la phosphorémie, la kaliémie et magnésémie pour faire la différence entre une MRC et une baisse de la fonction rénale physiologique. Dans le cadre d'une MRC, elles proposent de poursuivre les investigations par le dosage de la protéinurie sur 24 heures et la réalisation d'une échographie rénale. Si ces examens permettent de suspecter une étiologie à la MRC ou un risque d'IRC rapidement progressive, elles conseillent d'adresser le patient au néphrologue pour la suite de la prise en charge. Elles concluent que la prise en charge de la personne âgée nécessite une connaissance approfondie du patient, qui peut être apportée par le médecin généraliste en coopération avec les gériatres et le néphrologue, pour proposer une médecine personnalisée et adaptée aux priorités du patient.

Il existe également des recommandations de l'*European Renal Best Practice Group* (ERBP) en collaboration avec l'*European Geriatric Medicine Society* (EuGMS) quant à la prise en charge des patients âgés de plus de 65 ans ayant une IRC à partir du stade 3B ($\text{DFG} < 45 \text{ ml/min/1,73m}^2$). Ils proposent de réaliser une évaluation globale des patients susceptibles d'avoir recours au traitement de suppléance dès lors qu'il existe des facteurs augmentant la probabilité de progression de la MRC, et en fonction du risque compétitif de décès et de la fragilité. (37)

Ils recommandent d'évaluer le risque de progression de la MRC vers l'IRCT à l'aide de la 4-variable *Kidney Failure Risk Equation* (38)(39) et le risque de décès à l'aide du score de *Bensal*.(40) Ce dernier évalue le risque de décès sur 5 ans sans IRCT pour les patients ayant une MRC stade 3 à 5. On peut toutefois préciser que le score de *Bensal* n'est pas validé en France, *a fortiori* dans une population âgée et dépendante. Ceci souligne les difficultés rencontrées dans la prédiction des risques visant à prendre les meilleures décisions médicales, chez les patients âgés et/ou dépendants. Lors du choix du traitement de suppléance, l'ERBP et l'EuGMS recommandent que soit discuté un traitement conservateur chez les patients âgés,

fragiles, comorbides en s'aidant du score REIN (41) prédisant la mortalité des patients âgés débutant la dialyse.

Une discussion sur les différents traitements possibles doit avoir lieu bien avant que le traitement de suppléance soit nécessaire. En effet, du fait d'un contact tardif avec le néphrologue, 30% des traitements par dialyse sont débutés en urgence.(11) Certaines études ont montré que plus un patient insuffisant rénal chronique était adressé tardivement au néphrologue, plus la mortalité était élevée dans la première année suivant le début de la dialyse.(42)(43)

1.2.3.2. Limites

- Limites liées aux médecins généralistes

Les médecins généralistes sont de plus en plus confrontés à la prise en charge de l'IRC chez les patients âgés et notamment chez les personnes âgées institutionnalisées. Une étude française lorraine réalisée en 2006 auprès de médecins généralistes révèle que pour 75% des médecins généralistes interrogés, le diagnostic d'une IRC dans la population générale est difficile. Elle révèle que seulement 21% des médecins généralistes sont sensibilisés à la prise en charge de l'IRC. Mais aussi que 30% d'entre eux sont au fait de l'existence de référentiel de prise en charge de cette pathologie.(44) Il existait donc un manque d'information et de formation pour les médecins généralistes quant à la prise en charge de la MRC.

Elle met aussi en évidence des limites d'accès au traitement de suppléance, liées au ressenti des médecins généralistes. En effet, toujours dans la même étude, 30% des médecins interrogés pensent qu'un âge supérieur à 80 ans est une contre-indication (absolue ou relative) à la mise en place d'un traitement de suppléance. Et 69% pensent que la présence d'une démence est aussi une contre-indication (absolue ou relative) à la mise en place d'un traitement de suppléance.

- Limites liées aux formations des médecins prenant en charge les patients âgés

Une étude américaine a comparé les critères d'éligibilité à un avis néphrologique en fonction de la spécialité des médecins adressant le patient âgé.(45) Ainsi plusieurs patients types ayant une IRC sont présentés à des néphrologues, des internistes et des gériatres et on leur propose de dire s'ils recommandent un avis néphrologique. Elle démontre que les néphrologues, les internistes et les gériatres ne recommandent pas un avis néphrologique aux mêmes patients. En effet, ils ont chacun une vision des caractéristiques du patient qui est différente. Pour les gériatres, l'âge du patient et le DFG sont moins importants que pour les néphrologues ou les internistes. Les néphrologues recommandent un avis néphrologique même si les comorbidités sont très importantes. Ainsi même lorsque les médecins adressant les patients âgés ont une formation plus poussée en néphrologie et en gériatrie que les médecins généralistes, on retrouve des différences dans l'accès recommandé au néphrologue.

- Limites liées au patient

Plusieurs études internationales corroborent le fait que l'âge avancé est un facteur limitant l'accès au soin en néphrologie.(46) Une étude publiée dans *Kidney International* en 2008 montre que seulement 32% des patients ont consulté un néphrologue dans l'année précédant leur mise en dialyse et que les patients de plus de 76 ans étaient moins susceptibles de recevoir des soins en néphrologie que les patients plus jeunes. En effet, plus les patients sont âgés et leurs comorbidités nombreuses et plus ils sont envoyés tardivement vers le néphrologue. Une étude conduite en 2007 à Chicago montre qu'en plus de l'âge, les comorbidités, notamment la présence d'un déclin cognitif, peut restreindre l'accès au néphrologue.(45)

Le lieu de résidence du patient est également un facteur limitant l'accès précoce aux consultations de néphrologie. En effet, si le patient habite dans une zone pauvre en néphrologues ou loin d'une consultation de néphrologie, il aura moins de chance de recevoir des soins précoces pour son IRC avancée.(47)

- Une maladie silencieuse

On peut imaginer que la néphrologie est une spécialité qui n'est pas considérée, comme peut l'être la cardiologie. La MRC est une maladie « silencieuse » jusqu'à un certain point. Dans le rapport de *l'USRDS annual data report* de 2013, il est décrit que les patients de plus de 65 ans atteints d'IRC ont deux fois plus de chance de voir en consultation un cardiologue *versus* un néphrologue, une fois que le diagnostic de MRC est posé : 63% auront une consultation avec un cardiologue dans l'année qui suit le diagnostic contre 30% avec un néphrologue.(30)

On peut donc penser que l'IRC est bien considérée comme un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire, mais qu'elle n'est pas considérée comme la maladie prioritaire à prendre en charge pour elle-même. Ainsi, on soigne les conséquences mais pas la cause.

- Doute sur le bénéfice d'un suivi néphrologique

Dans la population âgée, le suivi néphrologique ne semble pas être une priorité, alors qu'il a été montré dans plusieurs études le bénéfice qu'un suivi néphrologique pouvait apporter aux patients âgés au même titre que pour les patients plus jeunes. Chez des patients de 71 ans en moyenne, *Minutolo et al.* montrent dans une étude parue en 2014 dans *Clinical Journal of the American Society of Nephrology* que le suivi par le médecin généraliste seul (sans suivi néphrologique) est associé à une augmentation de la mortalité et de l'incidence d'insuffisance rénale stade 5 chez les patients à partir du stade 3B, par rapport au suivi réalisé conjointement par le médecin généraliste et le néphrologue.(48) Le suivi partagé entre médecin généraliste et néphrologue améliorerait donc la qualité des soins au cours de la MRC.

Cependant on retrouve des études mettant en doute la nécessité d'un suivi néphrologique chez les patients âgés, quant au bénéfice clinique que cela pourrait leur apporter. Une étude anglaise a comparé des patients, de plus de 80 ans ayant une MRC stade 4 ou 5, qui après avoir été évalués par un néphrologue étaient pris en charge soit en clinique, soit en soins primaires, de 2007 à 2014. Les patients suivis en clinique présentaient un déclin plus rapide de leur fonction rénale (1.58ml/min/1.73m²/an *versus* 0.357ml/min/1.73m²/an ; p=0.023) et 5 d'entre eux débiteront un traitement de suppléance alors qu'aucun des patients suivis en médecine de ville n'en aura besoin. Concernant la mortalité, 83% des patients suivis en clinique décéderont dans une médiane de temps de 2,66 années [IQR 1.14-4.97] contre 78% de décès chez les patients

suivis en ville dans une médiane de temps de 3,57 années [IQR 2.31-5.68].(49) On remarque que les patients pris en charge en soins primaires n'ont pas une mortalité plus élevée que ceux qui sont suivis par un néphrologue en clinique. Les soins dispensés en médecine de ville ne seraient donc pas une perte de chance pour les patients âgés. Toutefois, il y a ici probablement un biais par indication : les patients suivis en clinique ont une maladie plus grave que ceux suivis en soins primaires. L'évaluation globale faite par le néphrologue avant la répartition des patients dans les deux groupes permet donc d'identifier les patients les plus à risque de développer une insuffisance rénale terminale et des complications de la MRC et d'intervenir plus rapidement. Le doute quant au bénéfice du suivi néphrologique réside dans le fait que dans le groupe suivi en clinique, peu de patients débutent un traitement de suppléance pour leur MRC malgré leur suivi spécifique. Un suivi en soins primaires pourrait peut-être être suffisant dans cette population âgée, notamment quand le risque de progression de la MRC est faible et que le risque compétitif de décès avant nécessité de suppléance est grand.

Enfin, il a été montré que les néphrologues n'estimaient pas toujours bien les priorités de santé de leurs patients âgés. Dans une étude parue dans *Journal of the American Society of Nephrology* en 2018, Ramer et al. démontrent que les néphrologues de patients de 60 ans et plus avec une MRC stade 4 ou 5, se trompent dans les priorités de santé de leurs patients dans 65% des cas. Pour la majorité des patients, le maintien de l'indépendance était la priorité, devant la survie. (50)

- Doute sur le bénéfice du traitement de suppléance chez les personnes âgées

S'il permet un bénéfice en termes de durée et de qualité de vie en population générale, le traitement de suppléance de la MRC stade 5 est un traitement qui peut être controversé chez la personne âgée. En effet, il est reconnu de tous que le statut fonctionnel de la personne âgée est un élément clé de la qualité de vie.

D'après une étude parue dans *New England Journal of Medicine*, une personne âgée sur 8 avait maintenu son statut fonctionnel 12 mois après le début de l'initiation d'un traitement de suppléance. On note une dégradation du statut fonctionnel et une augmentation de la dépendance un an après le début du traitement de suppléance chez la grande majorité des personnes de plus de 80 ans.(51) Le traitement par hémodialyse ou dialyse péritonéale est un traitement lourd qui peut ne pas être bénéfique en termes de qualité de vie pour tous les patients

les plus âgés. Il n'est pas prouvé que la dialyse améliore la survie ou la qualité de vie chez les personnes âgées et fragiles ou dépendantes, par rapport au traitement conservateur.

D'après le *USRDS annual data report* de 2017, la mortalité à un an post dialyse augmente avec l'âge : 35% chez les patients de plus de 70 ans et de plus de 50% chez les patients de 80 ans et plus.(52) On sait également que la survie d'un patient vivant en EHPAD chez qui l'on débute un traitement par dialyse est plus faible par rapport à la survie d'un patient ayant débuté la dialyse avant son admission en EHPAD.(53)

2. ARTICLE

❖ INTRODUCTION

Du fait de l'allongement de l'espérance de vie, le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans augmente en France. (1)(2) Toutefois, l'espérance de vie en bonne santé n'augmente pas autant, et l'on voit croître le nombre de personnes âgées polypathologiques et polymédiquées.(5) Les personnes entrant en institution sont de plus en plus âgées et de plus en plus dépendantes.(7) L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un enjeu de santé publique car elle touche plus d'un tiers des personnes âgées de plus de 70 ans(12), constitue un facteur de risque de perte d'indépendance et sa prise en charge, à un stade avancé, est associée à des dépenses de santé considérables.(11)

Il n'existe à ce jour aucune recommandation française ou internationale spécifique à la personne âgée concernant les indications de suivi néphrologique dans le cadre d'une maladie rénale chronique (MRC), et donc pas de recommandation orientée par le niveau de fragilité/dépendance.(31) La prévalence de l'IRC (définie par un débit de filtration glomérulaire (DFG) $<60\text{ml}/\text{min}/1,73\text{m}^2$) chez les personnes âgées institutionnalisées varie entre 23% et 63,7% dans la littérature internationale, chiffre difficilement extrapolable dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) français.(15)(16)(17)(18)(19) Les données de la littérature sont très hétérogènes, possiblement du fait de différences entre les structures d'hébergement appelées « Nursing homes », avec des modalités d'entrée, un suivi et un recrutement propre à chaque pays.

La prise en charge de cette pathologie chez les personnes âgées est réalisée par le médecin généraliste dans un premier temps puis avec le néphrologue lorsque la fonction rénale se détériore. Mais cette prise en charge n'apparaît pas simple et les pratiques des médecins sont très hétérogènes, notamment en ce qui concerne le recours au néphrologue.(44) Le traitement de suppléance n'est pas forcément le plus adapté à la personne âgée, *a fortiori* dépendante, les résultats en termes de qualité de vie, d'espérance de vie et de coûts de santé n'étant pas toujours satisfaisants.(51)(53)

On sait que les patients âgés sont moins souvent adressés en consultation spécialisée, *a fortiori* les patients dépendants qui vivent au sein d'EHPAD.(46) Quelles sont les limites à l'accès au néphrologue dans cette population spécifique ? Quel est le ressenti des médecins généralistes

prenant en charge ces patients, quels sont leurs besoins vis-à-vis de la prise en charge de l'IRC ?

Les objectifs du présent travail sont :

- Définir les difficultés et les besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de l'IRC des patients vivants en EHPAD.
- Identifier les freins à l'accès au néphrologue
- Décrire la place du néphrologue dans cette prise en charge
- Estimer la prévalence de l'IRC avec indication potentielle de consultation néphrologique en EHPAD
- Estimer la proportion de ces patients ayant un suivi néphrologique

❖ METHODES

Nous avons réalisé deux études pour répondre à nos objectifs.

➤ Étude quantitative

▪ EHPAD

Une étude quantitative descriptive transversale dans 5 EHPAD de Gironde pour évaluer la proportion de patients insuffisants rénaux chronique résidants en EHPAD ayant une indication potentielle de consultation néphrologique et la proportion de ceux ayant déjà un suivi spécialisé. Les critères de choix des EHPAD visaient à une diversité d'éloignement géographique par rapport à une consultation de néphrologie, de financement (privé/public/public hospitalier), et la présence ou non de secteur fermé pour patients avec troubles du comportement. Les médecins traitants des résidents étaient soit des médecins généralistes, soit des gériatres.

▪ Indications potentielles de consultation néphrologique

Nous avons étudié les dossiers des résidents qui avaient une IRC avec un DFG<45 ml/min/1,73m² sur le dernier bilan sanguin. Les patients traités par dialyse ou sans DFG estimé connu dans les dossiers ont été exclus. Nous avons estimé le DFG avec la formule CKD-EPI.(36)(54)

En l'absence de recommandations internationales consensuelles chez la personne âgée, nous avons adapté les recommandations internationales adultes (KDIGO 2012)(36) et les recommandations néphro-gériatriques italiennes (32)(37), et les critères suivants ont été retenus comme indications potentielles de consultation néphrologique :

- DFG<45 ml/min/1,73m² et dégradation rapide de la fonction rénale (>5 ml/min/1,73m²/an)
- DFG<45 ml/min/1,73m² et risque de progression (PAS>150mmHg, protéinurie>1 g/j)
- DFG<45 ml/min/1,73m² et apparition de complications (hémoglobine<10,0 g/dl, hyperkaliémie, hypocalcémie, hyperphosphatémie, acidose métabolique, œdèmes réfractaires)
- DFG<30 ml/min/1,73m²

Nous avons calculé la moyenne des 5 dernières mesures de pression artérielle notifiées dans le dossier du patient, à raison d'une mesure par mois environ. Nous avons obtenu un chiffre de pression artérielle systolique supérieur à 150 mmHg pour qualifier une hypertension non contrôlée.(55)

La notion d'œdème réfractaire a été recherchée dans les dossiers médicaux.

Le déclin de la fonction rénale a été apprécié à partir des créatininémies disponibles annuellement sur les 4 dernières années, avec lesquelles nous avons calculé une pente par régression linéaire. Un seuil de 5 ml/min/1,73m²/an a été retenu comme définition d'un déclin rapide.(31)

Pour les troubles électrolytiques et les troubles phosphocalciques nous avons tenu compte des normes des différents laboratoires.

▪ **Résidents**

Nous avons noté leur niveau de dépendance (score GIR)(56), le dernier Mini Mental State Examination (MMSE) connu et leur date d'entrée en structure. Les comorbidités permettant de calculer le score de Charlson (57) ont été recherchées, ainsi que les traitements en cours le jour du recueil de données et le nombre de molécules administrées.

Nous avons recherché l'existence d'un suivi ou d'une prise d'avis néphrologique depuis l'entrée en EHPAD et d'un suivi antérieur. Nous avons noté si le patient était actuellement suivi par un autre spécialiste.

Les données ont été recueillies du 5 mars au 25 juin 2019 de manière anonyme. Avant la réalisation du recueil de données en EHPAD, une autorisation a été préalablement demandée auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL).

➤ Étude qualitative

▪ Entretiens

A travers des entretiens semi-dirigés auprès de médecins de Gironde, nous avons cherché à décrire le rôle des médecins traitants des résidents d'EHPAD dans la prise en charge de l'IRC, les difficultés ressenties, les freins à l'accès au néphrologue et la place du néphrologue. Nous avons choisi des médecins exerçant dans différents secteurs : urbain, semi-rural et rural. Il s'agissait de médecins généralistes, de médecins coordonnateurs, de gériatres. Les médecins n'intervenant pas en EHPAD au moment de notre recueil n'ont pas été retenus.

Les différents médecins ont été recrutés par courrier électronique puis par téléphone pour convenir d'un rendez-vous (en face à face ou téléphonique), ou directement par téléphone.

Nous avons réalisé en amont un guide d'entretien qui a été modifié après le deuxième entretien-test réalisé. Il se découpe en 5 thématiques principales :

- Les difficultés rencontrées lors de la prise en charge de l'IRC par les médecins en EHPAD.
- L'accès aux spécialistes en général.
- L'accès au néphrologue en particulier.
- Les différents axes d'amélioration dans la prise en charge de l'IRC en EHPAD.
- Le médecin, sa formation et sa pratique personnelle.

Les entretiens ont tous été réalisés par l'investigatrice dans le département de la Gironde, et ont été enregistrés après l'obtention de l'accord verbal des médecins interrogés. La retranscription sur Word en verbatim a été réalisée au fur et à mesure des entretiens. Ils ont eu lieu entre le 22 mars 2019 et le 17 octobre 2019.

▪ Analyse thématique

La retranscription sur traitement de texte en verbatim a été réalisée au fur et à mesure des entretiens. L'analyse thématique des données a été faite grâce au logiciel Nvivo (QSR International). Pour limiter les biais d'interprétation lors de l'analyse et s'assurer de la validité de la grille de codage, une triangulation de codage a été réalisée (codage des thèmes par deux

évaluateurs de manière indépendante, puis mise en commun des résultats et recherche d'un accord sur l'interprétation).

❖ RESULTATS

➤ Étude quantitative

▪ Prévalence de l'IRC avec indication potentielle de consultation néphrologique

La population source était constituée des 500 résidents des 5 EHPAD. Pour 9 patients sur les 500 patients (1,8%) de l'échantillon nous n'avons pas retrouvé de DFG notifié dans le dossier informatisé ou papier de l'EHPAD. Le délai médian entre la dernière fonction rénale évaluée et le recueil de donnée était de 3 mois [quartiles 1,0-6,0].

Parmi les 500 résidents, 54 (10,8%) avaient un DFG<45 ml/min/1,73m². D'après nos critères, 37 (7,4%, IC 95% [5,1-9,7]) avaient une indication potentielle de consultation néphrologique.

(Figure 1)

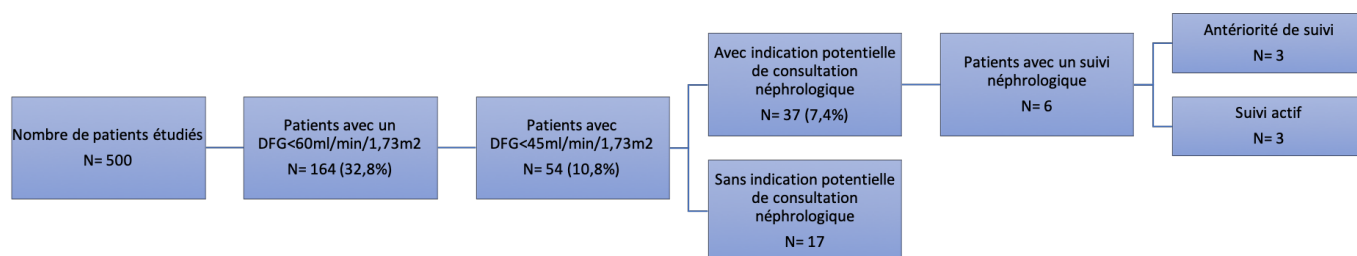


Figure 1 : Diagramme de flux

▪ Caractéristiques des résidents (Tableau 2)

Les 37 patients avec indication potentielle de consultation néphrologique étaient majoritairement des femmes (78,4%), de plus de 90 ans et 48,6% avaient un GIR égal à 1 ou 2 (dépendance sévère). Le délai entre l'entrée en EHPAD et le recueil de données était de 2,5 ans soit de 30 mois [quartiles 16,50-76,00]. Les comorbidités les plus fréquentes étaient l'HTA (78,4%), les troubles cognitifs (73%), l'AVC (32,4%), l'insuffisance cardiaque (32,4%), la dépression (29,7%), les affections urologiques (29,7%). Des troubles du comportement étaient décrit chez 29,7%. La médiane du score de Charlson était de 7 [quartiles 5-12]. Le nombre médian de pathologies autre que la MRC était de 4 [quartiles 0-8]. Le nombre médian de médicaments par patient et par jour était de 8 [2-15].

Avec indication potentielle de consultation néphrologique.		
N=37		
Caractéristiques des patients	Femme	29 (78,4%)
	Age	92,00 [88,00-95,50]
	IMC	23,20 [20,83-28,30]
	MMSE	13,50 [8,25-21,75]
GIR	1 à 2	18 (48,6%)
	3 à 4	17 (45,9%)
	5 à 6	2 (5,4%)
Type d'EHPAD	CHU	7
	Privé	6
	Publique	24
DFG CKD-EPI ml/min/1,73m ²		32,10 [26,40-40,00]
MRC rapidement évolutive		27 (75%)
MRC avec complications		18 (48,6%)
Complications	Anémie	7 (18,9%)
	Acidose métabolique	4 (10,8%)
	Dysnatrémie, dyskaliémie	16 (43,2%)
	Troubles phosphocalciques	5(13,5%)
	Œdèmes réfractaires	2 (5,4%)
MRC avec risque de progression	HTA>150mmHg	5 (13,5%)
	Protéinurie>1g/j	0 (sur 6 dosages)
Comorbidités	Diabète	6 (16,2%)
	AVC	12 (32,4%)
	AOMI	6 (16,2%)
	Hémiplégie	4 (10,8%)
	HTA	29 (78,4%)
	Coronaropathie	7 (18,9%)
	Insuffisance cardiaque	12 (32,4%)
	Maladie pulmonaire chronique	5 (13,5%)
	Tumeur solide non métastatique	4 (10,8%)
	Ulcère gastrique	5 (13,5%)
	Dépression	11 (29,7%)
	Démence avérée	27 (73%)
	Affection urologique	11 (29,7%)
	Troubles du comportement	11 (29,7%)
Score de Charlson		7 [5-12]
Traitements	Nombre de molécules différentes	7,8 {3-15}
Suivi néphrologique	Ancien	3 (8,1%)
	Actuel	3 (8,1%)

Tableau 2 : Caractéristiques des patients avec indication potentielle de consultation néphrologique

IMC : Indice de masse corporelle en kg/m² ; DFG : débit de filtration glomérulaire ; MRC : Maladie rénale chronique ; AVC : accident vasculaire cérébral ; AOMI : artériopathie oblitérante des membres inférieurs ; HTA : hypertension artérielle ; GIR : groupe iso-ressource (un score bas indique une dépendance plus

importante) ; MMSE : mini mental state examination (un score bas indique la présence de troubles cognitifs évolués)

- **Indications potentielles de consultation néphrologique**

Les indications potentielles de consultation néphrologique étaient les suivantes : 27/37 (75%) avaient une MRC rapidement évolutive, 18/37 (48,6%) présentaient une MRC avec complications, 14/37 (38%) avaient une MRC stade 4 ou 5 (DFG<30ml/min/1,73m²) et 5/37 (13,5%) avaient une MRC avec risque de progression (toujours sur HTA non contrôlée). La médiane du déclin de la fonction rénale était de 7,85 ml/min/1,73m²/an [quartiles 4,85-12,50]. Les complications retrouvées étaient une anémie<10,0 g/dl (18,9%), une hyperkaliémie (18,9%), une dysnatrémie (18,9%), une hypocalcémie (14,3%), une acidose métabolique (10,8%), une hyperphosphatémie (10,0%).

Concernant les données manquantes : 73% des patients n'avaient pas de dosage de la phosphatémie disponible dans leur dossier, 59% pas de dosage des bicarbonates, 91% pas de parathormone dosée et 51% pas de dosage de la vitamine D. Le dosage de la protéinurie n'avait été réalisée que chez 10% des patients.

- **Médicaments**

On constate une seule erreur grave de prescription médicamenteuse concernant un anticoagulant oral contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère.

Les patients ayant une HTA non contrôlée ont 3 antihypertenseurs ou plus dans leur traitement.

- **Suivi spécialisé**

Parmi les patients ayant une indication potentielle de consultation néphrologique, seulement 3 patients soit 8,1% avaient eu avant leur entrée en EHPAD un suivi néphrologique et uniquement 3 patients soit 8,1% avaient un suivi actif au moment du recueil de données (Figure 1).

Vingt patients sur 37 (54,0%) avaient un suivi avec un spécialiste autre que le néphrologue.

➤ **Étude qualitative**

▪ **Médecins interrogés**

Nous avons dirigé 6 entretiens avec 6 médecins. Parmi ces médecins, deux étaient des hommes, quatre étaient des femmes. Trois médecins avaient entre 30 et 40 ans, 2 médecins avaient entre 40 et 50 ans et un médecin avait plus de 60 ans. En moyenne, ils exerçaient la médecine depuis 15 ans et intervenaient en EHPAD depuis environ 6 ans.

Un exerçait en milieu rural, deux en milieu semi-rural et trois en milieu urbain. Parmi les médecins interrogés, il y avait une gériatre du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Bordeaux, un médecin coordonnateur/gériatre du CHU de Bordeaux. Les 4 autres étaient médecins généralistes libéraux. Ils étaient tous médecins traitants de patients institutionnalisés.

▪ **Entretiens**

Les entretiens ont été réalisés à la convenance des médecins interrogés : quatre en face à face et deux par téléphone. Les entretiens ont débuté par une remise en contexte du travail. L'anonymat et la retranscription fidèle de leur propos a été garantie. Les entretiens ont été enregistrés via le dictaphone d'un Iphone 6 après accord verbal des médecins et ont duré en moyenne 31 minutes. La saturation des données a été obtenue au 5^{ème} entretien et confirmée par la réalisation d'un 6^{ème} entretien.

▪ **Thèmes**

Cinq thèmes sont apparus lors de notre codage :

- L'avis néphrologique en EHPAD
- Les attentes et besoins des médecins généralistes dans la prise en charge de l'IRC de la personne âgée en EHPAD
- Les limites de l'accès aux néphrologues
- Le rôle du néphrologue dans la prise en charge de l'IRC de la personne âgée en EHPAD
- Les solutions visant à faciliter l'accès au néphrologue

Nous avons trouvé que la prise d'avis auprès d'un néphrologue pour la gestion d'une IRC d'un résident en EHPAD était un événement rare. Le néphrologue n'est pas le premier spécialiste sollicité par les médecins généralistes et leur sollicitation se fait dans un contexte hospitalier la plupart du temps.

M2 : « *Alors je me suis rendu compte en y réfléchissant que c'était pas très fréquent* »

M3 : « *J'ai jamais eu à prendre avis pour mes patients en EHPAD jusque-là* »

M1 : « *Je pense que c'est un avis de troisième ou quatrième niveau je dirais* »

Les médecins généralistes ne déclarent pas de difficultés majeures dans la prise en charge de la MRC des résidents d'EHPAD.

M2 : « *[L'insuffisance rénale] chronique c'est pas très fréquent que j'ai des grosses difficultés.* »

Ils font appel au néphrologue lors de la progression d'une MRC au stade 5, pour discuter de la mise en place d'un traitement de suppléance, ou lors du déclin rapide de la fonction rénale.

M4 : « *Et après quand on arrive jusqu'à la dialyse, d'évaluer et de voir qu'est-ce qu'on peut apporter avec le néphrologue* »

M2 : « *C'était pour une dame qui passait soudain en insuffisance rénale chronique légère à des triplements de créatinine et c'est là que j'ai appelé et que j'ai demandé et il m'a conseillé de faire une imagerie en urgence* »

L'insuffisance rénale aiguë, l'apparition d'une protéinurie et la présence d'œdèmes réfractaires peuvent également être un motif de recours au néphrologue. Les complications de la MRC telles que l'anémie, les troubles hydro-électrolytiques, les troubles phosphocalciques sont aussi des motifs de recours au spécialiste.

M5 : « *Des complications au niveau du métabolisme phospho-calcique des trucs comme ça que je maîtrise pas. Des troubles ioniques éventuellement aussi, ouais, au niveau de la natrémie, de la kaliémie. C'est des choses, pour le coup, c'est trop compliqué pour moi je préfère avoir l'avis du spécialiste.* »

Les besoins des médecins généralistes concernent l'optimisation des médicaments, pour lutter contre la polymédication et la iatrogénie.

M4 : « *La prudence ça serait de limiter les prescriptions médicamenteuses et les médicaments néphrotoxiques si je peux les éviter c'est mieux et surtout si j'ai un rein qui fonctionne encore* »

pourquoi l'altérer. Moins on en prescrit mieux c'est. Des fois, on peut pas s'en priver mais pas n'importe comment. »

M2 : « *Des conseils thérapeutiques surtout, d'hydratation, d'adaptation médicamenteuse de surveillance, des choses comme ça ouais* », « *Est ce que je peux le mettre, à quelle dose, comment faire ?* »

Les différentes limites à l'accès au néphrologue que nous avons pu noter se différencient en cinq parties résumées dans la Figure 2.

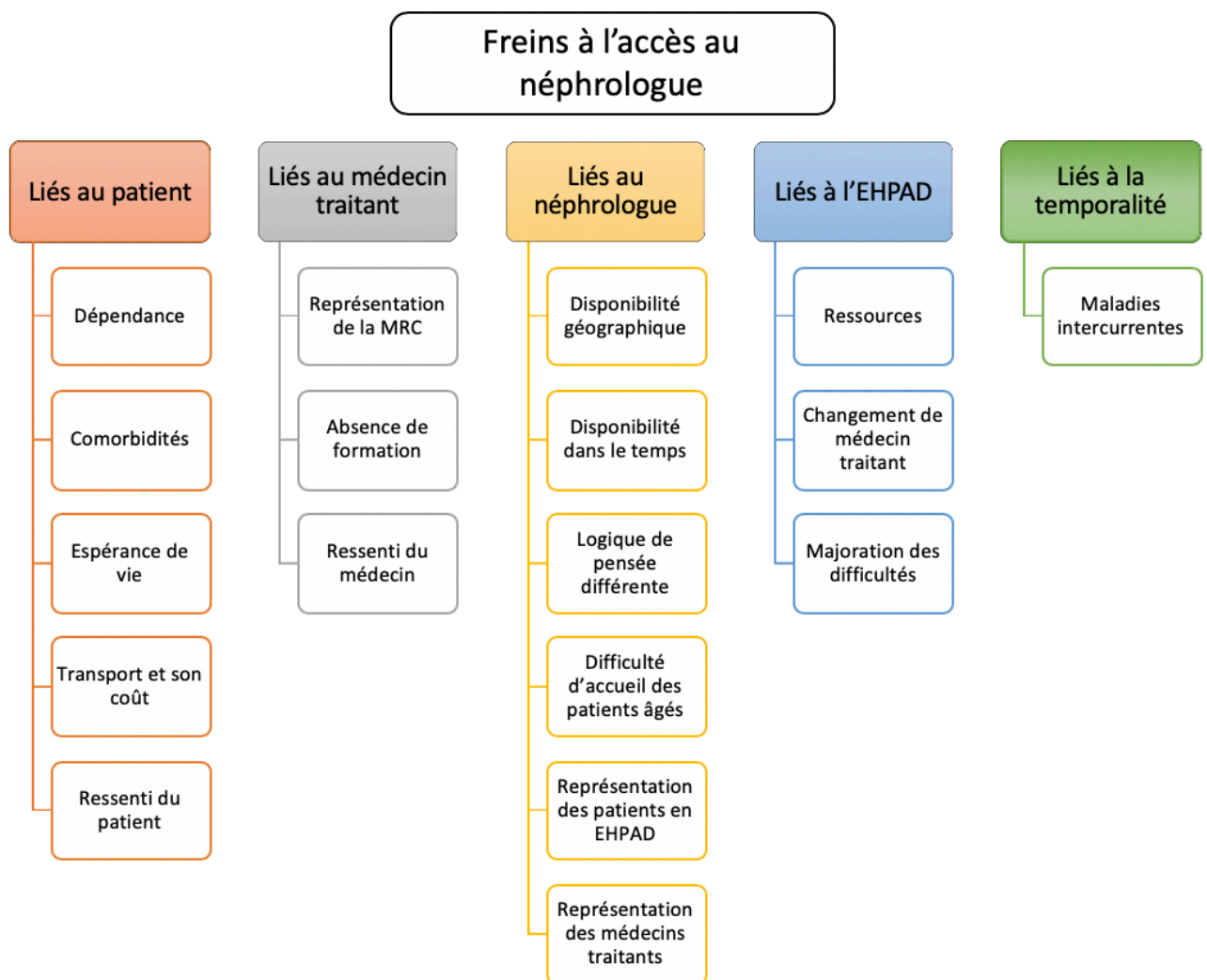


Figure 1: Freins à l'accès au néphrologue

La dépendance, les comorbidités et l'espérance de vie du patient sont les principaux freins de l'accès au néphrologue.

M3 : « *Si la personne est grabataire etc j'aurais moins tendance à l'adresser et on fera plus avec les moyens du bord* »

M2 : « *Il y a forcément un filtre qui fait que je vais pas forcément adresser quelqu'un qui a des troubles cognitifs sévères ou qui est très dépendant* »

M1 : « *On se retrouve avec une insuffisance rénale chez un patient qui a tout de même, malgré tout une espérance de vie relativement longue encore malgré le fait qu'il est en EHPAD euh à ce moment-là je solliciterai un néphrologue pour avoir son avis* »

Le transport du patient et son coût peuvent limiter l'accès au néphrologue.

M3 : « *[Le transport est un frein] Quand le VSL n'est pas remboursé. Si le VSL est remboursé, y a pas de frein.* »

Le ressenti du patient face à sa maladie et notamment l'ambivalence qu'il peut ressentir, peut également être un frein.

M1 : « *C'était compliqué surtout psychologiquement pour la patiente qui voulait des soins, n'en voulait plus* »

M3 : « *c'est un frein aussi et parce que souvent l'insuffisance rénale ça leur parle pas. J'en ai une là je l'ai envoyée chez un néphro mais elle prend pas le traitement elle a pas envie d'un suivi etc malgré que le néphro lui ai fait part de ses inquiétudes* »

La représentation que les médecins traitants ont de l'IRC est le frein principal à l'accès au néphrologue, ainsi que leur ressenti face à cette pathologie. Certains voient l'insuffisance rénale comme un simple paramètre biologique à prendre en compte, un phénomène fréquent chez les personnes âgées mais stable la plupart du temps. D'autre comme une pathologie à part entière.

M2 : « *Ça va être plus comme un critère pour adapter les traitements plutôt que comme une pathologie à proprement parler* »

M6 : « *C'est-à-dire que je considère que, 80 ans sur des patients qui sont souvent polyopathologiques et avec pas mal de polymédications, j'accepte le fait qu'ils aient une insuffisance rénale chronique donc avec un DFG entre 30 et 60* »

M5 : « *On va dire que globalement c'est soit des tableaux qui sont très très progressifs [...] et ça s'aggrave pas nécessairement pendant leur séjour* »

M4 : « *C'est vraiment une pathologie à part entière. C'est vraiment un organe comme les autres* »

Cette représentation dépend de la formation professionnelle des intervenants. La plupart des médecins libéraux ne possèdent pas de formation spécifique à la prise en charge de la MRC de la personne âgée.

M1 : « *J'ai pas reçu de formation spécifique vis-à-vis de l'insuffisance rénale chronique de la personne âgée* »

Cependant, ceux qui ont une formation plus approfondie en gériatrie ou néphrologie se disent être plus sensible à la problématique de l'IRC en EHPAD.

M2 : « *Je trouve que j'ai quand même une sensibilité envers l'insuffisance rénale qui est intéressante je pense. Par rapport à mes collègues de médecine générale qui ont peut-être moins l'occasion de se poser autant de questions sur l'insuffisance rénale.* »

M5 : « *Je suis plus sensibilisée à la problématique parce que j'ai fait un stage de 6 mois en néphrologie lors de mon internat qui m'a permis d'approfondir mes connaissances* »

La majorité des médecins interrogés se questionnent sur les bénéfices et les risques qu'une consultation avec un néphrologue pourrait apporter à leur patient institutionnalisé.

M1 : « *On se pose toujours la question adresser un patient pourquoi, pour quel bénéfice, pour quelle amélioration de son état de santé. Voilà il faut peut-être plus que chez un autre patient encore qu'on se pose la question des bénéfices ou des effets indésirables de chaque geste on va dire, chaque questionnement, chaque consultation. Question de qualité de vie quoi* »

M5 : « *On y réfléchit aussi avant de les envoyer en consultation chez le spécialiste parce qu'il faut bien reconnaître qu'il y a bien des situations où on a besoin de l'avis du spécialiste mais pas forcément de son regard clinique* »

Certains médecins expriment une sorte de déception quant aux conclusions des avis et consultations de néphrologie de leur patient institutionnalisé qui influence leur pratique médicale actuelle.

M3 : « *On demande des consultations de néphro mais il n'en ressort jamais grand-chose quoi je trouve* »

La disponibilité géographique et temporelle des néphrologues sont des freins évoqués par les médecins.

M1 : « *En Sud Gironde c'est un petit peu compliqué pour avoir accès, pour avoir un avis néphrologique* »

M5 : « *Oh oui, l'obstacle principal c'est le délai de prise en charge* »

Ils évoquent également le fait que les propositions faites par le spécialiste peuvent ne pas être adaptées à la vie du patient, du fait d'un manque de connaissance de l'environnement de vie du patient, car le spécialiste ne le voit qu'épisodiquement et par le fait que la logique de pensée est souvent différente de celle des médecins traitants, peut-être plus ancrée dans la réalité du patient.

M1 : « *Le néphrologue il est dans des logiques de structure clinique ou hospitalière, peut-être c'est plus simple ou évident pour lui* », « *Un médecin [...] qui va avoir un avis qui sera peut-être dissocié de la réalité des problématiques de vie, de ressource, de ce qu'on a en EHPAD* »

M6 : « *Un réseau de spécialistes à qui vous adressez parce que vous avez à peu près la même façon de voir les choses.* »

La problématique de l'accueil par le spécialiste des patients âgés ayant de lourdes comorbidités telles que de sévères troubles cognitifs peut être un frein à l'accès au néphrologue.

M2 : « *Quelqu'un qui a des troubles cognitifs sévères [...] ça pourrait poser problème parce que c'est toujours compliqué de recevoir chez un spécialiste ce type de patient* »

Et de manière plus générale, la représentation, que le spécialiste a du patient institutionnalisé peut également limiter l'accès au néphrologue.

M6 : « *Est-ce que pour le spécialiste son attitude est différente ? Ça je peux vous dire que oui. Et je pense qu'à un moment il y a des situations qui ne sont pas prises à l'identique si j'ai des gens qui sont au domicile ou des gens qui sont en EHPAD.* », « *Le regard n'est peut-être pas le même chez ces patients là en fait* »

Un médecin évoque également le ressenti qu'ont les spécialistes à l'égard des médecins traitants comme freins à l'accès au néphrologue.

M6 : « *C'est aussi le ressenti qu'ont les médecins spécialistes à l'égard des médecins généralistes* », « *Il y a un jugement des personnes et que je pense que quand on est médecin un*

peu lambda, parce que c'est un peu la problématique qu'on peut retrouver dans les grandes métropoles, il faut le temps que les spécialistes aussi vous fassent confiance »

Les ressources des EHPAD (médecins salariés, nombre d'infirmière, nombre d'aide-soignante, etc) peuvent être un frein aux consultations de néphrologie. Lorsque les ressources sont insuffisantes ou non adaptées, elles peuvent rendre la gestion des patients insuffisants rénaux chroniques complexe.

M3 : *« On fera plus avec les moyens du bord. »*

M4 : *« Ici en fait la spécificité c'est que dès qu'ils ont un problème aigu ils sont transférés en médecine. Ici c'est pas possible de gérer avec le personnel. »*

Le fait que les patients en arrivant changent souvent de médecin traitant peut entraîner divers problèmes dont une présomption diagnostique et freiner ainsi l'accès aux néphrologues.

M5 : *« C'est des patients qui au moment où je fais leur connaissance sont déjà insuffisants rénaux étiquetés »*

M6 : *« J'ai une quarantaine de patients en maison de retraite, qui étaient en amont suivis par d'autres médecins et que moi je faisais juste le relais de ces médecins là et que je faisais une continuité dans les soins »*

M2 : *« Bah souvent c'est le diabète et euh c'est vrai que je le prends comme argent comptant. Je vais pas aller chercher ou vérifier si c'est bien ça. Ou l'hypertension artérielle donc non, souvent il y a une cause évidente qui transparait des antécédents et du dossier »*

Plusieurs médecins évoquent une majoration des difficultés d'accès au néphrologue pour les résidents insuffisants rénaux chroniques vivants en EHPAD ces dernière années.

M1 : *« C'est de plus en plus dur. »*

M5 : *« Je dirais que théoriquement ça ne devrait pas l'être, plus difficile d'adresser un patient en EHPAD. Je dirais qu'on le fait peut-être moins »*

On constate que les médecins interrogés sont préoccupés par l'IRC pour l'adaptation thérapeutique lors de la prise en charge de maladie intercurrente comme un sepsis.

M1 : *« [l'intérêt de la surveillance de la fonction rénale] pour l'hydratation bien sûr quand il y a des épisodes infectieux »*

M2 : *« Souvent c'est quand ils sont insuffisants rénaux chroniques légers à modérés et qu'il y a un problème aigu qui fait que ça décompense »*

Concernant le bénéfice clinique que le néphrologue pourrait apporter aux patients insuffisants rénaux chronique résidants en EHPAD, les médecins, qu'ils aient eu ou non une formation spécifique sur la prise en charge de l'IRC de la personne âgée, ont émis des doutes. (Figure 3)

M5 : « *Avoir un avis de manière ponctuelle pourquoi pas mais je ne sais pas si un suivi peut apporter un bénéfice clinique visible à mes patients, ou en tout cas agir sur leur qualité de vie* »

Malgré tout, deux médecins ayant une formation de gériatre et une de néphrologie, ont admis que les patients suivis par un néphrologue pouvaient en retirer un bénéfice clinique.

M2 : « *J'ai l'impression que quand même je suis attentive à cette pathologie [...] mais peut-être qu'il y a des choses qui passent à l'as. Mais c'est possible qu'ils auraient un bénéfice à avoir un suivi spécialisé.* »

Pour les médecins interrogés, le néphrologue peut être un référent pour la famille et un conseiller pour ses confrères.

M4 : « *Avec un avis d'un spécialiste les familles sont plus prêtes à entendre, parce qu'on leur rend des comptes aussi. J'ai besoin d'informations sur ce qui n'est pas ma spécialité comme la néphrologie par exemple pour pouvoir argumenter mes décisions aussi. Le spécialiste a un poids différent auprès des famille que celui du médecin traitant. Ça aide aussi pour ça.* »

M6 : « *Plus m'aider dans l'accompagnement du patient et de sa pathologie rénale* »

Il participe à l'éducation thérapeutique du patient et réalise une médecine préventive.

M2 : « *[L'éducation thérapeutique] c'est vrai que peut être je n'y pense pas assez. Ça peut en tout cas être du rôle du néphrologue.* »

M1 : « *Le bénéfice que je vois [...], ça serait plutôt de, des consignes par rapport à des conduites ultérieures c'est-à-dire que le néphrologue puisse me dire ponctuellement écoutez on est dans cette situation à cause de ça, si vous étiez confronté à telle ou telle ou telle situation euh tenez compte de sa fonction rénale et réagissez plutôt de cette façon.* »

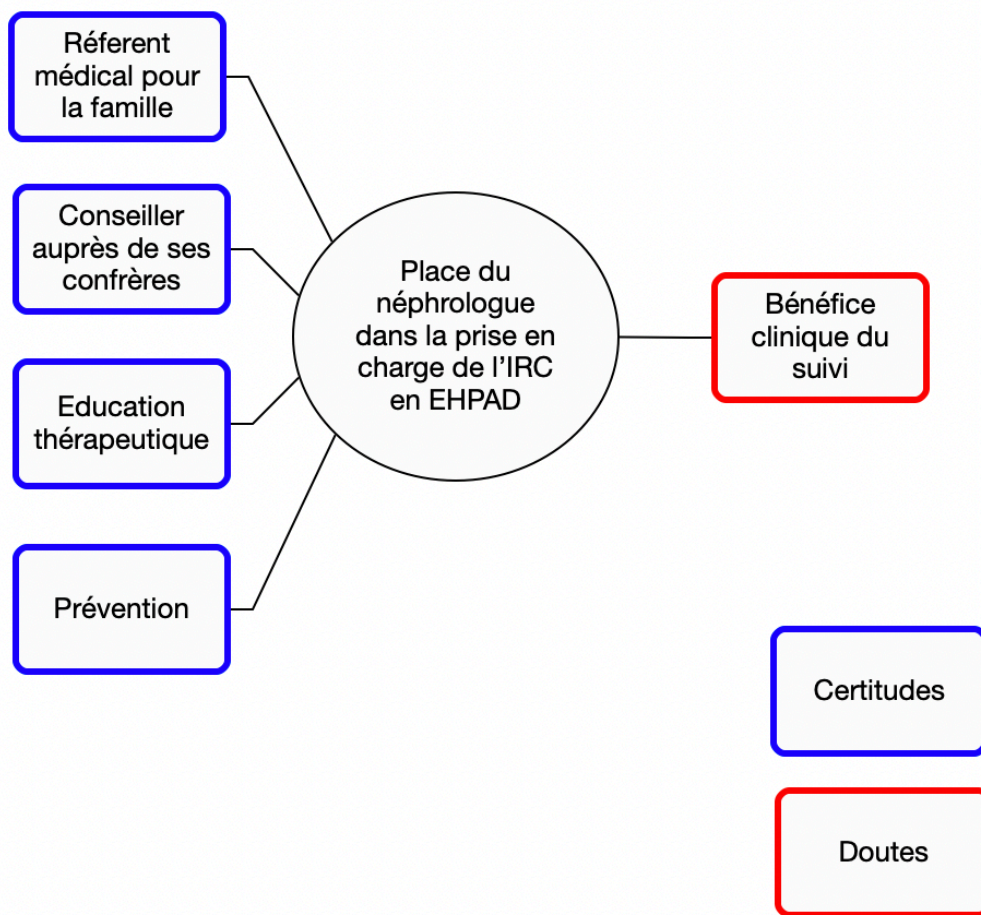


Figure 3 : Place du néphrologue dans la prise en charge de l'IRC en EHPAD

Parmi les solutions proposées pour améliorer l'accès au néphrologue en EHPAD, la télémédecine est la première évoquée. Toutefois les avis concernant son utilisation divergent en fonction des médecins interrogés.

M6 : « Je pense que là la télémédecine a tout son intérêt ou le télé-échange entre spécialiste aussi. [...] Et dans les milieux ruraux en particulier. Parce que le néphrologue a pas forcément besoin de se déplacer pour voir le patient »

M2 : « Je suis experte moi pour d'autres EHPAD sur les troubles du comportement. Et c'est vrai que y a pas besoin d'un examen clinique fin parce qu'il a déjà été fait par le médecin généraliste et que on retrouve les informations et que c'est surtout une évaluation des antécédents, de l'ordonnance, l'état général qui nous fait donner un avis. On n'a pas forcément besoin d'examiner le malade de la tête aux pieds »

M1 : « Et il a aussi le fait que c'est pas du tout dans notre ADN. Enfin pour ma part en tout cas. Je suis pas de la génération où la téléconsultation existait. Du coup on a pas été formé à ça »

Les autres solutions proposées sont la mise en place d'une ligne d'astreinte téléphonique directe pour les médecins généralistes, la réalisation d'hospitalisation de jour pour réaliser des évaluations gériatriques globales, l'amélioration de la formation des médecins généralistes concernant l'IRC de la personne âgée et l'augmentation du nombre de néphrologues sur le territoire.

M4 : « Faciliter les avis téléphoniques avec une ligne d'astreinte », « Ça va être l'intérêt de l'hôpital de jour, on va évaluer gériatriquement et on va voir la situation, le néphrologue va nous aider aussi »

M6 : « C'est vrai que c'est pas une spécialité dans laquelle, on est pas très bien formé aussi dans notre cursus »

M3 : « Augmenter le nombre de spécialistes »

❖ DISCUSSION

Parmi les 500 dossiers de résidents d'EHPAD étudiés, 10,8% des patients en EHPAD ont une MRC stade 3B à 5. Les chiffres sont en adéquation avec les données internationales disponibles(15)(16)(17)(18)(19). Trente-sept (7,4%) avaient une indication potentielle de consultation néphrologique : 75% avaient une MRC rapidement évolutive, 49% avaient une MRC avec complications, 38% avaient une MRC stade 4 ou 5 et 13,5% avaient une MRC avec risque de progression.

Dans notre échantillon, seulement 3 patients parmi les 37 patients (8,1%) ayant une indication potentielle de suivi néphrologique ont effectivement eu un accès au néphrologue depuis leur institutionnalisation. Les médecins traitants confirment que la demande d'avis néphrologique est un événement rare dans leur pratique médicale en ce qui concerne les patients insuffisants rénaux chroniques en EHPAD. L'absence de recours au néphrologue malgré une indication potentielle peut être jugée comme appropriée ou non, en fonction du cas de chaque patient. Comme toute recommandation de pratique clinique, ces indications doivent être pondérées pour s'intégrer dans une prise en charge globale pertinente de la personne.

Le faible recours au néphrologue peut aussi s'expliquer par les freins à l'accès au spécialiste, qu'ils soient liés au patient, au médecin traitant, au néphrologue ou à l'EHPAD.

Les résidents étaient majoritairement des femmes très âgées et très dépendantes (GIR 1 à 2), ce qui correspond aux caractéristiques des résidents en EHPAD en France. (7) Parmi les patients de notre étude ayant une indication potentielle de consultation néphrologique, plus des deux tiers ont 90 ans et plus, la moitié d'entre eux ont un degré de dépendance très élevé : 48,6% ont un GIR entre 1 et 2, et plus des deux tiers d'entre eux sont atteints de troubles cognitifs. On pourrait donc considérer comme approprié le fait que certains patients n'aient pas été adressés au néphrologue du fait de leur âge, espérance de vie et comorbidités. Pour autant, dans notre échantillon, plus de la moitié des patients ayant une indication potentielle à voir un néphrologue sont suivis par un autre spécialiste. Les freins à l'accès au néphrologue liés au patient concernent principalement ses capacités fonctionnelles. Sa dépendance, son espérance de vie, ses comorbidités sont les principaux critères permettant au médecin traitant d'envisager ou non un avis néphrologique. La prise en charge du patient insuffisant rénal chronique en EHPAD doit être une prise en charge centrée sur la personne. Elle doit permettre, à l'aide des

données de la science, de fournir au patient, même ceux ayant des comorbidités importantes, une prise en charge qui correspondra le mieux à ses attentes, à son espérance de vie et qui lui apportera la meilleure qualité de vie possible. La personne âgée résidant en EHPAD ne devra, en aucune manière, être sous traitée sur le simple fait de sa dépendance.(58)

Les médecins interrogés ne considèrent pas le néphrologue comme un spécialiste de premier recours. Ils ont d'ailleurs des difficultés à définir la place du néphrologue dans la prise en charge de la MRC en EHPAD et notamment sur le bénéfice qu'un suivi spécialisé pourrait apporter aux patients. Pourtant, des études montrent le bénéfice d'un suivi néphrologique chez les patients âgés avec MRC, et ce bien avant la dialyse.(59)(60) De plus, une des complications retrouvées dans notre échantillon est l'acidose métabolique. On remarque également que le dosage des bicarbonates est absent chez deux tiers des patients de notre étude. On rappelle que l'acidose métabolique chez les patients atteints de MRC est responsable d'un catabolisme musculaire pouvant entraîner un retentissement fonctionnel et donc une perte d'autonomie chez la personne âgée.(60) De la même manière, l'anémie est une pathologie souvent retrouvée chez la personne âgée et elle est très souvent multifactorielle. Les conséquences de l'anémie chez la personne âgée peuvent être multiples : asthénie, dyspnée d'effort, œdème aigu du poumon fonctionnel, aggravation de troubles cognitifs, toutes altérant la qualité de vie et l'autonomie de la personne âgée. L'HTA est une pathologie très fréquente en EHPAD.(5) Dans notre échantillon les patients ayant une HTA non contrôlée, ont dans leur traitement 3 antihypertenseurs ou plus, majorant ainsi le risque iatrogène. Le néphrologue, grâce à son expertise dans ces situations, peut donc devenir une aide au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie de la personne âgée institutionnalisée. Une des médecins sollicités décrit le néphrologue comme étant le référent auprès des familles. En effet, il détient le savoir spécifique à sa spécialité et a pour rôle de délivrer une information la plus précise sur la pathologie au patient et à sa famille. Mais également de recueillir les directives anticipées du patient, lorsque cela est possible, pour permettre d'avoir une prise en charge la plus adaptée aux souhaits du patient. Cela peut éviter d'avoir de prendre des décisions dans l'urgence qui ne seraient pas adaptées au patient et à son environnement de vie. La place potentielle du néphrologue dans la prise en charge de la personne âgée institutionnalisée ne se limite pas à la décision de la mise en place d'un traitement de suppléance : il pourrait apporter un bénéfice clinique grâce à son expertise et participer au maintien de l'autonomie et de la qualité de vie des patients âgés.

La disponibilité géographique des néphrologues et le délai d'attente lors de la prise des rendez-vous sont des freins importants à la consultation néphrologique. Les médecins habitant

en région semi-rurale et rurale sont plus impactés par la démographie médicale actuelle, ce que confirment les études montrant que le lieu d'habitation est une limite à l'accès aux spécialistes.(47) Pourtant la densité moyenne des néphrologues en Gironde est plus élevée que la moyenne française.(11)

Les représentations de la MRC en EHPAD peuvent varier en fonction du praticien et de sa formation personnelle. Certains considèrent l'altération de la fonction rénale comme un phénomène physiologique lié à l'âge, une valeur biologique qui peut être perturbée lors de la survenue d'événements intercurrents. D'autres la considèrent comme une maladie fréquente et stable. Ceux ayant eu une formation en néphrologie ou gériatrie la considèrent comme une pathologie à part entière. Pour l'ensemble, c'est un paramètre primordial à prendre en compte pour l'adaptation médicamenteuse. Parmi notre échantillon de médecins et hormis les gériatres, seulement un médecin a reçu une formation spécifique en néphrologie. La seule formation que les médecins généralistes possèdent concernant la MRC de la personne âgée, est basée sur les cours universitaires et les stages hospitaliers qu'ils ont pu réaliser pendant leur cursus médical. Les données de la littérature montrent effectivement que les médecins généralistes manquent de formation quant à la prise en charge de la MRC des personnes âgées et que ce manque de formation est un facteur limitant la prise d'avis néphrologique.(44)

L'EHPAD, bien qu'il soit médicalisé, reste un lieu de vie. Ses ressources sont très différentes des ressources hospitalières. Ainsi, la prise en charge d'un patient ayant une IRC et un grand degré de dépendance sera complexe même au sein d'un EHPAD car le personnel paramédical est limité.(5) Le rapport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) de 2019 note une tendance à la baisse du nombre d'hospitalisation de résidents en 2017 liée à une augmentation du taux d'encadrement infirmier. Bien évidemment cet indicateur sera à suivre sur une plus longue période pour juger de la réelle baisse du nombre d'hospitalisation des résidents d'EHPAD.(61)

Plusieurs études ont été réalisées pour évaluer l'intérêt de la télémédecine en EHPAD et dans la prise en charge de la MRC en soins primaires.(62)(63) Elles démontrent que le dispositif de télémédecine en EHPAD peut permettre d'éviter des hospitalisations programmées, des passages aux urgences mais également de permettre une optimisation thérapeutique. Elle pourrait être adaptée à la prise en charge de la MRC en soins primaires.(64) Des études confirment la faisabilité de la prise en charge de la MRC, via le dispositif de télémédecine, chez les patients âgés mais sans être spécifiques aux patients vivants en EHPAD. (65) Ainsi, la télémédecine pourrait permettre d'aider à la prise en charge de la MRC chez les

patients vivants en EHPAD car c'est une maladie fréquente chez la personne âgée, qui lorsqu'elle est stable ne nécessite pas obligatoirement une consultation en personne chez le néphrologue, et où les questions d'adaptation thérapeutique sont fréquentes et peuvent être prise en charge lors de télé-consultations.

Outre son originalité (puisque ni la prévalence de l'IRC ni celle de l'IRC avec indication potentielle de consultation néphrologique n'ont été rapportés, à notre connaissance), un des points fort de notre étude est l'association de méthodes qualitative et quantitative, deux approches complémentaires pour explorer la problématique de la prise en charge de l'IRC en EHPAD. Concernant l'étude qualitative, une triangulation de codage a été réalisée dans l'analyse de nos données qualitatives pour en améliorer la validité. Cependant, la taille de nos échantillons (résidents et médecins) est relativement faible et nous ne pouvons donc en assurer la représentativité. Il existe un biais de sélection dû à l'absence de réponse d'autres médecins traitants sollicités (potentiellement moins intéressés par le thème de l'étude), et un biais d'investigation dans la réalisation des entretiens semi-dirigés, car ils n'ont pas été conduits par un expert en entretien. D'autre part, en l'absence de recommandation française ou internationale spécifique des patients âgés, nous avons choisi des critères d'indication potentielle de consultation néphrologique en adaptant les recommandations internationales adultes (36) et celles des Sociétés de Néphrologie et de Gériatrie Italienne. (32) Le nombre important de MRC rapidement évolutives définies avec notre méthode est probablement en partie liée à la survenue d'IRA sur IRC. On peut toutefois considérer que cette situation relève d'un avis néphrologique car la survenue d'IRA est à risque de récurrence et de progression de la MRC. Il serait donc intéressant d'avoir à disposition des recommandations professionnelles sur la prise en charge de la MRC des personnes âgées sur lesquelles les médecins traitants pourraient s'appuyer, en regard de leur sens clinique, pour prendre la décision d'adresser le patient en consultation néphrologique.

❖ CONCLUSION

La MRC est une maladie fréquente chez les personnes âgées vivant en EHPAD, et 7,4% de notre échantillon avaient une indication potentielle de consultation néphrologique. La demande d'avis néphrologique est toutefois un événement rare pour ces patients. Même si la dépendance et les comorbidités (notamment cognitives) peuvent limiter la pertinence de cette consultation, il nous semble qu'une partie des patients pourraient en tirer bénéfice en termes de qualité de vie. Il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation des médecins généralistes intervenant en EHPAD quant à la MRC des personnes âgées, pour les sensibiliser à la pathologie et à ses complications, et améliorer l'accès au néphrologue. La technologie fait évoluer la médecine et peut devenir une aide pour pallier les difficultés d'accès au néphrologue en EHPAD, notamment par le biais des dispositifs de télémédecine.

3. BIBLIOGRAPHIE

1. INSEE. Population par sexe et groupe d'âges en 2019 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
2. INSEE. Population par âge – Tableaux de l'Économie Française [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
3. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* mars 2001;56(3):M146-156.
4. Santos-Eggimann B, Cuénoud P, Spagnoli J, Junod J. Prevalence of Frailty in Middle-Aged and Older Community-Dwelling Europeans Living in 10 Countries. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* juin 2009;64A(6):675-81.
5. Makdessi Y, Pradines N. En EHPAD, les résidents les plus dépendants souffrent davantage de pathologies aiguës. DREES; 2016 déc. Report No.: 0989.
6. INSEE. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'économie française [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr>
7. Muller M. 728 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. Premiers résultats de l'enquête EHPA 2015. [Internet]. 2017 juill. Report No.: 1015. Disponible sur: <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/61794/1/er1015.pdf>
8. Agence Régionale de Santé Nouvelle-Aquitaine. Statistiques et indicateurs de la santé et du social [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/system/files/2018-01/STATISS_ARS_NA_2016.pdf
9. Delanaye P, Jager KJ, Bökenkamp A, Christensson A, Dubourg L, Eriksen BO, et al. CKD: A Call for an Age-Adapted Definition. *J Am Soc Nephrol.* 10 sept 2019;ASN.2019030238.
10. Roderick PJ, Atkins RJ, Smeeth L, Nitsch DM, Hubbard RB, Fletcher AE, et al. Detecting chronic kidney disease in older people; what are the implications? *Age Ageing.* mars 2008;37(2):179-86.
11. Le Neindre C, Bricard D, Sermet C, Bayer F, Couchoud C, Lassalle M. Atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. Ouvrage Irdes [Internet]. 1 oct 2018;(4). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2018/ouvrage-004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.html>
12. Coresh J, Selvin E, Stevens LA, Manzi J, Kusek JW, Eggers P, et al. Prevalence of

chronic kidney disease in the United States. *JAMA*. 7 nov 2007;298(17):2038-47.

13. Loos-Ayav C, Briançon S, Frimat L, André J-L, Kessler M. Incidence de l'insuffisance rénale chronique en population générale, étude EPIRAN. *Néphrologie Thérapeutique*. 1 juin 2009;5:S250-5.
14. Stengel B, Metzger M, Froissart M, Rainfray M, Berr C, Tzourio C, et al. Epidemiology and prognostic significance of chronic kidney disease in the elderly—the Three-City prospective cohort study. *Nephrol Dial Transplant*. oct 2011;26(10):3286-95.
15. Chan TC, Yap DYH, Shea YF, Luk KH, Chan HW, Chu LW. Prevalence and associated comorbidities of moderate to severe chronic renal impairment in Chinese nursing home older adults. *J Am Med Dir Assoc*. sept 2012;13(7):630-3.
16. Hoffmann F, Boeschen D, Dörks M, Herget-Rosenthal S, Petersen J, Schmiemann G. Renal Insufficiency and Medication in Nursing Home Residents. *Dtsch Ärztebl Int*. févr 2016;113(6):92-8.
17. Aguilar EA, Ashraf H, Frontini M, Ruiz M, Reske TM, Cefalu C. An analysis of chronic kidney disease risk factors in a Louisiana nursing home population: a cross-sectional study. *J La State Med Soc Off Organ La State Med Soc*. oct 2013;165(5):260-3, 265-7.
18. Robinson B, Artz AS, Culleton B, Critchlow C, Sciarra A, Audhya P. Prevalence of anemia in the nursing home: contribution of chronic kidney disease. *J Am Geriatr Soc*. oct 2007;55(10):1566-70.
19. Eren Z, Küçükardalı Y, Öztürk MA, Küçükardalı B, Kaspar EÇ, Kantarcı G. Prevalence, associated factors and impact on mortality of chronic kidney disease in nursing home residents: A single-center experience. *Geriatr Gerontol Int*. 1 juin 2015;15(6):715-20.
20. Glasscock RJ, Rule AD. The implications of anatomical and functional changes of the aging kidney: with an emphasis on the glomeruli. *Kidney Int*. août 2012;82(3):270-7.
21. Harris PC, Torres VE. Polycystic Kidney Disease, Autosomal Dominant. In: Adam MP, Ardinger HH, Pagon RA, Wallace SE, Bean LJ, Stephens K, et al., éditeurs. *GeneReviews®*. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993.
22. Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) Rapport annuel 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapportrein2016.pdf>
23. Wang X-R, Zhang J-J, Xu X-X, Wu Y-G. Prevalence of coronary artery calcification and its association with mortality, cardiovascular events in patients with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis. *Ren Fail*. 24 avr 2019;41(1):244-56.
24. Foley RN, Parfrey PS, Sarnak MJ. Epidemiology of cardiovascular disease in chronic renal disease. *J Am Soc Nephrol JASN*. déc 1998;9(12 Suppl):S16-23.

25. Bugnicourt J-M, Godefroy O, Chillon J-M, Choukroun G, Massy ZA. Cognitive Disorders and Dementia in CKD: The Neglected Kidney-Brain Axis. *J Am Soc Nephrol*. 1 mars 2013;24(3):353-63.
26. Bowling CB, Muntner P, Sawyer P, Sanders PW, Kutner N, Kennedy R, et al. Community Mobility Among Older Adults With Reduced Kidney Function: A Study of Life-Space. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. mars 2014;63(3):429-36.
27. Bowling CB, Sawyer P, Campbell RC, Ahmed A, Allman RM. Impact of Chronic Kidney Disease on Activities of Daily Living in Community-Dwelling Older Adults. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. juin 2011;66A(6):689-94.
28. Reese PP, Cappola AR, Shults J, Townsend RR, Gadegbeku CA, Anderson C, et al. Physical Performance and Frailty in Chronic Kidney Disease. *Am J Nephrol*. 2013;38(4):307-15.
29. Nixon AC, Bampouras TM, Pendleton N, Woywodt A, Mitra S, Dhaygude A. Frailty and chronic kidney disease: current evidence and continuing uncertainties. *Clin Kidney J*. avr 2018;11(2):236-45.
30. U.S. Renal Data System. *USRDS 2013 Annual Data Report: Atlas of Chronic Kidney Disease and End-Stage Renal Disease in the United States*. Bethesda: National Institutes of Health, National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases; 2013.
31. *Maladie Rénale Chronique de l'adulte*. HAS; 2012 févr.
32. Aucella F, Corsonello A, Leosco D, Brunori G, Gesualdo L, Antonelli-Incalzi R. Beyond chronic kidney disease: the diagnosis of Renal Disease in the Elderly as an unmet need. A position paper endorsed by Italian Society of Nephrology (SIN) and Italian Society of Geriatrics and Gerontology (SIGG). *J Nephrol*. 1 avr 2019;32(2):165-76.
33. Amaral TLM, Amaral C de A, de Vasconcellos MTL, Monteiro GTR. Prevalence and factors associated to chronic kidney disease in older adults. *Rev Saúde Pública*. 53.
34. Réseau épidémiologie et information en néphrologie (REIN) Rapport annuel 2017 [Internet]. Disponible sur: <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2017/donnees/organes/06-rein/synthese.htm>
35. Transplantation rénale. Accès à la liste d'attente nationale. Du repérage à l'inscription: critères d'orientation et indications [Internet]. HAS. 2015. Disponible sur: <https://www.has-sante.fr>
36. KDIGO Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury. ISN; 2012 mars p. 141.
37. Farrington K, Covic A, Nistor I, Aucella F, Clyne N, De Vos L, et al. Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher

(eGFR<45 mL/min/1.73 m²): a summary document from the European Renal Best Practice Group. *Nephrol Dial Transplant*. 1 nov 2016;32:9-16.

38. Tangri N, Stevens LA, Griffith J, Tighiouart H, Djurdjev O, Naimark D, et al. A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. *JAMA*. 20 avr 2011;305(15):1553-9.

39. Tangri N, Grams ME, Levey AS, Coresh J, Appel LJ, Astor BC, et al. Multinational Assessment of Accuracy of Equations for Predicting Risk of Kidney Failure: A Meta-analysis. *JAMA*. 12 janv 2016;315(2):164-74.

40. Bansal N, Katz R, De Boer IH, Peralta CA, Fried LF, Siscovick DS, et al. Development and Validation of a Model to Predict 5-Year Risk of Death without ESRD among Older Adults with CKD. *Clin J Am Soc Nephrol CJASN*. 6 mars 2015;10(3):363-71.

41. Couchoud CG, Beuscart J-BR, Aldigier J-C, Brunet PJ, Moranne OP. Development of a risk stratification algorithm to improve patient-centered care and decision making for incident elderly patients with end-stage renal disease. *Kidney Int*. 1 nov 2015;88(5):1178-86.

42. Avorn J, Bohn RL, Levy E, Levin R, Owen WF, Winkelmayr WC, et al. Nephrologist care and mortality in patients with chronic renal insufficiency. *Arch Intern Med*. 23 sept 2002;162(17):2002-6.

43. 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 Off J Natl Kidney Found*. févr 2003;41(2):310-8.

44. Frimat L, Siewe G, Loos-Ayav C, Briançon S, Kessler M, Aubrège A. Insuffisance rénale chronique : connaissances et perception par les médecins généralistes. [/data/revues/17697255/00020003/06000526/](#)

45. Campbell KH, Sachs GA, Hemmerich JA, Smith SG, Stankus N, Dale W. Physician Referral Decisions for Older Chronic Kidney Disease Patients: A Pilot Study of Geriatricians, Internists, and Nephrologists. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(2):392-5.

46. John R, Webb M, Young A, Stevens PE. Unreferred chronic kidney disease: a longitudinal study. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. mai 2004;43(5):825-35.

47. Zhao Y, Brooks JM, Flanigan MJ, Chrischilles EA, Pendergast JF, Hunsicker LG. Physician access and early nephrology care in elderly patients with end-stage renal disease. *Kidney Int*. 2 déc 2008;74(12):1596-602.

48. Minutolo R, Lapi F, Chiodini P, Simonetti M, Bianchini E, Pecchioli S, et al. Risk of ESRD and Death in Patients with CKD Not Referred to a Nephrologist: A 7-Year Prospective Study. *Clin J Am Soc Nephrol*. sept 2014;9:1586-93.

49. McClure M, Jorna T, Wilkinson L, Taylor J. Elderly patients with chronic kidney disease: do they really need referral to the nephrology clinic? *Clin Kidney J.* 1 oct 2017;10(5):698-702.
50. Ramer SJ, McCall NN, Robinson-Cohen C, Siew ED, Salat H, Bian A, et al. Health Outcome Priorities of Older Adults with Advanced CKD and Concordance with Their Nephrology Providers' Perceptions. *J Am Soc Nephrol.* 1 déc 2018;29(12):2870-8.
51. Kurella Tamura M, Covinsky KE, Chertow GM, Yaffe K, Landefeld CS, McCulloch CE. Functional Status of Elderly Adults before and after Initiation of Dialysis. *NEJM.* 2009
52. Collins AJ, Kasiske B, Herzog C, Chavers B, Foley R, Gilbertson D, et al. Excerpts from the United States Renal Data System 2004 Annual Data Report: Atlas of end-stage renal disease in the United States. *Am J Kidney Dis.* 1 janv 2005;45:A5-7.
53. Hall RK, O'Hare AM, Anderson RA, Colón-Emeric CS. End-stage renal disease in nursing homes: a systematic review. *J Am Med Dir Assoc.* avr 2013;14(4):242-7.
54. Flamant M, Haymann J-P, Vidal-Petiot E, Letavernier E, Clerici C, Boffa J-J, et al. GFR Estimation Using the Cockcroft-Gault, MDRD Study, and CKD-EPI Equations in the Elderly. *Am J Kidney Dis.* 1 nov 2012;60(5):847-9.
55. Mancia G, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. :98.
56. Coutton V. Évaluer la dépendance à l'aide de groupes iso-ressources (GIR):une tentative en France avec la grille aggir. *Gerontol Soc [Internet].* 2001;24 / n° 99(4):111-29. Disponible sur: <https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2001-4-page-111.htm>
57. Score de Charlson [Internet]. SRLF. Disponible sur: <https://www.srlf.org/score-de-charlson/>
58. Freidin N, O'Hare AM, Wong SPY. Person-Centered Care for Older Adults With Kidney Disease: Core Curriculum 2019. *Am J Kidney Dis.* 11 avr 2019;0(0).
59. Mendu ML, McMahon GM, Licurse A, Solomon S, Greenberg J, Waikar SS. Electronic Consultations in Nephrology: Pilot Implementation and Evaluation. *Am J Kidney Dis.* 1 nov 2016;68(5):821-3.
60. Yenchek R, Ix JH, Rifkin DE, Shlipak MG, Sarnak MJ, Garcia M, et al. Association of Serum Bicarbonate with Incident Functional Limitation in Older Adults. *Clin J Am Soc Nephrol.* 5 déc 2014;9(12):2111-6.
61. Moreau C. La situation des EHPAD en 2017. Analyse de la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et de la prise en charge des résidents. CNSA; 2019 avr p. 66.

62. Kessler M, Thilly N, Noel C, Combe C, Merville P, Chanliau J, et al. E-CHRONIC/E-NEPHRO : un démonstrateur de la prise en charge par télémedecine de l'insuffisance rénale chronique. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine*. 1 déc 2015;4(4):128-9.
63. Salles N, Lafargue A, Cressot V, Glenisson L, Barateau M, Thiel E, et al. Global geriatric evaluation is feasible during interactive telemedicine in nursing homes. *Eur Res Telemed Rech Eur En Télémédecine*. 1 juill 2017;6(2):59-65.
64. Scherpbier-de Haan ND, van Gelder VA, Van Weel C, Vervoort GMM, Wetzels JFM, de Grauw WJC. Initial implementation of a web-based consultation process for patients with chronic kidney disease. *Ann Fam Med*. avr 2013;11(2):151-6.
65. Ishani A, Christopher J, Palmer D, Otterness S, Clothier B, Nugent S, et al. Telehealth by an Interprofessional Team in Patients With CKD: A Randomized Controlled Trial. *Am J Kidney Dis Off J Natl Kidney Found*. juill 2016;68(1):41-9.

4. ANNEXES

❖ Guide d'entretien

Quels sont les premiers mots qui vous viennent à l'esprit quand on parle d'IRC chez les résidents d'EHPAD ?

Partie prise en charge insuffisance rénale chronique :

-Difficultés rencontrés dans la prise en charge (*Difficulté de diagnostic, de suivi, éducation thérapeutique, de recours au spécialiste...*)

- Quelles difficultés avez-vous rencontré personnellement dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique des patients âgés ?

-Différence de prise en charge entre patient jeune et patient âgé

- En quoi ces difficultés diffèrent-elles de celles rencontrées chez les patients plus jeunes ?

-Place de l'IRC dans la prise en charge globale du patient âgé institutionnalisé

- Quelle place occupe l'insuffisance rénale chronique dans votre prise en charge globale de vos patients institutionnalisés ?

-Place de la recherche étiologique dans cette population

- Quelle est l'importance de la recherche étiologique pour vous chez ces patients-là ?

Partie accès aux spécialistes en général :

-Accès au spécialiste en EHPAD

- Difficulté et limitation à l'accès au spécialiste (*Délai de consultation, transport, refus de la part du patient ou de la famille...*)

- Avez-vous personnellement déjà rencontré des difficultés pour adresser des patients en EHPAD à un spécialiste ? De quelles natures étaient ces difficultés ?

-Différence entre l'accès de l'EHPAD et du domicile

- D'après vous est-il plus difficile d'adresser un patient résidant en EHPAD à un spécialiste qu'un patient vivant au domicile ?

Partie accès aux néphrologues :

-Place du néphrologue dans la prise en charge en EHPAD

- Quelle est pour vous la place du néphrologue dans la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique chez vos patients institutionnalisés ?

-Critères biologiques et/ou raisons motivant l'avis du néphrologue (*Prise en charge de complication, adaptation médicamenteuse, déclin rapide de la fonction rénale, découverte fortuite d'une insuffisance rénale de stade 3B, diagnostic, avis sur traitement de suppléance...*)

- Pour quelles raisons faites-vous appel au néphrologue chez vos patients âgés ?
- Quels genres de complications vous font faire appel au néphrologue ?
- Dans quelles mesures les comorbidités de vos patients influent sur votre choix de les orienter vers le néphrologue ?

-Ressenti du médecin envers les consultations spécialisées

- Quel est votre ressenti lorsque vous adressez vos patients âgés en consultation spécialisée ?

-Relation entre confrères

- Comment qualifieriez-vous votre relation avec les néphrologues avec lesquels vous avez l'habitude de travailler ?

-Ressenti personnel face au nombre de spécialistes disponibles

- Quel est votre ressenti face au nombre de spécialistes disponibles ?

-Les attentes envers le néphrologue (*aide à la gestion des thérapeutiques, à l'éducation thérapeutique, préparation au traitement de suppléance...*)

- Lorsque vous adressez un patient âgé au néphrologue, qu'attendez-vous de ce dernier ?

-Bénéfice clinique apporté par le néphrologue

- Selon vous quel bénéfice clinique un néphrologue peut-il apporter à un patient âgé institutionnalisé ?

Partie axes d'amélioration :

-Besoins pour améliorer l'accès aux néphrologues

- Selon vous comment pourrait-on améliorer l'accès aux néphrologues chez les patients en EHPAD ?

-Solutions pour la prise en charge qui serait de l'ordre du néphrologue

-Avis sur télémédecine et la téléconsultation

- Que pensez-vous de la télémédecine et téléconsultation ?

-Place de la téléconsultation en EHPAD

- Que pensez-vous de la téléconsultation en EHPAD ?
- Que pensez-vous de la téléconsultation comme moyen d'améliorer la prise en charge de l'IRC chez les résidents d'EHPAD ?

Partie formation personnelle :

-Formation et connaissances

- Que pensez-vous de la formation que vous avez reçu concernant l'IRC chez les personnes âgées ?

-Outils d'aide à la prise en charge (*HAS, revue spécialisée, internet, groupe de pairs, appel spécialiste...*)

- Quand vos connaissances vous semblent limitées, vers quels outils vous vous tournez pour obtenir les renseignements que vous cherchez ?
- Faites-vous parti d'un groupe de pairs ? Vous arrive-t-il de discuter de prise en charge de patient institutionnalisé pendant vos réunions ?

-Évolution de la prise en charge en EHPAD

- Est-ce que vous diriez qu'il y a des choses qui ont évolué depuis le début de votre activité en EHPAD notamment sur l'accès aux spécialistes et aux néphrologues ?

❖ Liste des figures

Tableau 1: Classification des stades de la maladie rénale chronique	11
Tableau 2: Caractéristiques des patients avec indication de consultation néphrologique.....	30
Figure 1: Diagramme de flux.....	29
Figure 2: Freins à l'accès au néphrologue	34
Figure 3: Place du néphrologue dans la prise en charge de l'IRC en EHPAD.....	40

5. SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, 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 et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer leurs consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses : que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé :

Titre : Insuffisance rénale chronique en EHPAD : prévalence, rôle des médecins généralistes, besoins et accès au néphrologue.

Contexte : L'insuffisance rénale chronique (IRC) est fréquente parmi les personnes âgées mais il n'existe pas d'étude estimant la prévalence de l'IRC dans les EHPAD français. Les résidents d'EHPAD sont probablement moins souvent adressés au néphrologue.

Objectifs : Déterminer la prévalence de résidents d'EHPAD ayant une indication potentielle de consultation néphrologique, et la proportion ayant accès au spécialiste. Décrire les difficultés, les besoins des médecins généralistes et la place du néphrologue dans la prise en charge des résidents. Identifier les freins à l'accès au néphrologue.

Méthodes : Étude quantitative descriptive transversale de la prévalence des indications potentielles de consultation néphrologique (débit de filtration glomérulaire estimé (DFGe) <30 ml/min/1,73m², ou DFGe <45 ml/min/1.73m² associé à un des critères suivants : progression rapide, complication ou risque de progression). Étude qualitative par entretiens semi-dirigés avec des médecins traitants, et identification des thèmes par triangulation des données.

Résultats : Parmi 500 résidents de 5 EHPAD, 37 (7,4%, IC 95% [5,1-9,7]) avaient une indication potentielle de consultation néphrologique. Trois de ces patients étaient suivis par un néphrologue. Le recours au néphrologue était décrit comme un évènement rare dans la pratique des médecins traitants de résidents d'EHPAD. Les principaux freins à l'accès au néphrologue décrits étaient la dépendance et les comorbidités des patients. Les croyances et les connaissances en néphrologie des médecins, la disponibilité du néphrologue (dans le temps et l'espace), les ressources des EHPAD et les maladies intercurrentes constituaient également des freins à l'accès au néphrologue.

Conclusion : Malgré une prévalence non rare d'indications potentielles de consultation néphrologique parmi les résidents d'EHPAD, l'accès au spécialiste reste exceptionnel. Les freins sont liés aux patients, aux médecins traitants et aux néphrologues. La formation des généralistes et la télémédecine sont des leviers possibles.

Mots-clés : résidents d'EHPAD, insuffisance rénale chronique, accès au néphrologue, médecins généralistes, télémedecine.

Abstract

Title: Chronic kidney disease in nursing home residents: prevalence, role of general practitioner, needs and access to nephrologist.

Background: Chronic Kidney Disease (CKD) is common among older people but there are no studies of CKD prevalence in French nursing homes. Nursing home residents are probably less frequently referred to nephrologists.

Objectives: To determine the prevalence of nursing home residents with potential indications for nephrologist referral, and the proportion of resident having access to this specialist. To describe difficulties and needs of general practitioners (GP) and nephrologists' role in care for nursing home residents. To identify barriers to access to nephrologists.

Methods: descriptive cross-sectional study of prevalence of potential indications for consultation with a nephrologist (estimated glomerular filtration rate (eGFR) <30 ml/min/1.73m², or eGFR <45 ml/min/1.73m² associated with: fast decline (>5 ml/min/1.73m²), complications, or risk of fast decline). Qualitative study of physicians' semi-structured interviews. Team coding was used to identify themes from physician interviews.

Results: Among 500 residents in 5 nursing homes, 37 (7.4%, IC 95% [5,1-9,7]) had a potential indication for consultation with a nephrologist. Three patients were followed by this specialist. GP described referral to nephrologists as a very rare event in nursing home patients care. Main barriers to referral were patient dependence and comorbidities. Other barriers were GPs' beliefs and knowledge in nephrology, nephrologist's availability (in time and space), nursing home resources, and intercurrent events.

Conclusions: Potential indications for consultation with a nephrologist are not rare events among nursing home residents, but access to specialists remains uncommon. Barriers are related to patients, their GP and nephrologists. GP education and telemedicine are potential facilitators.

Key Words: nursing home residents, chronic kidney disease, access to nephrologists, general practitioners, telemedicine

Disciplines : Médecine générale

Unité de recherche : UFR des sciences médicales de l'université de Bordeaux, 146 rue Léo Saignat 33076 Bordeaux Cedex