

Et mon rein docteur ?

Recommandations de bonne pratique de la maladie rénale
chronique dans la population à risque : Étude qualitative sur
un échantillon de médecins généralistes de la province de
Liège

Docteur Petitjean Marie

Travail de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du
grade de Master en Médecine Générale
Université de Liège – Année académique 2023-2024

Remerciements :

Je souhaite d'abord remercier tous les médecins ayant participé à cette étude et qui m'ont donné de leur temps. Sans eux, cette étude n'aurait pas pu avoir lieu.

Je souhaite également remercier le Docteur André Jean-François pour son encadrement important mais aussi ses encouragements tout au long de ce travail.

Je souhaite remercier ma maîtresse de stage, le Docteur Mhidra Sabrina qui m'a aidée à enfin mettre un pied dans ce TFE et qui m'a encouragée tout au long de sa réalisation.

Je souhaite ensuite remercier ma promotrice, le Docteur Emonts-Gast Florine pour sa présence, son écoute attentive, ses conseils avisés et les nombreuses relectures. Tout cela a permis à contribuer à alimenter mes réflexions durant la réalisation de ce travail.

Ensuite, je voudrais remercier mon entourage ainsi que ma famille, en particulier ma mère, pour leur relecture à de nombreuses reprises, mais également pour leur soutien dans les moments de découragement.

Table des matières :

Remerciements :.....	1
Table des matières :.....	2
Préambule.....	4
Liste des abréviations :.....	5
Résumé	6
1. Introduction.....	7
2. Méthodologie	9
2.1 Recherche bibliographique de la littérature.....	9
2.2 Choix de la méthode	9
2.3 Aspects éthiques	10
2.4 Recrutement et échantillonnage.....	10
2.5 Outils et mesures	11
3. Résultats.....	12
3.1 L'échantillon	12
3.2 Résultats des entretiens	12
3.2.1 Comment définir la maladie rénale chronique ?.....	12
3.2.2 Dépistage et prise en charge initiale dans la population à risque.....	13
3.2.3 Prévalence de la MRC au sein de la patientèle – Référencement dans le dossier médical..	15
3.2.4 Prise en charge et place du patient	16
3.2.5 Approche pluridisciplinaire.....	18
3.2.6 Place du médecin généraliste	20
3.2.7 Réaction des médecins interrogés après état des lieux	21
3.2.8 Possibilité d'amélioration ?	23
4. Discussion.....	25
4.1 Population interrogée	25
4.2 Définition	25

4.3 Dépistage	27
4.4 Prévalence	31
4.5 Prise en charge	33
4.6 Place du patient.....	36
4.7 Pluridisciplinarité.....	39
4.8 Place du médecin généraliste.....	43
4.9 Limites.....	46
5. Conclusion	47
Références bibliographiques.....	49
Annexes.....	55

Préambule

Lorsqu'il a été temps de choisir un sujet de TFE, je dois bien avouer qu'il m'a été difficile d'en trouver un rapidement. Mon esprit était à la fois vide et rempli de différentes idées sur lesquelles j'avais envie de discuter. Finalement, le sujet de la maladie rénale chronique (MRC) s'est imposé à moi, devenant un choix évident.

Pourquoi la maladie rénale chronique ? Au cours de mes deux premières années d'assistantat, j'ai réalisé que les médecins généralistes (MG) étaient fréquemment confrontés à des patients atteints de maladie rénale chronique, souvent à des stades déjà beaucoup trop évolués. Face à ces patients, je me suis souvent retrouvée dans l'incertitude, ne sachant pas quoi dire ; « Boire plus », « éviter les anti-inflammatoires ». Leurs réponses étant bien souvent « Je vais bien uriner vous savez Docteur, mes reins vont très bien », ne faisaient qu'accentuer mon désarroi. En présence d'un patient asymptomatique et un médecin avec des recommandations peu claires, que faire ?

Chaque jour, nous traitons des patients atteints de maladies chroniques telles que l'hypertension artérielle et le diabète mais où se situe la maladie rénale chronique dans tout cela ? J'ai toujours trouvé ce concept flou, avec des recommandations peu claires et difficilement accessibles. Alors, pourquoi ne pas améliorer mes connaissances sur ce sujet grâce à ce travail de fin d'étude ? Et qui sait, peut-être pourrai-je aider d'autres médecins à travers ce travail ? C'est du moins ce que je souhaite pour nous tous.

Liste des abréviations :

- AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdiens
- GFR : Glomerular filtration rate
- DMI : Dossier médical informatisé
- DT : Diabète
- GLEM : Groupe local d'éducation médical
- HTA : Hypertension artérielle
- IEC : Inhibiteur de l'enzyme de conversion
- INAMI : Institut national d'assurance maladie invalidité
- IRC : Insuffisance rénale chronique
- IRT : Insuffisance rénale terminale
- ISGLT2 : Inhibiteur du cotransporteur sodium-glucose de type 2
- KDIGO : Kidney Disease Improbal Global Outcomes
- MG : Médecin généraliste
- MRC : Maladie rénale chronique
- RAC : Rapport albuminurie/créatinurie
- RML : Réseau multidisciplinaire local
- TDS : Trajet de soins

Résumé

Introduction : La maladie rénale chronique constitue un problème de santé mondial croissant en raison de sa prévalence, son impact sur la morbi/mortalité et de son impact financier. Le rôle crucial des médecins généralistes dans sa prise en charge est renforcé par la pénurie de néphrologues en Belgique et le sous-diagnostic documenté de cette pathologie. Ce travail vise à identifier les obstacles au diagnostic et à la prise en charge de la maladie rénale chronique, avec l'espoir de proposer des pistes d'amélioration.

Méthodologie : Pour atteindre ces objectifs, une recherche qualitative a été menée à travers quatre focus groups réunissant au total 30 médecins généralistes. Les données ainsi recueillies ont été analysées de manière thématique pour extraire les tendances et les défis principaux.

Résultats : La définition de la maladie rénale chronique est souvent mal comprise par les médecins généralistes, qui confondent fréquemment ce terme avec celui d'insuffisance rénale chronique. Le dépistage de la pathologie se concentre principalement sur le dosage de la glomerular filtration rate (GFR), avec un manque de prise en compte du dosage de l'albuminurie. En ce qui concerne la prise en charge, les médecins se sentent parfois démunis, en raison de la perception d'un éventail limité d'options thérapeutiques. Une fois les recommandations transmises, les médecins interrogés expriment leur surprise quant à certains points, comme l'importance du dosage de l'albuminurie dans la population à risque et l'utilisation de certains médicaments dans le traitement de cette pathologie. Plusieurs idées émergent quant à l'amélioration de la prise en charge de cette pathologie.

Conclusion : Notre étude confirme le rôle essentiel des médecins généralistes dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique. Cependant, il est nécessaire de renforcer la formation de ces professionnels pour une meilleure gestion de cette pathologie.

Mots clés : Médecin généraliste, Maladie rénale chronique, Recommandations de bonne pratique, Population à risque, Dépistage, Prise en charge

1. Introduction

La maladie rénale chronique constitue un problème de santé croissant dans le monde entier par sa prévalence, son impact sur la morbi/mortalité et son impact financier. Elle est définie selon le KDIGO (Kidney Disease Improving Global Outcomes) comme « Une anomalie de la structure ou de la fonction rénale, présente depuis au moins trois mois et ayant une implication en termes de santé ». L'ajout de « ayant des implications pour la santé » reflète l'idée selon laquelle, même si diverses anomalies de la structure ou de la fonction rénale existent, toutes n'ont pas d'implication pour la santé. [1,2,3]

Le KDIGO est l'organisation mondiale à but non lucratif qui élabore des directives de pratique clinique fondées sur des données probantes en matière de maladie rénale sur base de l'avancement du savoir médical. Les dernières recommandations du KDIGO concernant l'évaluation et la prise en charge de la MRC viennent d'être établies en mars 2024.

La prévalence mondiale de la maladie rénale chronique est de 11%. On estime qu'environ 850 millions de personnes souffrent de MRC soit environ le double du nombre de personnes souffrant de diabète (422 millions) et 20 fois plus que la prévalence du cancer dans le monde (42 millions) ou que celle des personnes vivant avec le SIDA (36,7 millions). Les personnes d'un niveau socio-économique plus bas ont un risque 60% plus élevé de MRC. Il est prévu que ce nombre ne cesse d'augmenter en raison du vieillissement de la population et de la prévalence accrue du diabète (DT) et de l'hypertension artérielle (HTA) qui sont les deux causes principales de la néphropathie chronique. D'ici 2030, elle deviendra la cinquième cause de décès dans le monde. [2,4,5,6,7,8,9,10,11,12]

Pour la période 2017-2019, l'Institut national d'assurance maladie et invalidité (INAMI) a déclaré une dépense annuelle moyenne de 434 millions d'euros pour la dialyse, avec une moyenne de 13 562 interventions réalisées par an. Pour la même période, une moyenne de 389 transplantations rénales par an ont été documentées pour une dépense moyenne annuelle de un million d'euros. [13,14] Les pays à revenus élevés consacrent environ 2 à 3% de leur budget annuel de santé au traitement de la MRC mais la population en profitant est inférieure à 0,03% de la population totale. [15,16]

La maladie rénale chronique, même débutante, a un effet majeur sur la santé mondiale. Elle est associée à un risque plus élevé d'évènements cardio-vasculaires et un taux de mortalité, toutes causes confondues, majoré. Les patients atteints d'insuffisance rénale terminale (IRT) nécessitent un traitement spécialisé ; soit une transplantation rénale soit une dialyse. [12,15]

Étant donné le peu de néphrologues en Belgique, au nombre de 386 en 2022 [14], et le nombre important de patients atteints de MRC, le médecin généraliste a un rôle important à jouer dans le diagnostic mais aussi dans la prise en charge de cette pathologie avant un éventuel référencement aux néphrologues. Il est démontré que les médecins généralistes ainsi que les médecins spécialistes tels que les endocrinologues, les cardiologues mais aussi les rhumatologues sont ceux vers qui il faudrait se tourner pour réaliser le dépistage de la MRC permettant de cibler les personnes atteintes mais non détectées. [2]

De nombreuses études révèlent que la MRC est grandement sous diagnostiquée malgré sa prévalence qui ne cesse de se majorer. C'est principalement le cas pour la MRC de stade précoce, qui est asymptomatique et est généralement identifiée par des mesures de laboratoire que sont la GFR et le RAC ; rendant difficile la détection de cette pathologie. Comme dit précédemment, une personne sur dix est atteinte en Europe, et pourtant, deux tiers de ces patients ne sont pas diagnostiqués. [2,10,16]

Grâce à un dépistage précoce de la population à risque et une prise en charge efficace, la progression de la MRC peut être ralentie ou prévenue à l'aide de mesures hygiéno-diététiques et/ou d'un traitement médicamenteux. Ceci permettant de diminuer le risque de complications, notamment au niveau cardio-vasculaire, de diminuer la morbi-mortalité et d'éviter un envoi tardif chez le néphrologue si cela venait à être nécessaire dans le cadre d'une IRT nécessitant une thérapie de remplacement rénal par exemple.

L'objectif de notre étude est d'identifier les obstacles au diagnostic et à la prise en charge de la MRC par les médecins généralistes, à travers des focus groups. Nous visons également à clarifier les critères de référencement aux néphrologues et à proposer des pistes d'amélioration éventuelle. Notre but premier est d'enrichir nos propres connaissances sur cette pathologie méconnue, dans l'espoir que notre participation à cette étude sensibilise d'autres professionnels de la santé à la MRC et à l'importance du rôle du médecin généraliste dans son dépistage et sa prise en charge.

2. Méthodologie

Pour débiter ce travail, afin de se familiariser au mieux avec le sujet, une recherche bibliographique de la littérature a été réalisée nous permettant de réaliser une revue narrative.

La seconde partie a pour objectif de récolter et d'analyser les résultats des entretiens semi-dirigés, sous forme de focus groups, auprès de notre échantillon de médecins généralistes. Les différents sujets abordés lors de la première partie pourront alors être mis en regard de l'analyse des résultats et nous amener dès lors à la discussion.

2.1 Recherche bibliographique de la littérature

Afin de réaliser l'introduction ainsi que le guide d'entretien, des recherches ont été réalisées au préalable. Différents sites de recherche ont été consultés tels que le Cebam Digital Library for Health (CDLH), PubMed, Evidence Based Medicine Practice Net (EBPNet), Cochrane Library et UpToDate. Dans un second temps, ces mêmes sites ont été consultés afin d'alimenter la discussion. Il est important de notifier que différentes formations sur le sujet ont été réalisées ainsi que de brefs entretiens avec la coordinatrice du RML de Liège (Réseau multidisciplinaire local) mais aussi des néphrologues.

La plupart des articles proviennent de PubMed ainsi que de UpToDate via les MeSH (Medical Subject Headings) suivants : Chronic kidney disease, general practitioner, recommandations, Belgium.

2.2 Choix de la méthode

Cette étude qualitative a été réalisée par le biais d'entretiens semi-dirigés, sous forme de focus groups menés à l'aide d'un guide d'entretien. (*Annexe 1*) Le recrutement et la collecte de données ont été réalisés de décembre 2023 à février 2024.

Cette manière d'aborder le sujet nous paraissait la plus appropriée pour répondre à l'objectif de ce travail. Cela a permis de pouvoir discuter ouvertement, librement et plus facilement. De plus, cette démarche a permis de se rendre compte plus aisément de la pratique des médecins généralistes interrogés sur le sujet et faire ainsi ressortir des idées, des concepts,

des perceptions argumentées ou non qu'une autre méthode d'analyse, nous le pensons, n'aurait pu permettre de mettre en évidence. Cela nous permet également d'étudier l'interaction entre les participants et le chercheur.

Ce type de méthode plutôt qu'un questionnaire fermé permet, nous l'espérons, de collecter d'avantage d'informations et d'approfondir certains discours tenus par les participants.

2.3 Aspects éthiques

Une soumission du projet a été envoyée au Groupe d'Ethique Interuniversitaire pour la Médecine Générale (GEIMG) en novembre 2023, avant la réalisation des focus groups. Ce comité a étudié notre projet et a jugé qu'il n'était pas nécessaire d'introduire une demande plus complète au comité d'éthique. (*Annexe 2*)

Les médecins généralistes participant à l'étude ont été informés des objectifs et de la portée de ce travail ainsi que sur l'anonymisation de leurs données personnelles. Un formulaire d'information et de consentement éclairé a été distribué, signé et recueilli avant chaque entretien. (*Annexe 3*)

2.4 Recrutement et échantillonnage

La population cible est celle des médecins généralistes de la Province de Liège. Aucun critère d'exclusion n'a été recensé. Le recrutement des médecins s'est réalisé via les groupes locaux d'éducation médicale (GLEM) situés à proximité de mon lieu de pratique. En premier lieu via le représentant du GLEM à qui le projet était exposé. Si ce dernier acceptait, un mail général était envoyé aux différents membres du GLEM afin d'exposer le projet. S'ils y adhéraient et étaient intéressés par le sujet, nous trouvions par la suite une date commune afin d'organiser le focus group. Un des groupes a également été recruté lors des séminaires 1/15 nous permettant ainsi d'inclure une population plus jeune ; les assistants n'étant pas membre des GLEM.

L'objectif de cet échantillonnage était qu'il soit le plus hétérogène possible (âge, sexe, type de pratique, années de pratique). Sur base de ce recrutement, quatre focus groups regroupant six à douze personnes ont été réalisés. Au total, nous avons pu rencontrer 30 médecins généralistes. Après cela, nous sommes arrivés à saturation des données.

2.5 Outils et mesures

Les focus groups ont été réalisés à l'aide d'un guide d'entretien relu par ma tutrice au préalable. Le guide d'entretien était composé de questions ouvertes permettant d'interroger de façon approfondie les médecins généralistes sur leur connaissance de la maladie rénale chronique mais aussi sur leur manière d'aborder le dépistage, la prise en charge et de connaître leur point de vue sur les recommandations actuelles. En effet, ces dernières ont été présentées aux participants afin de possiblement les informer mais aussi de connaître leur avis et leur impression sur celles-ci. Lors de la rencontre avec le premier groupe, les recommandations de bonne pratique ont été présentées sous forme orale. Le responsable du GLEM nous avait demandé de faire une présentation plus approfondie de la maladie rénale chronique après l'entretien destiné à notre travail. Dans ce contexte, nous avons réalisé une présentation accompagnée d'un support visuel. Ce groupe m'a exprimé l'intérêt et l'attrait qu'apportait ce support power point. Les trois autres groupes ont ainsi également bénéficié d'une présentation sous cette forme. Au terme du focus group, une fiche pratique relatant les recommandations de dépistage a été distribuée aux médecins généralistes. (*Annexe 4*)

Les différents entretiens ont eu lieu soit dans les locaux habituels du GLEM, soit dans le cabinet d'un des médecins participants à notre étude. Avec l'accord des participants, ces entretiens ont été enregistrés, puis retranscrits avant de supprimer les enregistrements.

Les focus groups ont été réalisés en une seule prise et ont duré en moyenne 57 minutes ; le plus court ayant duré 41 minutes et le plus long 68 minutes. Afin de respecter l'anonymat, les médecins ont été numérotés de 1 à 30, en respectant l'ordre de réalisation des groupes.

Les retranscriptions ont été lues à plusieurs reprises puis regroupées de manière qualitative par un système de classement thématique des verbatims. Afin d'arriver à un tel résultat, nous avons utilisé un système de codage nous permettant d'isoler certains thèmes et sous-thèmes communs se trouvant dans les différents groupes. Les thèmes ont été analysés sur base des retranscriptions en suivant une analyse déductive générale permettant de ce fait une analyse thématique de contenu.

3. Résultats

3.1 L'échantillon

Au cours de cette étude, quatre focus groups ont été réalisés regroupant chacun de six à douze participants. Cela a permis de regrouper 30 médecins généralistes au total.

L'échantillon est composé de 13 femmes et de 17 hommes ; âgés de 25 à 72 ans. L'âge moyen étant de 41,33 ans avec une expérience allant de 4 mois à 47 années. Le nombre d'années de pratique moyen est de 15,78 années. On retrouve quatorze médecins généralistes travaillant en association, douze solos et quatre en maison médicale. (Annexe 5)

3.2 Résultats des entretiens

3.2.1 Comment définir la maladie rénale chronique ?

La plupart des participants ont une réelle difficulté à définir la maladie rénale chronique comme elle est citée par la KDIGO. On remarque d'ailleurs que cette question provoque initialement une période de silence systématique dans les différents groupes.

La plupart des participants définissent la MRC sur base du débit de filtration glomérulaire à la prise de sang : GFR inférieure à 60, 45 ou 30 selon les participants. Certains évoquent la créatinine. La notion de répétition, lorsqu'elle est mentionnée, varie de six semaines à six mois. Quelques rares participants évoquent la présence d'une protéinurie éventuelle. Seulement deux médecins mentionnent l'albuminurie dans le contexte de la définition.

« (...) Il faut une prise de sang. Il faut quand même une créatinine pour la définir. » MG3

« Bah entre 30 et 60 et puis en dessous de 30, c'est pas joli ! » MG19

« Altération progressive de la fonction rénale, irréversible. Je vois pas ce qu'on peut dire de plus » MG21

« Une protéinurie associée ? Il y a peut-être plusieurs critères dans la définition vraiment de maladie rénale chronique, au-delà du débit il y a peut-être autre chose ? » MG25

Il existe une réelle confusion entre l'insuffisance rénale chronique et la maladie rénale chronique. Après réflexion, certains médecins généralistes imposent l'identification d'une cause précise d'anomalie rénale (malformation, diabète, hypertension artérielle) n'impactant

pas forcément la fonction rénale dans le cadre de la maladie rénale chronique. Alors que le terme d'insuffisance rénale chronique semble plutôt lié à la perte de fonction rénale.

« (...) Mais...dans la maladie rénale chronique, on peut retrouver des choses qui sont autre chose que de l'insuffisance ? » MG5

« En fait il faudrait refaire la définition parce que...bah c'est pas clair » MG6

« Tu vois ça moi, la différence, je l'apprends aujourd'hui hein » MG14

3.2.2 Dépistage et prise en charge initiale dans la population à risque

La plupart des participants expriment dépister la MRC systématiquement dans la population à risque constituée par les patients diabétiques, les hypertendus (d'autres pathologies cardiovasculaires sont évoquées par certains participants du groupe 2), les patients âgés de plus de 60 à 70 ans, les patients pluri-pathologiques et/ou poly-médiqués (notamment consommateurs d'AINS), les consommateurs de toxiques ainsi que des patients ayant un antécédent d'atteinte rénale. Un seul médecin mentionne dépister également les porteurs d'antécédents familiaux d'atteinte rénale.

« Cela dit en médecine générale, dans les pathologies rénales chroniques, on tombe sur le diabète et l'hypertension. C'est vraiment les deux grandes causes en tous cas pour nous, médecins généralistes (...) » MG3

« Moi j'aurais dit au-dessus de 70 ans » « Bah...oui les patients gériatriques » MG8-7

Lors du dépistage de la MRC, une place importante est donnée à la réalisation de la prise de sang avec mesure de la GFR et de la créatinine. Cependant, un bon nombre des répondants mentionnent la difficulté d'interprétation des différentes formules qui, de plus, ne seraient pas adaptées à certains profils de patients.

« Mais moi j'ai quand même du mal des fois avec les GFR parce que parfois t'as des créat pêtées, t'as une GFR qui est bonne et créat je gère pas moi » MG16

« Ce qui est embêtant c'est que t'as un MDRD puis t'as le CKD-EPI et donc ... » MG21

Une faible proportion de médecins signale réaliser une analyse d'urine (RUSUCU) dans le but d'exclure une infection urinaire dans le bilan étiologique de la maladie rénale chronique. Quelques médecins évoquent la réalisation du dosage de la protéinurie et rares sont ceux qui

évoquent l'albuminurie ; notamment dans un contexte de causes associées comme le diabète et l'hypertension. De plus, certains mentionnent réaliser ce dosage en complément d'une altération objectivée en premier lieu par la prise de sang.

« Bah alors les diabétiques, il y a quand même la microalbuminurie mais moi je fais que chez les diabétiques hein » MG6

« Si je propose une analyse d'urine c'est sûrement que j'ai proposé une prise de sang avant » MG8

Globalement, les médecins se disent alertés sur base des résultats de la prise de sang et donc de la GFR. Cependant, la notion d'alerte varie d'un à l'autre ; GFR entre 30 et 60. Certains mentionnent être inquiets en présence d'une protéinurie massive, sans la définir précisément.

Une fois la MRC identifiée, ils insistent tous sur l'importance de l'anamnèse : antécédents personnels et familiaux (pour de rares MG), néphrotoxiques, infectieux. Ils notent également l'importance de questionner le patient concernant son traitement chronique. Il leur semble impératif d'envisager un tri potentiel dans les médicaments, ainsi que de se pencher sur l'auto-médication, principalement en ce qui concerne les AINS en vente libre que les patients prennent sans comprendre l'impact que cela peut avoir sur leur santé et sans en informer leur médecin généraliste. Un médecin mentionne le fait que c'est nous, médecins, qui provoquons aussi les problèmes rénaux.

« Mais la prise d'anti-inflammatoire c'est une source de problème au niveau rénal qu'on a tendance à sous-estimer (...) C'est toute la problématique de l'ibuprofen qui a plein de noms différents et des gens prennent de l'ibuprofen puis du brufen puis de l'advil. Le nombre de gens qui prennent plusieurs types d'ibuprofen en même temps, c'est quand même non négligeable » MG1

Pour la plupart des MG, le bilan est complété par la prise de la tension artérielle, la mesure de l'hémoglobine glyquée (si notion d'un diabète) et l'analyse de l'ionogramme. Quelques médecins évoquent la réalisation d'une échographie et se posent la question de la place qu'elle peut avoir dans le bilan initial.

Le suivi réalisé est propre à chacun. La fréquence du suivi varie de un mois à un an en fonction notamment de la vitesse d'évolution de la maladie et de l'introduction ou non d'un traitement médicamenteux.

3.2.3 Prévalence de la MRC au sein de la patientèle – Référencement dans le dossier médical

Les répondants ont beaucoup de mal à se prononcer quant à la prévalence de la MRC au sein de leur patientèle. Selon eux, le type de patientèle diffère d'un médecin à l'autre. La proportion évoquée varie de 5 à 40%.

« C'est surtout pas du tout fiable, c'est du feeling. Moi je dirais, je saurais pas dire un chiffre euh... (...) Je dirais entre 5 et 10% » MG6

« A mon avis c'est beaucoup plus que ce qu'on croit, un bon 35% j'imagine » MG8

De plus, certains ont tendance à ne pas comptabiliser les personnes âgées estimant que dans ce contexte, la dégradation de la fonction rénale est liée au déclin physiologique.

« J'ai envie de dire que si t'as quelqu'un de 75 ans avec un MDRD à 59 euuuh je ne le mettrais pas en insuffisance rénale chronique » MG20

« C'est pas facile. Plus il vieillit, plus c'est difficile de se dire quelle est la part du physiologique, quelle est la part du pathologique et dans la part du pathologique, qu'est-ce qui va vraiment avoir une répercussion sur le patient avant un décès d'une autre pathologie quoi donc c'est un peu compliqué de jauger ça » MG14

Concernant la mention dans le dossier du patient, la plupart des médecins mentionnent une insuffisance rénale chronique uniquement lorsqu'elle est jugée comme sévère soit une GFR inférieure de 30 à 50 selon les répondants. Le terme « Maladie rénale chronique » semble peu utilisé par les MG. Certains avouent ne jamais mentionner la MRC dans le dossier médical informatisé (DMI). Un médecin se pose d'ailleurs la question de savoir si on peut réellement considérer ça comme une maladie.

« (...) Une insuffisance rénale même si c'est noté, je vais passer à côté alors que c'est super important pour prescrire » MG17

« Oui la codification c'est pas... On va plutôt inscrire un cancer, un antécédent de néo puis une insuffisance rénale » MG22

« C'est difficile parce que finalement tu en as, tu le sais, mais ils sont pas particulièrement notés mais je suis peut-être pas assez assidu à ce niveau-là (...) » MG24

« Bah est-ce une maladie ou est-ce une évolution liée à un vieillissement naturel ? » « Tu la dépistes, et tu la traites mais est-ce une maladie ? » « C'est une dégénérescence mais c'est pas une maladie » MG20

3.2.4 Prise en charge et place du patient

Globalement, de nombreux médecins citent le rappel des mesures hygiéno-diététiques ; notamment l'hydratation, l'arrêt du tabac, les régimes pauvres en graisse et hyposodé. Cependant, ces mesures sont principalement évoquées dans un contexte de comorbidités associées. C'est le cas pour les patients diabétiques et hypertendus notamment. Un seul médecin mentionne l'envoi vers une diététicienne.

« Nous on leur dit de boire et puis...(rire) » MG8

« Mais c'est vrai qu'on leur dit peut-être pas que ça aussi ça abîme les reins (...) On leur dit pas que respecter les règles hygiéno-diététiques pourraient aussi aider les reins » MG30

Au niveau de la prise en charge médicamenteuse de la MRC, la possibilité d'instauration d'un inhibiteur de l'enzyme de conversion (IEC) pour freiner la MRC est citée à plusieurs reprises. Cependant un petit nombre de répondants avoue les introduire de façon systématique. Les sartans sont peu évoqués. Certains médecins émettent des réserves quant à l'utilisation des IEC sur le long terme, principalement lorsque la GFR est inférieure à 30. Un médecin évoque un effet de mode et pense que c'est une recommandation qui risque de changer par la suite. Un autre médecin propose d'interrompre les IEC lors de la découverte de la MRC car ils seraient délétères.

Un nombre moins important de médecins généralistes mentionnent les inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose de type 2 (iSGLT2). Certains indiquent avoir été récemment informés à ce sujet par des délégués pharmaceutiques. Cependant, la plupart d'entre eux admettent ne pas les prescrire dans le contexte de MRC. Certains évoquent l'obligation de l'intervention du néphrologue pour la mise en place ainsi que le remboursement de ce type de traitement et mentionnent également le fait de ne pas être tout à fait à l'aise d'introduire ce médicament.

« Moi j'avais beaucoup de mal avant la journée du MontLégia où dès que quelqu'un avait une insuffisance rénale autour de 30, je savais plus quoi faire avec les anti-hypertenseurs. C'est vrai que là, je suis plus à l'aise depuis qu'on nous a dit qu'on peut monter les antihypertenseurs même à la dose max fin 10 par exemple pour du coversyl, alors qu'avant j'étais tout le temps stressé donc j'avoue que je suis peut-être un peu faussé par ça. Par contre, j'ai pas non plus fait de SGLT2, j'ai pas fait le remboursement pour ça parce que j'ai pas eu le cas mais voilà je sais que maintenant les néphros veulent bien qu'on fasse ça avant de les référer donc je me sens plus à l'aise depuis là mais franchement avant ça je ne savais pas du tout, j'enlevais même le coversyl, je faisais vraiment n'importe quoi » MG17

Nombreux sont ceux qui mentionnent l'adaptation du traitement médicamenteux en supprimant les néphrotoxiques ; cela étant plus complexe chez les patients pluri-pathologiques et par conséquent poly-médiqués.

Une attention est donnée au contrôle de la cause de la néphropathie si elle est connue, notamment diabétique.

A de nombreuses reprises, ils évoquent la sensation d'avoir peu de possibilités thérapeutiques pour faire face à la MRC ; principalement au niveau médicamenteux. Selon plusieurs médecins, l'introduction d'un traitement médicamenteux n'intervient que lorsque la MRC est déjà trop évoluée et cela d'avantage avec les inhibiteurs SGLT2.

« Il y a un flou artistique je trouve fin c'est vraiment une des maladies où c'est vraiment super compliqué » MG14

« Oui mais à part ça... Sinon t'as quand même pas des masses de leviers à part l'hydratation, les conseils oui finalement... » MG29

De manière générale, les patients semblent informés que leur fonction rénale est altérée. Le terme maladie rénale chronique n'est en général pas utilisé par les médecins. Ils notent l'importance d'informer le patient pour améliorer la prise en charge, notamment en expliquant l'impact que certains comportements (AINS, diarrhée, déshydratation) peuvent avoir sur leurs reins. Une proportion importante des médecins signale ne pas informer les personnes âgées de la dégradation de leur fonction rénale, car ils estiment que cette dégradation est physiologique. Certains se questionnent également sur le fait que la dégradation de la fonction rénale chez les personnes âgées soit considérée comme une

pathologie. De plus, ils considèrent qu'ils sont porteurs d'autres pathologies de plus grande importance comme les atteintes cardiaques et le diabète. Dans ce contexte, l'âge à partir duquel le patient est considéré comme une personne âgée n'est pas précisé.

« Bah tu le dis aux patients, vos reins ont votre âge et voilà » MG24

« Oui et puis ils sont à 55 et tu dis "Ah vos reins, faites attention" mais fin tu ne leur dis pas vraiment 'vous avez une maladie rénale chronique quoi' » MG29

« Moi j'essaie d'attirer l'attention sauf quand c'est des gens pluri pathologiques. Quand y a rien d'autre qui va, je rajoute pas le fait que les reins vont moins bien (...) Je lui dis que la santé est pas géniale mais je vais pas tellement insister sur son insuffisance rénale (...) C'est les reins qui passent après le cœur et le diabète » MG30

3.2.5 Approche pluridisciplinaire

Les médecins généralistes ont tendance à souhaiter l'avis du néphrologue lorsqu'ils sentent que la situation leur échappe ; cause indéterminée, fonction rénale qui se dégrade rapidement, patient jeune (<60 ans), GFR entre 15 et 45, avis concernant une éventuelle dialyse, albuminurie importante (pour un seul répondant), patient peu compliant. Ils mentionnent également faire appel au néphrologue lorsque son intervention est indispensable dans la prise en charge d'une anémie par exemple. Plusieurs jeunes généralistes signalent référer au néphrologue plus systématiquement que leurs confrères plus âgés.

Cependant, de nombreux répondants signalent que le long délai nécessaire avant d'obtenir un rendez-vous chez le néphrologue est un frein à la prise en charge. Certains évoquent la nécessité d'avoir des contacts privilégiés avec un spécialiste pour avoir un avis rapide. De plus, plusieurs répondants ne voient pas toujours ce que le néphrologue peut apporter de plus à l'intervention du médecin généraliste. A l'opposé, plusieurs d'entre eux ont parfois le sentiment que le néphrologue ne comprend pas toujours pourquoi le patient a été référé.

« Dans leur tête, ils ont une vraie pathologie à partir du moment où ils vont chez le néphro. Plus que quand nous on prend ça en charge » MG1

« Bah...(rire)...au moment où il peut nous recevoir. C'est pas évident d'en attraper un » MG3

*« Et puis comme le disait le médecin 9, la mise en place du trajet de soins insuffisance rénale, le forxiga etc il faut aussi un accord du néphro enfin la signature pour avoir l'accord de la mutuelle donc euh. Y a quand même un passage obligé à un moment donné quoi »
MG8*

« Mais ils ont pas toujours le même discours aussi euh genre à quel moment il faut envoyer clairement. Y en a qui disent "Bah c'est en dessous de 30" point et y en a qui disent "Bah dès 50, envoyez le nous". Ils sont pas vraiment d'accord là-dessus et tu te dis au final je temporise ? Je temporise pas ? » MG26

« Je crois qu'on envoie peut-être tard chez le néphro hein » « On va beaucoup moins chez le néphro. Le diabétique il t'échappe un peu tu l'envoies beaucoup plus vite que l'insuffisant qui descend tout doucement tu vois » MG29

« Ah moi, j'ai déjà eu des lettres de néphros qui me disaient en gros "Pourquoi m'avez-vous envoyé ce patient quoi ? Vous le traiterez bien tout seul". C'est bon, je gérerai bien toute seule. Bah oui ok » MG30

Concernant le trajet de soins (TDS), les conditions d'introduction ainsi que les avantages obtenus sont peu connus des médecins. Ils signalent mieux connaître le TDS diabétique. Certains médecins ne connaissaient pas du tout l'existence du TDS insuffisance rénale. Selon les répondants, les principaux freins à l'introduction du TDS sont le manque de connaissance des médecins généralistes, la complexité administrative et l'accès difficile au rendez-vous avec le néphrologue. De plus, certains mentionnent le fait que lors de la visite du patient chez le néphrologue, le trajet de soins n'est pas systématiquement introduit par le spécialiste.

« Et en fait, je me dis que c'est fou de pas connaître, parce que pour le diabète on va le connaître alors que pas pour l'insuffisance rénale » MG23

« Oui non moi en fait j'envoie chez le néphrologue et j'attends du néphrologue de faire ça en fait, d'initier le trajet de soins » MG6

« Le problème qu'on a en Belgique c'est que toutes les spécialités sont surchargées (...) Tant qu'on agira comme ça, ben on n'a pas de place pour ce genre d'histoire par exemple, c'est embêtant je trouve » MG21

« Et puis même quand ils les voient j'ai l'impression qu'ils disent en gros qu'il n'y a rien à faire et que y a pas besoin de revenir quoi euh, on va pas se lancer du coup dans un trajet de soins parce qu'ils ne font rien en fait. Enfin, rien, pas grand-chose en tous cas » MG29

« Bah le délai de rendez-vous chez le néphrologue te freine un peu... » MG30

« Mais je trouve aussi que le néphrologue il est moins friand que l'endocrinologue quoi. Tous nos patients diabétiques qui sont suivi chez l'endocrino, ils reviennent presque tous avec un trajet de soins. Les néphrologues boh, ils n'ont pas l'air très chaud » MG30

3.2.6 Place du médecin généraliste

La plupart des médecins généralistes interrogés disent ne pas se sentir tout à fait à l'aise dans la gestion d'un patient présentant une maladie rénale chronique que ce soit au niveau du dépistage ou au niveau de la prise en charge. Selon un bon nombre d'entre eux, la formation reçue initialement n'est pas adaptée et la formation continue insuffisante.

Certains d'entre eux mentionnent le fait de l'importance et le privilège du suivi longitudinal en médecine générale. Le fait de voir le patient à plusieurs reprises permet de poser le diagnostic et de prendre en charge le patient progressivement.

« D'ailleurs, plus on parle, plus le doute grandit » « Je suis content de te l'entendre dire parce que... Je commence à m'analyser sérieusement » MG1-10

« C'est pas aussi flagrant qu'un dépistage de diabète ou un dépistage du cancer du colon où tac t'as des guidelines super claires dans ta tête où tu sais que tous les x temps tu dois faire ça et c'est bon, c'est réglé. Là c'est un petit peu "Boh on fait une prise de sang bah tiens, on contrôlerait bien les reins tant qu'on y est hein". Et du coup tu dis "Ah ouais" » MG14

« Je pense pas qu'on y fait moins attention mais par contre, on sait pas comment faire pour y faire bien attention » MG15

« Moi jusqu'à un certain point, fin je me sens à l'aise... Tout ce que je peux faire moi je le fais, à partir du moment où malgré tout ce que moi j'ai pu mettre en place ça continue euh je réfère au plus vite » MG19

« On est à l'aise, oui, mais si tu prends toutes les spécialités, tout ce qu'on doit faire systématiquement (...) » MG21

3.2.7 Réaction des médecins interrogés après état des lieux

De manière générale, les MG se disent peu informés des dernières recommandations mais pensent tout de même avoir une prise en charge adaptée à celles-ci. Ils se sentent par exemple beaucoup plus au courant des recommandations concernant des pathologies telles que le diabète. Nombreuses sont les fois où certains mentionnent leurs centres d'intérêt et la pathologie rénale y trouve peu sa place. La MRC est considérée comme un sujet compliqué.

« Mais typiquement, on a eu des cours de néphro qui n'étaient pas utiles à la prise en charge d'une insuffisance rénale chronique. Ni du dépistage qui est le seul truc en fait intéressant en médecine générale » MG15

« C'est comme pour tout, t'as tendance à faire des formations dans ce que t'aimes bien et pfff l'insuffisance rénale chronique c'est quand même pas le sujet le plus passionnant » MG24

« Je veux dire dans l'asthme, dans la BPCO, dans le diabète, t'as tellement de firmes qui font des médicaments, on vient nous le répéter à longueur de journée. Là euh à part le forxiga y a pas grand-chose du coup t'as pas grand monde qui vient nous trouver. Parce que finalement, c'est une de nos sources d'informations principales les délégués. C'est un peu triste mais c'est vrai » MG30

Une fois les recommandations KDIGO transmises par l'oratrice, les médecins pensant initialement ne pas suivre les recommandations expriment l'envie de les intégrer à leur pratique. Globalement, ils trouvent cela moteur et encourageant. La plupart d'entre eux n'ont jamais entendu parler du KDIGO. Ils ne savent pas d'emblée où aller rechercher les guidelines.

Les généralistes interrogés sont marqués par l'importance de l'analyse urinaire et du dosage du RAC en tant que test de dépistage et de suivi dans la population à risque.

Une grande proportion des médecins interrogés semble découvrir les conditions d'introduction et surtout les avantages obtenus grâce au trajet de soins.

« Et euh...l'analyse urinaire, enfin moi j'ai jamais fait le rapport albuminurie/créat et ça veut dire que si on coche les deux, ils font le calcul automatiquement ? Et classe 1-2-3 ils le notent aussi ? » MG6

« Moi je crois que clairement je devrais faire un tout petit peu plus attention » MG9

« Et donc le dépistage, c'est chez tout le monde, enfin tous les gens à risque, faire une prise de sang et une analyse d'urine tous les ans ? » MG15

« (...) Je vais l'envoyer en trajet de soins quand je pense effectivement qu'il a besoin d'un suivi régulier chez le néphrologue donc je vais pas envoyer tous les gens en dessous de 45 chez le néphrologue ou sinon... Ils n'ont déjà pas de rendez-vous maintenant, ça va être encore plus catastrophique » MG20

« Bon ben moi je vais refaire une albuminurie sur créatinine urinaire puisque ça je ne le faisais plus systématiquement » MG21

« Et l'idée d'avoir quand même une maladie rénale avec une filtration correcte, voilà, c'est quand même troublant quoi. Si on ne fait pas le taux d'albuminurie, on passe à côté pendant des années » MG22

Concernant la prévalence de 11% dans la population mondiale ; 12% en Belgique, ils ne semblent pas étonnés. De même, le manque de diagnostic ne les surprend pas non plus. Ils mettent en évidence le fait que c'est une pathologie qui est mise de côté et bien souvent minimisée.

Plusieurs médecins interrogés ont mentionné que de nombreux patients se trouvent en situation de diagnostic retardé. D'une part, certains ne consultent que rarement leur médecin généraliste, quand ils en ont un. D'autre part, certains sont réticents au dépistage, par crainte de ce qui pourrait être découvert. Une difficulté supplémentaire réside dans le fait que les patients atteints de maladie rénale chronique sont souvent asymptomatiques. De plus, selon les répondants, la maladie rénale est peu connue du grand public.

« Il y a ça et puis je pense malgré tout que ça reste quand même dans nos têtes, sauf pour des valeurs qui sont vraiment très interpellantes mais ça reste aussi dans une pratique courante, peut-être je dis bien peut-être quelque chose qu'on a tendance à laisser tomber et mettre de côté. Le patient n'est pas mal hein avec une insuffisance rénale qui est débutante » MG1

« C'est pas étonnant, c'est juste consternant quoi » MG14

« Même au niveau débat public, t'as aucun patient qui vient me dire "On contrôlerait pas un peu mes reins docteur ?" par contre "On contrôlerait pas un peu mon sucre docteur ? ou mon cholestérol ?" Tu vois je pense que c'est un problème de santé publique aux oubliettes » MG15

« Cardiologue, diabétologue, j'en ai jamais entendu un seul parler de la prévention de l'insuffisance rénale chronique, enfin de la maladie rénale chronique » MG22

« Non c'est qu'on n'est pas assez sensibilisés à ça » MG26

Certains mettent également en évidence le manque de temps lors d'une consultation de médecine générale ainsi qu'une difficulté pour le médecin généraliste d'être au point dans tous les domaines.

« Je pense qu'avec le temps, on devient assez flexible. C'est-à-dire qu'on va avoir une petite altération, euh ok ça va aller c'est bon et on passe à autre chose. C'est extrêmement vicieux hein » MG1

« Mais c'est pas facile quand même hein. Penser à tout, tout le temps. Ça devient de plus en plus complexe, difficile. C'est vrai ça se complexifie hein ? Nouvelle classe thérapeutique, enfin pfff on doit tout le temps être à niveau donc c'est très compliqué » MG10

« Le temps ! Il y a quand même un problème de temps à un moment donné » MG10

3.2.8 Possibilité d'amélioration ?

Les pistes d'améliorations proposées par les médecins interrogés sont le dépistage systématique via l'analyse urinaire avec albuminurie et rapport albuminurie/créatinurie.

« Quand tu nous les expliques, c'est tellement facile à faire. Une bio tous les ans avec une analyse d'urine. Contrôler le diabète, l'hypertension, dire de faire attention au sel enfin voilà. Y a tout une partie qui peut vraiment être bien gérée par nous quoi » MG13

« (...) Faudrait peut-être qu'on fasse un fameux test d'urine déjà dans un premier temps qu'on a tendance à négliger » MG25

L'approche pluridisciplinaire comprenant une aide d'infirmière spécialisée dans le domaine ainsi que via le RML a également été mentionnée. Une meilleure structure des dossiers médicaux a également été notifiée. De plus, ils évoquent la possibilité d'une alerte dans le

DMI en fonction des valeurs obtenues aux différents examens avec un rappel des recommandations.

Certains souhaiteraient avoir accès aux médicaments délivrés hors prescriptions (notamment les AINS) pouvant être la source de problèmes rénaux. Un médecin s'y oppose invoquant la liberté de chacun ainsi que la responsabilité du patient.

Ils évoquent également l'intérêt d'optimiser la formation des médecins généralistes mais aussi des patients sous forme de campagne de sensibilisation et de création d'affiches.

De nombreux médecins ont également souligné le fait qu'en en parlant simplement de cette manière sous forme de focus groups avec une présentation brève des recommandations, cela pouvait déjà améliorer les choses.

« Ah de faire des campagnes. Je pense que si on a des patients qui débarquent en disant "Tiens j'ai vu une campagne qui parle de ça, est-ce que j'ai ?", on va être plus attentif » MG1

« C'est peut-être à nous de les éduquer hein » MG15

« Bah moi je trouve que déjà juste en parler comme ça, ça change un peu notre pratique parce que ben déjà on va faire plus d'analyse d'urine, faire plus attention à le mettre dans le dossier, c'est quelque chose auquel je pense pas. Et je pense que y a plein de médecins qui savent pas exactement quoi mettre, ce qu'on peut mettre comme médicaments à ce niveau-là et surtout quels anti-hypertenseurs. Donc je pense qu'il y a déjà pas mal de choses qui peuvent faire changer la pratique quand on est bien informé sur l'insuffisance rénale euh sur la maladie rénale chronique plutôt » MG17

« Mais c'est vrai que si on pensait à mettre un IEC bah on penserait à expliquer pourquoi. Moi je le fais pas. Si nous on faisait une démarche thérapeutique, ça sensibiliserait aussi les gens à se dire "Zut voilà que j'ai un médicament pour mes reins maintenant"» MG3

4. Discussion

4.1 Population interrogée

Le nombre de médecins généralistes en Belgique est de 13 980 en 2022 selon le dernier rapport de l'Inami. La proportion de généralistes par rapport aux spécialistes reste faible avec une estimation de 37% de généralistes par rapport à la deuxième ligne. Il faut pourtant savoir que 95% de la population se rend en premier lieu chez un généraliste avant de rencontrer un spécialiste. [14,17]

Durant notre travail, nous avons interrogé 17 hommes et 13 femmes, soit 57% et 43%, ce qui équivaut aux chiffres de 2021 où on estime qu'on retrouve 47% de femmes médecins généralistes. [14,18]

Le type de pratique individuelle reste la pratique la plus fréquente en Belgique même si on observe que la tendance s'inverse avec la pratique de groupe qui ne cesse de se majorer, avec en 2021 une représentation de 40%. [18] L'hétérogénéité du groupe dans ce travail paraît assez représentative au niveau de la répartition des sexes mais moins concernant le type de pratique avec une représentation de 60% de médecins en groupement.

4.2 Définition

Selon le KDIGO, la maladie rénale chronique est définie par « Une anomalie de la structure ou de la fonction rénale, présente depuis au moins trois mois et ayant une implication en termes de santé ». Une anomalie de la fonction rénale est caractérisée par une diminution de la GFR et/ou une perturbation à l'examen des urines (albuminurie, protéinurie, hématurie, ...). Tandis qu'une anomalie de la structure rénale est généralement mise en évidence à l'imagerie (polykystose, agénésie rénale, ...). (*Annexe 6*) [1,2,19]

Nous constatons que les médecins généralistes interrogés connaissent peu, voire pas du tout, la définition de cette pathologie. Bien que la mesure de la GFR soit évoquée par la plupart des répondants, l'anomalie des tests urinaires, et surtout l'albuminurie, est peu mentionnée.

De plus, les répondants éprouvent une nette difficulté à distinguer l'insuffisance rénale chronique de la maladie rénale chronique, utilisant fréquemment l'un pour l'autre. Certains découvrent même l'existence d'une différence entre ces deux termes. Lors de nos recherches

de littérature dans le cadre de cette étude, nous constatons que si la littérature de référence emploie précisément ces termes, la confusion est fréquente dans d'autres articles et davantage sur internet. Nous pouvons dès lors facilement comprendre la confusion actuelle pour la première ligne.

Un patient est considéré en insuffisance rénale lorsque la filtration glomérulaire rénale est en deçà de 60ml/min ; cette valeur a été déterminée car c'est à partir de ce seuil qu'on commence à observer les complications de la MRC. La maladie rénale quant à elle, reprend toute atteinte rénale, avec ou sans insuffisance. Il est important de comprendre qu'une maladie rénale peut exister sans diminuer significativement la fonction de filtration rénale. Nous pouvons dès lors faire le parallélisme entre la maladie cardiaque et l'insuffisance cardiaque qui sont deux concepts tout à fait distincts.

Une étude qualitative publiée au Pays-Bas en 2018, sous forme de focus groups, a permis de mettre en évidence que la MRC était vécue comme un concept difficile et abstrait de la part des médecins généralistes. Ils estimaient qu'il n'y avait pas de définition fixe de cette pathologie. Un autre paramètre ressortant de manière assez impressionnante était de savoir si on pouvait considérer la MRC comme une pathologie en tant que telle ou comme un facteur de risque de maladie cardio-vasculaire, ce que nous observons également. [8] Une autre étude qualitative française publiée en 2023 interrogeant des médecins généralistes en venait aux mêmes conclusions ; la MRC est une entité clinique mal définie et non considérée comme une maladie. Ils considèrent la MRC de stade précoce à modéré comme une entité courante et complexe, peu perçue comme une maladie car ses aspects diagnostiques, étiologiques et pronostiques sont mal définis chez les patients asymptomatiques, ce qui les rend mal à l'aise. [20]

La maladie est définie comme « Altération de l'état de santé se manifestant par un ensemble de signes et de symptômes perceptibles directement ou non, correspondant à des troubles généraux ou localisés, fonctionnels ou lésionnels, dus à des causes internes ou externes et comportant une évolution ». [21] Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les maladies chroniques sont définies comme étant des maladies de longue durée qui, en général, progressent lentement. Elles sont le résultat d'une combinaison de facteurs génétiques, physiologiques, environnementaux et comportementaux. [22] Si l'on se base sur ces définitions, selon nous, la MRC doit être considérée comme une maladie chronique.

4.3 Dépistage

Lors du dernier consensus KDIGO 2024, il est recommandé de réaliser l'évaluation du débit de filtration glomérulaire ainsi que la mesure de l'albuminurie chez toutes les personnes à risque et atteintes de MRC. Cette même recommandation était déjà émise par le consensus KDIGO de 2012 ainsi que dans les critères NICE de 2021. [1,2,19,23]

La population à risque est la suivante : Diabète, HTA, maladie cardiovasculaire, antécédent d'insuffisance rénale aiguë ou chronique, maladie systémique pouvant provoquer une atteinte rénale (lupus, vascularite), néphrotoxique (AINS, produit de contraste iodé), antécédent familial de MRC, expositions professionnelles favorisant le risque de MRC (pesticides, mercure), désordres génito-urinaires (lithiase rénale fréquente), population vivant dans une zone géographique avec une haute prévalence de MRC (dont la Belgique ne fait pas partie), niveau socio-économique faible, ... Cette liste n'étant pas exhaustive. [1,2,19,24,25,26] Dans le KDIGO, aucune description concernant l'âge n'est mentionnée. Nous nous sommes donc renseignés auprès de néphrologues qui mentionnent une catégorie d'âge entre 50 et 60 ans.

De manière générale, les médecins généralistes interrogés identifient assez bien la population à risque. Cependant, il semblerait que les antécédents familiaux de MRC soient peu recherchés par les médecins contrairement aux antécédents familiaux cardiovasculaires, diabétiques ou néoplasiques. Ceci nous interpelle car dans un contexte de suspicion d'une forme familiale de maladie rénale, le diagnostic de la maladie chez une personne peut permettre une détection chez d'autres membres de la famille. Malgré le fait que les répondants identifient assez bien la population à risque, ils avouent ne pas penser systématiquement à réaliser un dépistage. Compte tenu de la progression asymptomatique de la MRC, le dépistage systématique des personnes présentant des facteurs de risque est la seule méthode permettant de la détecter à un stade précoce et d'adapter la prise en charge : éviction des néphrotoxiques, ajustement des doses thérapeutiques de certains médicaments et instauration de traitements permettant de freiner sa progression. [2,25,27] Une étude a permis de mettre en évidence qu'une intervention précoce a un impact significatif sur l'IRT ; en effet, une étude réalisée en 2009 a démontré que lors de la chute de la GFR, s'il n'y a pas de traitement, le patient arrive en IRT en quatre ans. Lors d'une intervention retardée, ce qui est réalisé en pratique courante, on y arrive en neuf ans alors que lors d'une intervention précoce, on y arrive en onze ans. [27,28] En termes de qualité de vie, ce que le patient veut

d'ailleurs prioriser, ça fait une nette différence. Quand on préserve la GFR, dix paramètres cliniquement importants sont préservés : La tension artérielle, l'acidose, le métabolisme calcique, l'acide urique, la volémie, le profil lipidique, l'anémie, le potassium, l'immunité et la nutrition/inflammation. [29]

La mesure de la GFR est assez bien connue par les médecins généralistes. Plusieurs d'entre eux évoquent l'existence de plusieurs formules pour évaluer la GFR et estiment qu'elles ne sont pas adaptées à tous les types de patients. En effet, la GFR peut être évaluée par plusieurs formules qui permettent une meilleure évaluation que la mesure de la créatinine seule. La formule CKD-EPI (Chronic kidney disease Epidemiology Collaboration) est actuellement l'équation la plus utilisée et la plus fiable, d'autant plus depuis qu'elle a été réévaluée en 2021 en y supprimant le paramètre incluant la race. Il n'est plus recommandé d'ajuster la GFR en fonction de l'origine ethnique. De plus, on a remarqué que cette dernière entraînait moins de biais que l'équation MDRD (Modification of Diet in Renal Disease). La GFR est classée en cinq catégories. Une fois sous 60ml/min, on considère le patient en insuffisance rénale de stade III. (*Annexe 7*) [1,2,3,6,23,25,26,30]

L'albuminurie quant à elle est définie par la présence d'au moins 30mg d'albumine sur un échantillon d'urine et est classifiée en trois stades. (*Annexe 8*) Un adulte en bonne santé perd normalement moins de 150 mg de protéines et moins de 30 mg d'albumine dans les urines chaque jour. Il est important de prendre en compte que ces paramètres peuvent être influencés par des facteurs tels que les menstruations ou une infection urinaire concomitante lors de l'évaluation de l'examen urinaire. Une présence de protéines ou d'albumine dans les urines au-delà de ces valeurs doit attirer l'attention car ça pourrait impliquer des lésions rénales avec une perméabilité glomérulaire accrue. A l'heure actuelle, il est recommandé de réaliser la mesure sur un simple échantillon d'urine, de préférence une urine mi-jet. Les échantillons d'urine tôt le matin sont idéaux car plus représentatifs de l'excrétion de l'albumine sur 24h, bien que les échantillons prélevés à tout moment de la journée puissent tout à fait être utilisés. Une mesure urinaire de 24h n'est plus recommandée en raison de la contrainte occasionnée au patient mais aussi de par la mauvaise réalisation de cet examen. Il est recommandé de réaliser le RAC afin d'éliminer le facteur de concentration et d'avoir de ce fait une réelle estimation du taux d'albumine excrétée dans les urines. Ce rapport s'exprime en mg/g ou en mg/mmol. On recommande de doser l'albumine et non plus les protéines car

l'albumine est la protéine la plus filtrée au niveau du rein et est détectée à des valeurs plus basses que les protéines totales. Le RAC a une plus grande sensibilité pour détecter une albuminurie de bas grade mais cliniquement importante et est plus précise à des concentrations faibles mais importantes sur le plan diagnostique. [1,2,3,6,25,26,30] À noter que l'utilisation de la bandelette urinaire pour le dépistage de la MRC est à décourager car moins sensible et peu standardisée. En cas de mise en évidence d'une protéinurie à la bandelette, elle doit être suivie d'une analyse du RAC en laboratoire. [2,27]

Ces valeurs semblent arbitraires, mais une GFR < 60 ml/min représente moins de la moitié de la valeur normale chez les personnes en bonne santé, ce qui est associé à un risque accru de complications. De même, un RAC de 30 mg/g est plus de trois fois supérieur à la valeur normale, ce qui est également associé à un risque accru de complications de la MRC. [3]

Nous constatons que les médecins généralistes interrogés dans notre travail réalisent davantage une prise de sang avec mesure de la GFR qu'une mesure de l'albuminurie. La prise de sang, avec mesure de la GFR, semble être une pratique courante, effectuée environ une fois par an à partir d'un certain âge, mais elle semble être davantage un réflexe qu'une démarche délibérée de dépistage de la MRC. En revanche, l'analyse d'urine, et plus précisément le dosage de l'albuminurie, est peu, voire pas du tout réalisée, sauf dans les populations diabétiques ou hypertendues. De plus, il semble y avoir une confusion entre protéinurie et albuminurie, et le rapport albuminurie/créatinurie n'est jamais mentionné. Il est bien documenté au niveau mondial que le dépistage de la MRC est insuffisant, en particulier en ce qui concerne l'albuminurie et le rapport albuminurie/créatinurie, surtout dans les soins primaires. [4,11,13,30,31,32] De plus, il apparaît nettement que la réalisation de tests sanguins est plus fréquente que les analyses urinaires, comme observé dans notre travail. [4] Aux États-Unis, moins de la moitié des patients atteints de DT2 font l'objet d'un dépistage de l'albuminurie au cours d'une année donnée, ce qui laisse présager un sous diagnostic également dans une population à très haut risque de développer une MRC. [30]

En 2012, le KDIGO a réalisé un tableau permettant de stadifier la MRC en fonction de la GFR mais aussi de l'albuminurie facilitant ainsi une meilleure prise de décision en matière de suivi, de prise en charge des patients et de l'orientation vers les soins de néphrologie. [1,2,4,30] Il est important de comprendre que chacun de ces deux paramètres à son importance. Une diminution même modeste de la GFR a un effet significatif sur la probabilité d'IRT. [10] De

plus, une estimation précise de cette dernière est importante pour un dosage sûr et efficace des médicaments chez les personnes atteintes de MRC. [27] Cependant, la valeur clinique de l'albuminurie a tout autant d'importance que la valeur de la GFR. Celle-ci à elle seule ne permet pas de prédire le pronostic de manière optimale. Des valeurs de GFR plus faibles combinées à une albuminurie sévère sont associées à des taux plus élevés d'insuffisance rénale aigue, d'insuffisance rénale terminale avec un traitement de remplacement, de mortalité toutes causes confondues mais aussi de mortalité cardio-vasculaire. [4,27,31,33,34] La plupart des MG interrogés ont été étonnés d'apprendre qu'un patient ayant une fonction de filtration tout à fait normale, s'il est porteur d'une albuminurie, est considéré à risque et qu'il est tout à fait opportun de suivre ce patient. Ils semblent avoir pris conscience que si l'analyse urinaire n'était pas réalisée, ils risquaient de passer à côté d'une MRC.

Tout ceci souligne finalement l'importance du dépistage de la GFR mais aussi de l'albuminurie dans la population à risque, notamment les patients diabétiques et hypertendus ainsi que la surveillance régulière des patients atteints de la MRC. Ces dosages nous paraissent tout à fait abordables et réalisables en médecine générale, ce que confirment les médecins généralistes interrogés, estimant que pour améliorer leur prise en charge, il faut d'abord commencer par doser l'albuminurie, ce qu'ils ont tendance à négliger. Une nette stratégie de formation devrait être réalisée.

Il est important aussi d'insister sur le fait que la classification de la MRC se base sur trois critères que sont la GFR, l'albuminurie mais aussi la cause de la néphropathie. La classification est différente de la définition et c'est un point sur lequel le KDIGO 2024 insiste. La cause de la néphropathie, si elle n'est pas claire, doit être recherchée. En effet, selon l'étiologie identifiée, l'évolution et les possibilités de traitement ou non varient. [1,2,26]

Cette classification aide les médecins à déterminer la méthode et l'intensité de la surveillance qui sera appliquée aux patients. De plus, il est également important de prendre en compte certains facteurs comme l'âge, le sexe, la race, le taux de cholestérol, le tabagisme, ... [2,25]

Une fois dépistée, les médecins insistent sur l'importance de l'anamnèse ; une nouvelle fois, les antécédents familiaux rénaux sont mis de côté contrairement aux pathologies diabétiques et cardio-vasculaires par exemple. Nous nous interrogeons quant au fait que le patient soit lui-même informé de ses antécédents familiaux de pathologie rénale. La gestion des

néphrotoxiques au niveau diététique, traitement chronique mais aussi les médicaments en délivrance libre sont mentionnés ; avec une nette attention sur les AINS. Ce sujet revient à de nombreuses reprises dans les focus groups et cela a marqué notre esprit venant à nous poser la question de savoir si cela était une bonne chose ou si les médecins généralistes, ne sachant que faire dans la prise en charge d'une maladie rénale chronique, avaient tendance à trop focaliser leur esprit sur cette classe médicamenteuse au point d'en oublier le reste.

L'échographie est mentionnée à plusieurs reprises dans nos différents groupes. Celle-ci n'a pas sa place dans le dépistage de la MRC. Il n'est pas nécessaire ni recommandé de réaliser une échographie d'emblée chez tous les patients porteurs de MRC. Cependant, comme précisé plus haut, il est important de déterminer la cause de la MRC. Si celle-ci n'est pas évidente, l'échographie est l'examen de première intention afin de réaliser le bilan étiologique chez des patients présentant un dysfonctionnement rénal non diagnostiqué auparavant. [2,6,25,26]

La fréquence de suivi varie considérablement d'un médecin à l'autre ; cela semble plutôt être basé sur des habitudes que sur les recommandations. De manière générale, il est recommandé de réaliser une évaluation au moins une fois par an. La fréquence dépendra de la gravité de la MRC et donc du stade. Une surveillance plus fréquente peut être indiquée chez les personnes présentant un état clinique changeant, des événements intercurrents et après des interventions thérapeutiques pour évaluer la réponse et l'observance ainsi que garantir la sécurité. Il existe des outils afin de faciliter la prise de décision concernant le suivi, la prise en charge et le renvoi éventuel vers le spécialiste comme le tableau adapté par De Boer and al. (*Annexe 9*) [2,3,30]

4.4 Prévalence

La prévalence de la MRC en Belgique est de 12%, avec une estimation d'environ 1,35 millions de personnes qui souffriraient de MRC. [16] Cependant, dans une étude réalisée en Allemagne, la prévalence de cette pathologie dans les soins de première ligne est de 27 % et dépasse les 50% lorsque l'on se trouve en maison de repos. [35] Cela nous montre d'autant plus l'importance de la prévalence et donc de la prise en charge de cette pathologie en médecine générale. Les médecins interrogés dans notre étude ont beaucoup de mal à évaluer la prévalence de la MRC dans leur patientèle, certains la sous-estimant et d'autres la surestimant.

Le dépistage de la MRC sans égard à l'âge suscite la controverse dans notre travail, mais également dans la littérature. Certains médecins généralistes ne comptabilisent pas les personnes âgées estimant que le déclin de la GFR à cet âge est physiologique. Nombreux sont les médecins qui estiment que c'est une conséquence attendue du vieillissement conduisant à un sous diagnostic de la MRC. [2,3,15] Pourtant, les personnes appartenant aux groupes plus âgés sont celles qui souffrent le plus de la MRC et courent également le risque le plus élevé de complications, notamment au niveau cardiovasculaire. La personne moyenne atteinte de MRC a entre 74 et 75 ans. Comme pour d'autres programmes de détection comme la détection du cancer, les efforts de détection de la MRC doivent être réalisés mais individualisés en fonction des objectifs de soins de la personne et de son aptitude au traitement. [2,10,16,20,27]

Concernant le référencement au dossier, nos résultats mettent en évidence que le diagnostic de la MRC est peu écrit dans les dossiers des patients ou uniquement quand les médecins généralistes estiment la pathologie comme sévère. Ce manque de référencement nous interpelle. Selon nous, le fait d'enregistrer le diagnostic permet d'être attentif à la prescription médicamenteuse et d'assurer une meilleure communication avec les confrères. Nous nous posons plusieurs questions : Le diagnostic de MRC qui n'est pas écrit dans le dossier du patient est-il pour autant connu du médecin généraliste ? Pourquoi « MRC » n'est pas mentionnée dans le dossier médical au même titre qu'une maladie cardiovasculaire ou qu'un diabète par exemple ? Est-ce parce que le médecin ne sait pas quoi faire de cette information ? Pourquoi attendre que la maladie soit jugée comme sévère avant de le noter dans le dossier ?

Plusieurs études ont mis en évidence ce même défaut de référencement au dossier médical de la MRC. Une étude Belge publiée en 2022 révèle que 68% de patients porteurs de MRC n'ont pas de diagnostic enregistré dans le dossier, principalement ceux étant au stade III. Le stade V semble plus enregistré avec un taux à 75% comparativement au stade IIIA de 23%. Un taux aussi élevé de patients non enregistrés avait déjà été mis en évidence dans une étude antérieure datant de 2007. [13]

Dans cette étude, on voit que le fait d'être un homme, une MRC plus sévère, d'avoir un diagnostic concomitant d'hypertension, de diabète, de maladies cardiovasculaire ou d'hypertension réduisait le risque de ne pas avoir de diagnostic enregistré. Cependant, la

réflexion faite, tout comme la nôtre, cela veut-il pour autant dire que le médecin n'est pas au courant et qu'aucune prise en charge/suivi n'ait été réalisé ? De plus, on constate également que chez les patients enregistrés, une majoration de la prescription des IEC/sartans est réalisée traduisant que la prise en charge médicamenteuse est meilleure lorsque la MRC est mentionnée dans le dossier. [13]

Une autre étude réalisée aux États-Unis, l'étude REVEAL-CKD publiée en 2023, a étudié l'impact d'un diagnostic non enregistré d'une MRC de stade III dans plusieurs pays. Ils ont observé que le fait de ne pas enregistrer le diagnostic était associé à une plus grande incidence de progression de la maladie ainsi qu'à une majoration des événements cardiovasculaires. A contrario, un diagnostic écrit permettait une amélioration de la gestion, de la surveillance mais aussi une majoration dans la prescription des traitements recommandés. On observait également une atténuation plus lente de la GFR par la suite. [9,10]

Parmi les personnes atteintes de MRC, déterminées à partir de mesures de laboratoire utilisant les critères KDIGO, seulement 34% d'entre elles avaient obtenu un diagnostic de MRC. De plus, dans les patients diagnostiqués de MRC avec un code diagnostic, une très petite fraction des stades II et III étaient représentés, nous laissant penser que la connaissance et le diagnostic de ces stades de MRC restent très faibles. [16]

Ces études mettent en évidence, et rejoignent nos résultats, qu'un temps précieux a été perdu avant qu'un code de diagnostic ne soit attribué et que finalement, l'enregistrement du diagnostic semble être la première étape pour une meilleure prise en charge et suivi de la MRC ainsi qu'une amélioration de la communication des équipes multidisciplinaires.

4.5 Prise en charge

Un bref rappel des recommandations du KDIGO concernant la prise en charge de la maladie rénale chronique s'impose. En premier lieu, les premières choses à mettre en place sont les mesures hygiéno-diététiques ; arrêt du tabac, activité physique, perte de poids, alimentation saine et diversifiée, apport en protéines de 0,8g/kg de poids corporel par jour, diminution de l'apport en sodium < 2g par jour, gestion de l'hypertension artérielle si elle est présente (<120mmHg), contrôle de la glycémie ainsi qu'une prise en charge des dyslipidémies avec

introduction d'une statine si cela s'avérait nécessaire. Les interventions liées au mode de vie constituent un élément clé important des recommandations. [2,3,24,25,30,36]

Au niveau du traitement médicamenteux, les principales classes dans la prise en charge de la MRC sont les IEC/sartans, les iSGLT2, les analogues GLP1 (Glucagon-Like Peptide-1) et les antagonistes des récepteurs minéralocorticoïdes qu'est la finerone. Ces deux derniers étant une deuxième ligne dans la prise en charge de la pathologie. (*Annexe 10*) [2,24,30,37]

Depuis quelques années, les possibilités thérapeutiques ne cessent de se majorer. Ces traitements sont capables de réduire la progression de la MRC en évitant l'évolution vers l'IRT mais aussi de diminuer le risque de maladie cardiovasculaire. Ils permettent aux médecins généralistes de s'appliquer à maintenir le bien-être du patient ainsi que la préservation de la fonction rénale plutôt que de se concentrer uniquement sur le remplacement de la fonction rénale. Ceci renforce l'importance du dépistage précoce de la MRC. Et pourtant, dans notre étude, les participants expriment la sensation qu'il existe peu de possibilités au niveau de la prise en charge, tout du moins à leur niveau.

De plus, les médecins généralistes interrogés ont tendance à minimiser l'impact que les mesures hygiéno-diététiques peuvent avoir dans le cas de la pathologie rénale. En effet, elles sont souvent citées dans le cadre du diabète et de l'hypertension, mais peu lorsque l'on parle du rein. Pourtant, elles ont une réelle place dans la prise en charge de la maladie rénale chronique. [1,2,19,24,27,30]

À propos du traitement médicamenteux, nous estimons que les deux classes médicamenteuses ayant le plus leur place dans la prise en charge en première ligne sont les IEC/sartans ainsi que, nouvellement, les inhibiteurs SGLT2.

Concernant les premiers cités, les médecins généralistes interrogés ont peu tendance à parler des sartans. En revanche, les IEC semblent être un sujet débattu. Il est clair et net que peu les introduisent dans le traitement de la pathologie rénale, même si certains ont conscience de l'effet positif que cela peut entraîner. Cependant, d'autres sont formels sur la toxicité que cette classe médicamenteuse peut avoir et ne sont donc pas à l'aise avec la possibilité de les introduire et encore moins de les laisser lorsque la filtration rénale commence à chuter. Comment pourrait-on leur donner tort lorsque sur le CBIP, site sur lequel la plupart des médecins généralistes s'informent, la toxicité rénale de cette classe médicamenteuse y est

clairement indiquée. Sur Medadapt, une application créée par un médecin généraliste, pour les médecins généralistes, la même observation est réalisée ; la recommandation étant de les supprimer sous 30 de GFR. Cependant, dans la littérature, les IEC sont plus que recommandés dans la prise en charge de la MRC et ce à la dose la plus haute tolérable. [2,30] Lors de discussions avec des néphrologues, ils recommandent de les laisser en place jusqu'à la prise en charge en dialyse sauf si, bien sûr, apparition d'effets secondaires. Dans les recommandations KDIGO 2024, il est noté clairement que le traitement doit être poursuivi même lorsque la GFR tombe en dessous de 30ml/min. [2] Après avoir informé les participants de notre étude, ils semblent tout de même curieux à ce sujet et semblent ouverts à la possibilité d'instaurer mais aussi de laisser en place ces médicaments, ce qui est porteur de changement.

L'étude CaReMe CKD met en évidence que seulement 50% des patients porteurs de MRC sont traités par IEC/Sartans avec des taux les plus faibles retrouvés notamment en Belgique et au Canada. [16] Cela suggère, comme nous le pensons, qu'il y a un net chemin à réaliser afin d'informer les médecins généralistes pour permettre de majorer le pronostic et le traitement.

Une autre grande classe médicamenteuse sont les inhibiteurs SGLT2. Peu de médecins généralistes interrogés en parlent et sont encore moins nombreux, voire inexistants, ceux qui les introduisent eux-mêmes. Certains pensent d'ailleurs que c'est un médicament pouvant être introduit uniquement par le spécialiste, ce qui est bien le cas dans un cadre d'insuffisance cardiaque, mais pas dans celui de la maladie rénale chronique. Le médecin généraliste a donc toute sa place dans le traitement médicamenteux de la pathologie rénale, bien plus que ce que les participants ne pensent. Cette classe médicamenteuse, bien connue dans le cadre du diabète, a également fait ses preuves quant à son efficacité dans le traitement de la MRC chez le patient diabétique mais également maintenant aussi chez le patient atteint de maladie rénale chronique sans pathologie diabétique décrite. [2,24,38,39] Il a donc tout à fait sa place dans le cadre d'une pathologie rénale chronique dont les conditions sont d'avoir une GFR < 60ml/min et un RAC \geq 200 mg/g. De plus, le KDIGO 2024 suggère également de traiter les adultes avec une GFR de 20 à 45ml/min avec un RAC < 200mg/g. Cette nouvelle recommandation accorde alors une plus-value au potentiel d'utilisation à long terme du iSGLT2 chez les patients non diabétiques présentant une réduction significative de la GFR sans albuminurie importante. Dans ce contexte, cela n'est pas encore repris dans les conditions de

remboursement, il est possible que dans les prochains mois celles-ci soient réévaluées pour suivre les recommandations du KDIGO. [2,38]

Nous insistons à nouveau sur l'importance du dosage de l'albuminurie. En effet, comme écrit précédemment, les conditions d'introduction et de remboursement de ce traitement est la présence d'une albuminurie supérieure à 200mg/g. Il est donc indispensable que le médecin généraliste réalise cette mesure afin de pouvoir introduire ce traitement.

Les analogues GLP1 et les bloqueurs du récepteur des minéralocorticoïdes, sont des molécules utilisées en deuxième ligne, et dans le cadre de patients diabétiques avec albuminurie. [2,24,30,37] Ils sont peut-être davantage introduits par les spécialistes. Cela étant dit, il est important de remarquer que concernant la maladie rénale chronique, nous avons beaucoup plus de possibilités thérapeutiques que ce que nous pouvons bien imaginer.

Un autre point sur lequel les médecins interrogés ont insisté est la révision du traitement chronique et l'éviction des traitements néphrotoxiques, y compris les médicaments en vente libre, parmi lesquels les AINS. La gestion des médicaments dans ce contexte revêt en effet une importance capitale. Entre 18 et 20 % des personnes atteintes de MRC de stade 3 à 5 se voient prescrire, annuellement, au moins un médicament néphrotoxique, principalement des antiviraux, des biphosphonates et des AINS. Les AINS peuvent induire une insuffisance rénale aiguë ainsi qu'une MRC en raison du risque de néphrite tubulo-interstitielle et de la néphrite interstitielle aiguë. L'utilisation chronique et inconsidérée d'AINS en vente libre a été associée à un risque accru d'insuffisance rénale, ce qui souligne la nécessité de décourager leur utilisation, sachant que les AINS figurent parmi les analgésiques en vente libre les plus couramment utilisés. [2,40,41]

4.6 Place du patient

Dans notre étude, de nombreux médecins interrogés disent informer le patient notamment pour pouvoir expliquer certaines adaptations possibles comme majorer l'hydratation, l'éviction des AINS, la suppression des médicaments néphrotoxiques, ... Certains insistent sur l'importance que le patient soit au courant. Cependant, de manière contradictoire, il ne semble jamais dit explicitement au patient qu'il est porteur d'une maladie. Des termes tels que « vos reins ont votre âge », « vos reins sont fatigués » semblent majoritairement

employés. De plus, cela semble moins mis en évidence que des pathologies de type diabétique, hypertensive, cardiovasculaire ou néoplasique.

Actuellement, la sensibilisation aux maladies rénales reste faible et dans le monde, seulement 6 % de la population générale et 10 % de la population à haut risque connaissent leur statut de MRC. Une étude belge confirme ces proportions. [2,7,13,30]

Plusieurs questions se posent à nous. Le terme maladie est-il peu utilisé car le médecin généraliste ne l'utilise pas lui-même ? Qu'il n'en connaît pas la définition ? Les médecins auraient-ils envie de minimiser parce qu'ils ne se rendent pas réellement compte de l'importance de la maladie rénale chronique ? Enfin, si le médecin généraliste n'utilise pas les bons termes, le patient va-t-il comprendre de quoi il s'agit ? Sera-t-il sensibilisé à 100% ?

Comme précédemment évoqué, la littérature nous confirme que le terme maladie rénale chronique est rarement employé par le médecin lorsqu'il s'adresse à son patient. Nous observons également ce concept selon lequel, pour certains médecins généralistes, la MRC n'est pas une maladie. Lors d'une étude qualitative réalisée auprès de 24 médecins généralistes en France, il a également été relevé que la MRC n'était pas perçue comme étant une maladie. Plusieurs médecins ont d'ailleurs exprimé le fait qu'il était difficile d'expliquer clairement le concept de la pathologie rénale, entraînant alors des discours évasifs de type « vos reins sont fatigués ». [20] Des études antérieures ont également abouti à des conclusions similaires. Une enquête auprès des patients a révélé qu'il était fréquent que le diagnostic soit minimisé, avec des réponses telles que « rien d'inquiétant » ou « rien de grave » [42]. Ces deux études sont parvenues à la même conclusion que la nôtre : la minimisation de la part des médecins généralistes entraîne également une minimisation de la part des patients, limitant ainsi leur capacité à gérer leur pathologie et à prendre des décisions éclairées concernant leur traitement. Cette tendance constitue un véritable défi, car si les médecins généralistes minimisent la gravité de la maladie, il devient difficile d'assurer une prise en charge adéquate. Un patient dont le diagnostic de MRC n'est pas clairement établi risque de ne pas recevoir le traitement approprié.

Un autre point qui ressort fort de la littérature, peu exprimé dans nos focus groups, est la peur des médecins de première ligne de créer de l'anxiété chez le patient en annonçant le diagnostic d'une maladie chronique aux conséquences potentiellement graves. [8,10,15] Dans

une revue de la littérature essayant de mettre en évidence les freins et les facilitateurs au diagnostic et à la prise en charge en soin primaire, la peur de générer de l'anxiété fait partie des principaux freins relevés. Certains mentionnent le fait que les patients ne comprennent pas la MRC et ne seraient alors pas capables de faire face au diagnostic. [15] Ce point a également été relevé lors d'une étude qualitative réalisée au Pays-Bas où les médecins généralistes s'inquiètent d'informer suffisamment sans créer d'anxiété et sont eux-mêmes évasifs dans leur manière d'exprimer les choses aux patients. [8] Ce manque de précision est-il lié au manque de connaissance des médecins généralistes ? Dans notre étude, certains médecins mentionnent l'envoi des patients chez le néphrologue afin que les patients comprennent mieux l'enjeu. Le spécialiste explique-t-il mieux ou le patient est-il plus conscientisé lorsqu'un spécialiste intervient dans sa prise en charge ?

Il a été démontré, comme nous le discuterons dans le prochain paragraphe, qu'il est bien sûr important d'annoncer les choses de manière claire aux patients. Cependant, il est également crucial de se rendre compte que la MRC peut affecter la qualité de vie du patient et que le diagnostic peut susciter de la peur ou de l'anxiété. Certains patients atteints de MRC avancée expriment la sensation d'avoir une qualité de vie similaire aux patients atteints d'un cancer en phase terminale. Il a été démontré dans plusieurs études que les patients priorisent la qualité de vie à la survie. Certains patients pourraient refuser un traitement s'il venait à altérer la qualité de vie même s'ils en tireraient un bénéfice en termes de survie. [6] Nous pouvons dès lors comprendre la réticence des médecins généralistes.

De plus, il a également été mis en évidence qu'en raison de la symptomatologie inexistante de la MRC légère à modérée, les patients pouvaient donner peu de priorité à sa prise en charge jusqu'à ce que la maladie atteigne un stade plus important entraînant de ce fait la présence de symptômes. La faible adhérence des patients aux stratégies de prise en charge, notamment au niveau hygiéno-diététique, est signalée comme étant un obstacle courant. [15] Comme dit précédemment, plus la prise en charge de la MRC est précoce, plus on freine son évolution vers l'IRT. Il nous semble dès lors déraisonnable d'attendre l'apparition de symptômes pour sensibiliser le patient. Nous partageons cette réflexion, c'est justement parce qu'il y a peu de symptômes aux premiers stades, qu'il est important d'en parler. [10]

Et pourtant, il a été démontré que les patients désirent fortement être informés. Les patients veulent savoir le plus tôt possible ; connaître leurs chiffres (GFR et RAC), les tests ainsi que les

possibilités de traitement. [9,27] Les lignes directrices de l'ADA (American Diabetes Association) et du KDIGO recommandent toutes deux que les patients jouent un rôle actif dans la gestion de leur maladie. [30]

La plupart des médecins interrogés dans notre étude partagent cet avis pensant également que faire réaliser aux patients l'importance de la fonction rénale et de son dépistage, pourrait nettement faciliter les choses. En effet, si un patient vient nettement plus souvent demander un bilan pour un dépistage diabétique que pour la fonction rénale c'est probablement par manque d'information. L'éducation du patient est essentielle et permettrait de déclencher chez les patients porteurs de MRC des changements concernant leur mode de vie mais aussi au niveau du traitement médicamenteux. Le patient et le clinicien sont partenaires ; les objectifs du patient ne sont pas les nôtres et il est important de permettre le dialogue pour une meilleure prise en charge. Plusieurs articles partagent notre point de vue ; l'engagement et l'éducation des patients sont essentiels au succès des soins précoces de la MRC. [9,27]

Nous partageons l'avis de la plupart des médecins interrogés ; la diffusion de programmes éducatifs pour la population générale pourrait permettre une meilleure connaissance de la fonction rénale entraînant ainsi un dépistage plus précoce et une prise en charge plus optimale. Une étude récente confirme notre argumentation, mettant en évidence que les patients comprenant les tests de laboratoire utilisés pour diagnostiquer la MRC sont plus enclins à les demander et à discuter des résultats avec leur clinicien. Le simple fait de comprendre qu'une GFR plus faible correspond à une fonction rénale réduite, ou qu'un RAC élevé indique des lésions rénales, pourrait aider les patients à engager des conversations sur la santé rénale. Une compréhension claire et concise de certaines valeurs seuils pour la MRC peut également aider à susciter une conversation, comme c'est le cas pour la mesure de l'hypertension artérielle par exemple. (*Annexe 11*) [9]

4.7 Pluridisciplinarité

Les médecins interrogés annoncent différentes conditions de référencement chez le néphrologue. Ces critères sont peu clairs. Les points ressortant le plus sont les patients jeunes, les maladies rénales génétiques, une cause étiologique inconnue, un bénéfice secondaire type traitement de l'anémie et une nette altération de la GFR atteignant parfois la valeur de

15ml/min. L'albuminurie n'étant citée qu'à une seule reprise, montre à nouveau l'importance d'insister sur le dosage de cette dernière.

Il semblerait que les jeunes médecins renvoient plus facilement leur patient vers le néphrologue. La question est de savoir si c'est par manque de confiance et/ou d'expérience ou justement car ils ont reçu une formation plus récente et sont donc peut-être plus au courant des recommandations ?

Le KIDO a élargi récemment les critères de référencement aux néphrologues par rapport à son rapport de 2012. Ces critères semblent peu suivis par les médecins généralistes qui semblent ignorer des critères tels que l'hématurie, les perturbations de la kaliémie, l'hypertension résistante et la notion de dégradation rapide de la GFR et/ou de l'albuminurie. Bien que de nombreux médecins interrogés dans notre étude soulignent l'avantage du suivi longitudinal assuré par le médecin généraliste, permettant ainsi une réévaluation et un suivi de l'évolution des différents paramètres au fil du temps. (*Annexe 12*) [1,2]

Lors des focus groups, les médecins semblent interpellés par le fait que l'ensemble des néphrologues semble avoir des avis divergents en ce qui concerne les conditions de référencement. En effet, certains néphrologues mentionnent une référence à partir de 45-60 de GFR alors qu'ici, la GFR citée dans les dernières recommandations semble être de 30. Nous sommes interpellés par cette différence, le KDIGO prônant la prise en charge précoce par la première ligne de soin. Certains néphrologues imaginent-ils que le médecin généraliste n'est pas à même de prendre en charge la MRC ?

De nombreux médecins interrogés expriment avoir parfois la sensation que le néphrologue se demande pourquoi le MG envoie tel ou tel patient avec un sentiment de jugement. Certains médecins en viennent même à se demander pourquoi référer chez un néphrologue alors qu'ils n'ont pas l'air de faire grand-chose de plus que la première ligne. Une étude menée en 2006 a déjà mis en lumière ce sentiment, montrant que les médecins généralistes avaient le sentiment d'être jugés inaptes par d'autres prestataires de soins à prendre correctement en charge la pathologie rénale chronique et sous-estimaient leur rôle. Environ 43% des médecins généralistes se sont sentis jugés par les néphrologues, avec une évaluation négative dans 88% des cas. [43] Une étude récente a également souligné que la communication insuffisante entre la première et la deuxième ligne constituait un obstacle à la prise en charge de la MRC.

Cependant, les médecins généralistes estiment que l'accès adéquat à des spécialistes, ainsi que leur propre soutien, est très précieux. [15] Une étude néerlandaise démontre également que certains médecins interrogés se posent la question de la valeur ajoutée de l'implication des néphrologues. De plus, ils ont la sensation de perdre le patient une fois celui-ci référé en deuxième ligne et cela est difficile à vivre pour eux. Ils sont cependant d'accord sur le fait que cela apporte une réelle plus-value en termes d'apprentissage personnel et de prise en charge mais insistent sur le fait qu'il est très difficile de les joindre. Ils expriment aussi le fait qu'une fois contactés, la communication se fait à sens unique et que les néphrologues ne les impliquent pas suffisamment dans la prise en charge. [8]

Le ressenti général est que les médecins généralistes regrettent une mauvaise communication et le manque de reconnaissance de certains néphrologues. Ils expriment le souhait d'une meilleure collaboration qui permettrait une meilleure prise en charge de la MRC pour le patient. Récemment une étude a mis en évidence que l'apport d'une formation ainsi qu'un soutien des néphrologues aux médecins généralistes pourrait permettre d'améliorer la sensibilisation à la MRC et accroître son identification en première ligne. [11,20] On constate en effet que la cogestion réduit les complications, retarde la MRC et diminue la mortalité. En outre, les patients co-gérés sont mieux suivis notamment au niveau du testing de la GFR et du RAC mais sont également plus souvent traités par des IEC/sartans (les iSGLT2 n'étant pas encore recommandés au moment de l'étude). [44]

Une revue systématique de 40 études a montré qu'une orientation précoce vers un spécialiste était associée à une réduction de la mortalité de trois à cinq ans, à une diminution des hospitalisations, à un meilleur accès à la dialyse péritonéale et à l'amélioration de paramètres tels que la pression artérielle, l'hémoglobine et l'albumine sérique. De plus, une étude rétrospective portant sur 105 219 patients a montré que l'orientation précoce vers des soins néphrologiques était associée à une progression plus lente de la MRC. [2,45,46]

Concernant le trajet de soins insuffisance rénale, procédons à un bref rappel. Il est en place depuis 2009 en Belgique. Il facilite l'organisation, la coordination et le suivi du traitement pour les patients atteints de MRC, établissant un partenariat entre le patient, les médecins généralistes et les spécialistes. Les critères d'éligibilité comprennent un stade sévère de l'IRC (GFR<45) confirmé par des analyses répétées, ainsi qu'une protéinurie significative (plus d'1

g/jour) également confirmée. Le patient doit avoir plus de 18 ans et ne pas être sous dialyse ou avoir subi une transplantation rénale. Le contrat est signé par le médecin généraliste en charge du DMG, le néphrologue et le patient, qui s'engage à des visites régulières chez son médecin généraliste (au minimum deux fois par an) et chez le néphrologue annuellement. Le TDS couvre les frais de consultation chez le médecin généraliste et le néphrologue, offre des consultations diététiques régulières en fonction du stade de la maladie, ainsi qu'un tensiomètre gratuit. [14]

Nous constatons que le TDS s'appelle en réalité « Trajet de soins insuffisance rénale chronique » et non pas maladie ; y compris sur le site de l'Inami, mettant une nouvelle fois l'accent sur le fait qu'un terme est pris pour l'autre.

Les médecins généralistes interrogés semblent peu familiers avec le trajet de soins pour l'insuffisance rénale, contrairement au TDS pour le diabète, qui est bien plus connu. Certains répondants semblent même ignorer son existence. Le principal obstacle à la mise en place du trajet de soins est la nécessité de consulter un néphrologue. Beaucoup de médecins soulignent déjà les difficultés à obtenir un rendez-vous avec un néphrologue pour d'autres motifs ; ils se demandent donc si cela ne va pas encore plus limiter les possibilités de rendez-vous pour un trajet de soins chez un patient, surtout s'il est âgé et que sa prise en charge pourrait être gérée par le médecin généraliste. Les conditions d'accès au TDS exigent en effet une intervention plus précoce du néphrologue que les critères de référencement recommandés par le KDIGO. De nombreux médecins interrogés signalent également que même lorsqu'un patient est référé au néphrologue, il est rare que celui-ci propose un TDS. Cette observation soulève selon nous la nécessité d'interroger les néphrologues à ce sujet.

Nous nous interrogeons quant à la possibilité de faciliter l'accessibilité de ce trajet de soins en créant par exemple un « trajet de soins de démarrage » qui ne nécessiterait pas l'intervention du néphrologue, comme c'est le cas pour le diabète. Le patient pourrait ainsi bénéficier des conseils diététiques et du suivi tensionnel recommandés dès la découverte de la MRC.

Nous avons pris contact avec la responsable du RML de Liège. Elle confirme qu'il existe beaucoup moins de TDS insuffisance rénale que diabète. Ceux-ci seraient principalement initiés par les néphrologues. Elle exprimait l'importance de la mise en place de ce TDS car l'intervention du néphrologue est, selon elle, indispensable à la prise en charge d'une MRC

évoluée permettant une meilleure gestion du traitement et évitant ainsi le traitement de remplacement rénal. Elle expliquait avoir des contacts éducatifs avec les patients bénéficiant de TDS diabétique alors qu'elle ne transmet que des renseignements téléphoniques dans le cas du TDS insuffisance rénale (liste de diététiciennes et remboursement du tensiomètre). Ensemble, nous nous questionnons quant au bénéfice potentiel qu'apporterait une infirmière d'éducation dans le contexte de la MRC.

Effectivement, les études montrent que la prise en charge multidisciplinaire est de plus en plus préconisée et qu'elle dépasse désormais le cadre du médecin généraliste et du néphrologue. Compte tenu de la complexité de cette pathologie, une approche holistique centrée sur le patient est nécessaire pour améliorer les résultats globaux. Cela implique une approche intégrée en équipe comprenant des professionnels de la nutrition, des soins infirmiers, de la pharmacie, de la psychologie et du travail social. La multimorbidité associée à la pathologie rénale rend cette prise en charge indispensable, conformément aux recommandations. [2,8,15,30,44]

La technologie peut jouer un rôle crucial dans l'optimisation de la prise en charge et la promotion d'une référence appropriée en néphrologie. Cela peut se faire notamment en intégrant des alertes dans les programmes médicaux, comme mentionné dans l'un de nos groupes, et en utilisant des systèmes d'aide à la décision clinique, tels que l'application pour smartphone Nefroconsultor, dont l'utilisation a été démontrée pour augmenter le taux de référencement approprié de 28,8%. De plus, les calculateurs de risque pratiques, disponibles en ligne, peuvent être utilisés en consultation ambulatoire pour évaluer le risque de maladie rénale chronique chez les patients. (<https://www.ckdpc.org/risk-models.html> ; <https://kidneyfailurerisk.com/>). [2,34]

4.8 Place du médecin généraliste

Comme mis en évidence précédemment, le médecin généraliste joue un rôle primordial dans le dépistage et la prise en charge de la MRC. Les médecins interrogés pensent initialement être au courant des recommandations concernant la MRC. Néanmoins, ils ont exprimé à plusieurs reprises la sensation d'avoir peu de possibilités de prise en charge de la maladie rénale chronique en tant que première ligne de soin.

De plus, ils mentionnent tout de même le manque de temps lors d'une consultation pour prévenir et prendre en charge les différentes pathologies. Dans ce contexte, ils privilégient les pathologies leur semblant plus importantes ou les mieux connues : la pathologie rénale passant souvent après d'autres pathologies telles que le diabète et l'hypertension.

Les répondants épinglent la difficulté pour le médecin généraliste de se tenir informé des dernières directives concernant les différentes pathologies observées en médecine générale. Une étude a permis d'évaluer qu'il faudrait que le médecin généraliste donne sept heures de son temps par jour pour suivre toutes les recommandations en termes de prévention et dix heures par jour pour suivre les recommandations de prise en charge de dix maladies chroniques. [20,32]

Nous constatons que certains médecins interrogés semblent avoir « peur » de mettre en place un traitement ; que ce soit pour les IEC ou pour les iSGLT2. On note une nette majoration de la confiance chez les médecins ayant eu une formation récente, que ce soit par la formation continue ou même lorsque l'information est transmise par les délégués pharmaceutiques. D'ailleurs, les médecins généralistes interrogés insistent tous sur le fait que la formation reçue pendant leur cursus universitaire était insuffisante se concentrant sur des pathologies néphrologiques rares alors qu'un cours sur le dépistage et la prise en charge de la MRC leur aurait semblé plus adapté à leur pratique. C'est d'ailleurs un des points largement abordés afin d'améliorer la connaissance sur cette pathologie qui est de former les médecins généralistes mais aussi les patients afin qu'eux aussi puissent interpellier le médecin dans le dépistage de cette pathologie trop peu connue.

Lors de la réalisation des focus groups, nous constatons que les MG en cours de formation ou récemment diplômés sont plus au courant des recommandations de dépistage et de prise en charge de la MRC. Cela étant dit, être plus au courant ne veut pas forcément dire agir davantage comme le montre une étude canadienne de 2019 qui met en évidence que ni l'âge ni le sexe du médecin n'a d'influence sur le respect des recommandations. [32]

Il est vrai que dans la littérature, le manque de temps, le peu de connaissances des médecins généralistes et la difficulté de maîtriser les différents sujets sont des freins nettement cités. De plus, la maladie rénale chronique est un problème jugé comme moins important que d'autres comorbidités, ce que l'on constate également dans nos focus groups. [8,15,47]

De nombreuses études mettent en évidence un réel manque de connaissance concernant l'identification et la prise en charge de la MRC. Plusieurs études ont démontré que la sensibilisation et la prise en charge par les généralistes sont insuffisantes. Il en ressort également que la formation reçue de la première ligne en termes de pathologie rénale chronique est insuffisante et ce faisant, les médecins généralistes se sentent inaptes. De plus, nous insistons encore sur le fait que certains médecins généralistes ayant l'impression que la définition de MRC n'est pas claire, entraîne alors une difficulté de diagnostic. Pourtant, nous savons à quel point réaliser un diagnostic est important car c'est le début d'une bonne prise en charge, permettant au généraliste d'établir un plan de suivi et de traitement. Cela étant dit, beaucoup de médecins de première ligne sont insatisfaits des lignes directrices actuelles, quand ils en ont connaissance, qu'ils jugent confuses, trop précises, difficiles à utiliser et trop fréquemment changeantes. [5,7,8,15,20,47] De nombreuses études convergent vers l'importance de former les médecins généralistes, notamment en première ligne, et démontrent la faisabilité et la pertinence de cette démarche. [2,8,20,47,48]

Une étude examinant l'impact de la formation des médecins généralistes dispensée par des néphrologues soutient que cette formation offre plusieurs avantages. Elle contribue d'une part à renforcer le dépistage et la prévention de la maladie rénale chronique, à accroître la sensibilisation et à favoriser un diagnostic précoce. D'autre part, elle permet d'identifier les populations à risque, ce qui facilite une prise en charge précoce, ralentit la progression de la maladie et engendre des économies significatives. Cette étude souligne ainsi l'importance de la formation des médecins généralistes, surtout dans le contexte d'une pénurie de néphrologues. [11,20]

Nous constatons que les médecins généralistes ayant participé à cette étude et ayant ainsi été informés des lignes directrices, expriment leur volonté d'être plus assidus dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique, tout en reconnaissant qu'il reste encore beaucoup à faire, ce qui est encourageant. Ils soulignent particulièrement l'importance du dosage de l'albuminurie chez les populations à risque et envisagent de le faire systématiquement à la suite de cette étude. De plus, cela leur a permis, nous l'espérons, de réaliser que la première ligne de soins peut accomplir beaucoup de choses, notamment en matière de dépistage, de règles hygiéno-diététiques et de traitement médicamenteux, outre la gestion des néphrotoxiques.

4.9 Limites

Il est important de reconnaître la présence d'un biais de sélection dans notre étude, car le recrutement des médecins interviewés s'est effectué en partie en fonction de nos connaissances, notamment pour contacter le représentant du GLEM, ce qui a probablement influencé leur acceptation de participer à l'étude. Cependant, il est à noter que la plupart des médecins interrogés nous étaient inconnus au préalable.

De plus, bien que nous ayons atteint la saturation des données après la réalisation des quatre groupes de discussion, il est important de souligner que notre échantillon reste relativement restreint, avec seulement 30 médecins généralistes. Par conséquent, il est possible que nous ayons manqué d'autres réponses potentielles qui auraient pu être obtenues avec un échantillon plus large.

Malgré ces limitations, notre échantillon reste assez hétérogène, ce qui nous a permis de toucher une population présentant différents niveaux d'expérience et des caractéristiques démographiques similaires à celles des médecins généralistes belges.

5. Conclusion

De notre travail, nous ressortons le rôle majeur des médecins généralistes dans la détection de la population à risque et dans le dépistage de celle-ci en évaluant la GFR sanguine mais aussi le RAC urinaire. Les médecins de première ligne jouent également un rôle clé dans la prise en charge de la MRC en donnant des conseils hygiéno-diététiques, en adaptant le traitement chronique mais aussi, et nous insistons, en instaurant des traitements néphroprotecteurs. Si ce dépistage actif dans la population à risque est mené de manière appropriée, l'identification précoce peut améliorer la prise en charge et la qualité de vie du patient mais aussi mener à des économies importantes en limitant l'évolution vers l'IRT.

Les médecins généralistes interrogés connaissent peu les guidelines de la maladie rénale chronique en termes de dépistage et de prise en charge. De plus, ils signalent ne pas savoir où trouver les recommandations et pour la plupart ne connaissent pas le KDIGO qui est la référence des néphrologues belges. Le dernier manuel de recommandations paru en 2024 est fort long et par conséquent peu accessible aux médecins généralistes même s'il contient une fiche qui leur est destinée.

Il nous semble primordial de majorer la formation des médecins généralistes, peut-être en diffusant les guidelines ajustées à la première ligne, ou en l'intégrant aux programmes de soin informatisés. Il nous semblerait également intéressant de réaliser des campagnes d'information destinées à la population générale. Nous pensons qu'une meilleure formation des médecins généralistes combinée à une sensibilisation de la population permettrait une majoration du dépistage, du suivi et de la prise en charge.

Nous constatons des différences notables entre les conditions de référencement aux néphrologues recommandées par le KDIGO, celles appliquées par les médecins généralistes et celles souhaitées par les néphrologues. Il nous semble important de trouver un consensus.

Le trajet de soins étant peu utilisé notamment par manque de disponibilité des néphrologues, nous suggérons la création d'un trajet de démarrage ne nécessitant pas l'intervention du néphrologue en première intention et qui permettrait aux patients de bénéficier des différents avantages du TDS actuel en ajoutant l'intervention d'une infirmière éducatrice.

Une fois l'information reçue lors de ce travail, les médecins semblent motivés à améliorer les soins et prennent conscience qu'il y a de réelles choses à mettre en place pour la première ligne. Ils ne percevaient pas avant ce rappel, l'importance et l'impact, que peut avoir cette pathologie en termes de qualité de vie et de conséquences, notamment au niveau cardiovasculaire. La maladie rénale chronique est une pathologie à part entière et pas une conséquence ou une comorbidité d'autres pathologies ; notamment du diabète ou de l'hypertension.

Nous terminerons en soulignant le rôle important de la première ligne de soin dans le dépistage et la prise en charge de la maladie rénale chronique. Il y a un important travail de formation des médecins et d'information de la population à réaliser mais les bénéfices potentiels nous semblent mériter ces efforts. Les médecins généralistes interrogés et formés semblent motivés. Ce qui est, selon nous, porteur d'espoir.

Références bibliographiques

1. Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. *Kidney Int Suppl.* 2013;3:1-150.
2. Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International.* avr 2024;105(4):S117-314.
3. Stevens PE, Levin A, Kidney Disease : Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 4 juin 2013;158(11):825-30.
4. Murton M, Goff-Leggett D, Bobrowska A, Garcia Sanchez JJ, James G, Wittbrodt E, et al. Burden of Chronic Kidney Disease by KDIGO Categories of Glomerular Filtration Rate and Albuminuria: A Systematic Review. *Adv Ther.* janv 2021;38(1):180-200.
5. Tatematsu S, Kobayashi K, Utsunomiya Y, Hatta T, Isozaki T, Miyazaki M, et al. Comparison of the 2013 and 2019 Nationwide Surveys on the Management of Chronic Kidney Disease by General Practitioners in Japan. *JCM.* 16 août 2022;11(16):4779.
6. Webster AC, Nagler EV, Morton RL, Masson P. Chronic Kidney Disease. *Lancet.* 25 mars 2017;389(10075):1238-52.
7. Lapi F, Marconi E, Piccinocchi G, Cricelli I, Medea G, Cricelli C. Early identification of chronic kidney disease: it is time to enhance patient and population-based informatics tools for general practitioners. *Curr Med Res Opin.* mai 2023;39(5):771-4.
8. Van Dipten C, van Berkel S, de Grauw WJC, Scherpbier-de Haan ND, Brongers B, van Spaendonck K, et al. General practitioners' perspectives on management of early-stage chronic kidney disease: a focus group study. *BMC Fam Pract.* 6 juin 2018;19(1):81.

9. Kushner PR, DeMeis J, Stevens P, Gjurovic AM, Malvolti E, Tangri N. Patient and Clinician Perspectives: To Create a Better Future for Chronic Kidney Disease, We Need to Talk About Our Kidneys. *Adv Ther* [Internet]. 5 mars 2024
10. Tangri N, Peach EJ, Franzén S, Barone S, Kushner PR. Patient Management and Clinical Outcomes Associated with a Recorded Diagnosis of Stage 3 Chronic Kidney Disease: The REVEAL-CKD Study. *Adv Ther*. juin 2023;40(6):2869-85.
11. Pesce F, Pasculli D, Pasculli G, De Nicola L, Cozzolino M, Granata A, et al. « The Disease Awareness Innovation Network » for chronic kidney disease identification in general practice. *J Nephrol*. nov 2022;35(8):2057-65.
12. Bikbov B, Purcell CA, Levey AS, Smith M, Abdoli A, Abebe M, et al. Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. févr 2020;395(10225):709-33.
13. Van den Wyngaert I, Mamouris P, Vaes B, Van Pottelbergh G. An exploration of under-registration of chronic kidney disease stages 3-5 in Belgian general practices using logistic regression. *PLoS One*. 2022;17(12):e0279291.
14. Accueil | INAMI [Internet]. Disponible sur : <https://www.inami.fgov.be/fr> (consulté le 23 octobre 2023)
15. Neale EP, Middleton J, Lambert K. Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare : a systematic review. *BMC Nephrol*. déc 2020;21(1):83.
16. Sundström J, Bodegard J, Bollmann A, Vervloet MG, Mark PB, Karasik A, et al. Prevalence, outcomes, and cost of chronic kidney disease in a contemporary population of 2.4 million patients from 11 countries : The CaReMe CKD study. *Lancet Reg Health Eur*. sept 2022;20:100438.
17. Meeus P, Van Aubel X. Performance de la médecine générale, bilan de santé. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI). 2012. D/2012/0401/11

18. Suivi de la force de travail des médecins : nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033, Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2023.
19. National Institute for Health and Care Excellence. Chronic kidney disease: assessment and management (NICE guideline NG203). 2021.
20. Oude Engberink A, Tessier G, Kamil I, Bourrel G, Moranne O. General practitioners' representation of early-stage CKD is a barrier to adequate management and patient empowerment: a phenomenological study. *J Nephrol* [Internet]. 16 janv 2024 [cité 16 mars 2024].
21. MALADIE : Définition de MALADIE [Internet]. Disponible sur: <https://www.cnrtl.fr/definition/maladie> (consulté le 22 mars 2024)
22. Maladies non transmissibles [Internet]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (consulté le 22 mars 2024)
23. Martinez YV, Benett I, Lewington AJP, Wierzbicki AS, Guideline Committee. Chronic kidney disease: summary of updated NICE guidance. *BMJ*. 6 sept 2021;374:n1992.
24. Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) Diabetes Work Group. KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline for Diabetes Management in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. nov 2022;102(5):S1-127.
25. Ammirati AL. Chronic Kidney Disease. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 13 janv 2020;66Suppl 1(Suppl 1):s03-9.
26. Gaitonde DY, Cook DL, Rivera IM. Chronic Kidney Disease: Detection and Evaluation. *Am Fam Physician*. 15 déc 2017;96(12):776-83.
27. Shlipak MG, Tummalapalli SL, Boulware LE, Grams ME, Ix JH, Jha V, et al. The case for early identification and intervention of chronic kidney disease: conclusions from a Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Controversies Conference. *Kidney Int*. janv 2021;99(1):34-47.

28. Gansevoort RT, De Jong PE. The Case for Using Albuminuria in Staging Chronic Kidney Disease. *Journal of the American Society of Nephrology*. mars 2009;20(3):465-8.
29. Jadoul PM. Détection précoce et prise en charge optimale de la maladie rénale chronique (MRC). 2023. Université Catholique de Louvain.
30. De Boer IH, Khunti K, Sadusky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). *Diabetes Care*. 1 déc 2022;45(12):3075-90.
31. Writing Group for the CKD Prognosis Consortium, Grams ME, Coresh J, Matsushita K, Ballew SH, Sang Y, et al. Estimated Glomerular Filtration Rate, Albuminuria, and Adverse Outcomes: An Individual-Participant Data Meta-Analysis. *JAMA*. 3 oct 2023;330(13):1266-77.
32. Bello AK, Ronksley PE, Tangri N, Kurzawa J, Osman MA, Singer A, et al. Quality of Chronic Kidney Disease Management in Canadian Primary Care. *JAMA Netw Open*. 4 sept 2019;2(9):e1910704.
33. Levin A, Ahmed SB, Carrero JJ, Foster B, Francis A, Hall RK, et al. Executive summary of the KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease: known knowns and known unknowns. *Kidney International*. avr 2024;105(4):684-701.
34. Grams ME, Sang Y, Ballew SH, Carrero JJ, Djurdjev O, Heerspink HJL, et al. Predicting timing of clinical outcomes in patients with chronic kidney disease and severely decreased glomerular filtration rate. *Kidney Int*. juin 2018;93(6):1442-51.
35. Weckmann G, Chenot JF, Stracke S. The Management of Non-Dialysis-Dependent Chronic Kidney Disease in Primary Care. *Deutsches Ärzteblatt international* [Internet]. 30 oct 2020
36. Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) Blood Pressure Work Group. KDIGO 2021 Clinical Practice Guideline for the Management of Blood Pressure in Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. mars 2021;99(3):S1-87.

37. Navaneethan SD, Zoungas S, Caramori ML, Chan JCN, Heerspink HJL, Hurst C, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: Synopsis of the KDIGO 2022 Clinical Practice Guideline Update. *Ann Intern Med.* mars 2023;176(3):381-7.
38. Fernández-Fernandez B, Sarafidis P, Soler MJ, Ortiz A. EMPA-KIDNEY: expanding the range of kidney protection by SGLT2 inhibitors. *Clinical Kidney Journal.* 31 juill 2023;16(8):1187-98.
39. Wheeler DC, Stefánsson BV, Jongs N, Chertow GM, Greene T, Hou FF, et al. Effects of dapagliflozin on major adverse kidney and cardiovascular events in patients with diabetic and non-diabetic chronic kidney disease: a prespecified analysis from the DAPA-CKD trial. *The Lancet Diabetes & Endocrinology.* janv 2021;9(1):22-31.
40. Perazella MA. Pharmacology behind Common Drug Nephrotoxicities. *CJASN.* déc 2018;13(12):1897-908.
41. Bosi A, Xu Y, Gasparini A, Wettermark B, Barany P, Bellocco R, et al. Use of nephrotoxic medications in adults with chronic kidney disease in Swedish and US routine care. *Clinical Kidney Journal.* 22 févr 2022;15(3):442-51.
42. Daker-White G, Rogers A, Kennedy A, Blakeman T, Blickem C, Chew-Graham C. Non-disclosure of chronic kidney disease in primary care and the limits of instrumental rationality in chronic illness self-management. *Social Science & Medicine.* avr 2015;131:31-9.
43. Frimat L, Siewe G, Loos-Ayav C, Briançon S, Kessler M, Aubrège A. Insuffisance rénale chronique : connaissances et perception par les médecins généralistes. *Néphrologie & Thérapeutique.* juill 2006;2(3):127-35.
44. Samal L, Wright A, Waikar SS, Linder JA. Nephrology co-management versus primary care solo management for early chronic kidney disease: a retrospective cross-sectional analysis. *BMC Nephrol.* déc 2015;16(1):162.
45. Smart NA, Dieberg G, Ladhani M, Titus T. Early referral to specialist nephrology services for preventing the progression to end-stage kidney disease. *Cochrane Kidney and Transplant Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet].* 18 juin 2014

46. Lonnemann G, Duttlinger J, Hohmann D, Hickstein L, Reichel H. Timely Referral to Outpatient Nephrology Care Slows Progression and Reduces Treatment Costs of Chronic Kidney Diseases. *Kidney International Reports*. mars 2017;2(2):142-51.
47. Tatematsu S, Kobayashi K, Utsunomiya Y, Isozaki T, Hatta T, Kusumoto T, et al. Nationwide questionnaire survey on the management of chronic kidney disease for general practitioners in Japan. *Clin Exp Nephrol*. oct 2021;25(10):1093-102.
48. Haddiya I, Errabehy M, Hamdi F, Janfi T, Bentata Y. Les médecins généralistes face à la maladie rénale chronique : connaissances et perceptions. *Revue Marocaine de néphrologie*. 2021;1.

Annexes

Annexe 1. Guide d'entretien servant de base aux entretiens semi-dirigés.

1. Définition de la maladie rénale chronique :
 - Quelle est votre définition de la maladie rénale chronique ?
2. Prévalence et suivi des patients :
 - Combien estimez-vous avoir de patients atteints de maladie rénale chronique dans votre patientèle ?
 - Comment est-ce notifié dans le dossier des patients ?
3. Facteurs de risque et alertes :
 - Quels patients sont à risque de maladie rénale chronique selon vous ?
 - Quand êtes-vous alertés chez vos patients ? (GFR \leq 60, GFR \leq 30)
 - Que faites-vous dans ces cas-là ? Quel bilan initial effectuez-vous ? À quelle fréquence ?
4. Prise en charge :
 - Quels traitements mettez-vous en place ? Médicamenteux ? Non médicamenteux ?
 - Donnez-vous des conseils au patient ? Quels sont les grands axes de néphroprotection ?
 - Prévenez-vous vos patients qu'ils sont en maladie rénale chronique ?
 - Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge de cette pathologie ?
 - Mettez-vous en place un trajet de soins pour l'insuffisance rénale ? Pourquoi ou pourquoi pas ?
5. Référencement chez le néphrologue :
 - Avez-vous tendance à référer vos patients chez le néphrologue ? Dans quelles conditions ?
6. Connaissances des recommandations :
 - Pensez-vous être au courant des recommandations actuelles ?
 - Explication des recommandations actuelles aux médecins généralistes de manière synthétique : Êtes-vous d'accord avec ces recommandations ?
 - Pensez-vous les suivre ? Si oui, où les trouvez-vous ? Si non, pourquoi ?
7. Freins au dépistage et pistes d'amélioration :
 - Quels sont les freins qui expliqueraient ce manque de dépistage malgré l'importante prévalence ?
 - Quelles sont les possibilités d'amélioration du dépistage et de la prise en charge selon vous ?
8. Autres remarques :
 - Avez-vous d'autres remarques à la fin de cet entretien ?

Décision du GEIMG finalisée électroniquement le 15/12/2023

ULiège (Laverdeur Justine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

UCL (LETOCART Véronique) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

ULB (Kacelenbogen Nadine) : A = Accord pour non soumission à un comité d'éthique.

Suivi à donner à la décision du GEIMG

Comme les avis correspondent à 3 « A », le GEIMG décide que le projet de TFE ne nécessite pas de soumettre un dossier plus spécifique au comité d'éthique de l'université concernée.

Titre du projet de recherche réalisé dans le cadre du TFE de master de spécialisation en médecine générale : Et mon rein docteur ? Recommandations de bonnes pratiques de la maladie rénale chronique dans la population à risque : Etude qualitative sur un échantillon de médecins généralistes de la province de Liège

Promoteur du projet de recherche : Département de Médecine générale - Faculté de Médecine – Université de Liège CHU – Sart Tilman Avenue Hippocrate 13, (B23) B-4000 Liège

Co-Promoteurs du projet de recherche : /

Tuteur : *Docteur Emonts Gast Florine*

Comité d’Ethique Médicale : Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Universitaire de Liège (CHU Sart-Tilman, 4000 Liège).

Médecin investigateur locale : *Docteur Petitjean Marie – Assistante en médecine générale*

I Information essentielle à votre décision de participer

Introduction

Le but de ce TFE est de réaliser une mise au point sur les recommandations de bonne pratique de la gestion de la maladie rénale chronique dans les populations à risque en médecine générale.

Ce TFE sera d’abord composé d’une partie reposant sur ce que l’on retrouve sur ce sujet dans la littérature. Ensuite, je réaliserai un/des focus group, d’où ce consentement éclairé, afin de discuter avec des médecins généralistes sur ce sujet. D’où ma question de TFE qui s’intitulera : « Et mon rein Docteur ? Recommandations de bonnes pratiques de la maladie rénale chronique dans la population à risque : Etude qualitative sur un échantillon de médecins généralistes de la province de Liège ». Durant ce focus group, le sujet sera donc, comme vous l’avez compris, la gestion de la MRC et plus précisément certaines questions comme :

- Quelle est la population cible ?
- Quand faut-il être attentif ?
- Quels tests diagnostiques ? A quelle fréquence ?
- Que mettre en place ?
- ...

Cette discussion sera alimentée autour de ce type de questionnements qui nous permettra, je l’espère, ensemble de répondre à certaines d’entre elles et nous permettre d’y voir plus clair dans cette pathologie et la gestion parfois compliqués. Nous aurons alors dans la suite de ce TFE la méthodologie, l’analyse de résultats, la discussion à ce sujet et ensuite la conclusion.

Alors pourquoi l’insuffisance rénale chronique ? L’insuffisance rénale chronique est un réel problème de santé publique de par sa morbi-mortalité mais aussi de par son coût important. Il est de ce fait important de réaliser un diagnostic précoce dans les populations à risque. On estime que plus de 850 millions de personnes dans le monde sont touchés par une maladie rénale chronique, dont la majorité souffre d’IRC. La prévalence mondiale estimée de la maladie rénale chronique est de 8 à 16%, et les taux les plus élevés sont signalés en Arabie Saoudite et en Belgique (tous deux 24%).

Actuellement, la sensibilisation aux maladies rénales reste faible, et ce dans le monde entier. Malgré une prévalence élevée, la maladie rénale est largement sous diagnostiquée. Seul 6% de la population générale et 10% de la population à haut risque connaissent leur statut d’IRC. En Belgique, on estime qu’1,35 millions de la population souffriraient de maladie rénale chronique. Le diagnostic est souvent tardif car c’est une maladie que l’on peut qualifier de silencieuse. Les symptômes apparaissent généralement à partir des stades tardifs, c’est-à-dire 4-5.

Une fois la maladie dépistée, il tiendra à nous, médecin généraliste, qui sommes au centre de la prise en charge, de mettre en place le traitement médicamenteux et/ou non médicamenteux ainsi que de référer le patient à un néphrologue si cela venait à être nécessaire. Ce dépistage précoce de la population à risque non symptomatique permettra une prise en charge plus rapide, évitant ou du moins retardant les complications possibles ainsi que ralentir la progression de la dysfonction rénale afin d'éviter les traitements substitutifs.

Notre rôle en tant que médecins généralistes est donc central. La difficulté réside au niveau pratique, et sur l'organisation de ce dépistage, et ensuite de la prise en charge, qui pourrait être propre à chacun. Et il est là, notre challenge en tant que médecin généraliste. Cependant, les recommandations sont parfois peu claires, ou pas toujours facilement applicables, et pas assez connues. C'est pourquoi je réalise ce TFE. L'intérêt ici est vraiment de partir sur quelque chose de plus théorique, pour parvenir à de la pratique, et voir ce qui est réalisable ou non, et pourquoi, mais aussi de voir ce qui est réalisable à notre échelle. Identifier les points d'interrogation afin d'en faire, peut-être, une clarification. Clarification en premier lieu pour moi-même, et ensuite pourquoi pas pour vous, qui aller grandement participer à cette étude.

Si vous participez à ce projet de recherche, vous devez savoir que :

- Ce projet de recherche est mis en œuvre après évaluation par un ou plusieurs comité(s) d'éthique.
- Votre participation est volontaire et doit rester libre de toute contrainte. Elle nécessite la signature d'un document exprimant votre consentement. Même après l'avoir signé, vous pouvez arrêter de participer en informant le médecin investigateur. Votre décision de ne pas ou de ne plus participer à ce projet de recherche n'aura aucun impact sur la qualité de vos soins ni sur vos relations avec le médecin.
- Les données recueillies à cette occasion sont confidentielles et votre anonymat est garanti
- Une assurance a été souscrite au cas où vous subiriez un dommage lié à votre participation à ce projet de recherche.
- Aucun frais lié à ce projet de recherche ne vous sera facturé.
- Vous pouvez toujours contacter le médecin investigateur ou un membre de son équipe si vous avez besoin d'informations complémentaires.

Un complément d'informations sur vos « Droits de participant à un projet de recherche » est fourni en **annexe III.1**.

Objectifs et description du protocole du projet de recherche

Ce TFE se déroulera de cette manière :

- Revue de la littérature
- Méthode : Analyse qualitative
- Analyses des résultats
- Discussion

Pour la méthode, un/des focus group avec 5-10 médecins généralistes seront réalisés. Cela se déroulera dans un cabinet/salle de réunion, environnement calme où nous ne pourrions pas être dérangés ni entendus par une quelconque autre personne en dehors de l'étude. Cela se déroulera dans la région Liégeoise. C'est dans ces conditions que je réaliserai une discussion, dont je serai la modératrice afin d'animer au mieux les échanges entre nous et de rendre cela le plus agréable/utile pour nous tous. Le temps que cela prendra sera d'environ 1 heure.

Déroulement du projet de recherche

Etude qualitative, focus group, analyse thématique de contenu.

Afin de regrouper les différents intervenants, je vais contacter par mail différents groupements de médecins, essentiellement les GLEM. De cette façon, j'expliquerai mon sujet de TFE et les médecins intéressés de participer, pourront me contacter afin qu'on fixe une date ensemble.

Comme expliqué ci-dessus, je vais réaliser des groupes entre 5 et 10 personnes afin de pouvoir discuter ensemble de la gestion de la maladie rénale chronique. Je réaliserai cela de manière semi-dirigée, cela signifie que j'ai plusieurs questions auxquelles vous répondrez et qui permettront de lancer la discussion. Je serai là en tant que modératrice. Le but d'être plusieurs personnes est

vraiment de permettre d'avoir une discussion autour du sujet, que chacun puisse donner son avis et d'avoir une discussion autour du sujet, ensemble. Cette conversation sera enregistrée, et je la garderai uniquement pour moi-même. Par la suite, je la retranscrirai, mot à mot.

Suite à ces retranscriptions, j'analyserai alors ce qui s'est dit ou non, et je procéderai un à encodage d'où ressortira des thèmes/concepts qui me permettront de générer mon analyse et ensuite de réaliser une discussion sur le sujet, et ce sur base de la littérature mais aussi de par les focus group.

D : Risques liés aux procédures d'évaluation propres à ce projet de recherche

La participation à ce projet de recherche n'implique aucun risque pour le participant

Bénéfices

Votre participation à ce projet de recherche n'offre aucun avantage direct pour vous, mais les connaissances qu'elle permet d'acquérir peuvent potentiellement permettre de mieux comprendre la gestion de l'insuffisance rénale et améliorer la prise en charge.

Retrait du projet de recherche

Votre participation est volontaire et vous avez le droit de vous retirer de ce projet de recherche pour quelque raison que ce soit, sans devoir vous justifier.

Traitement des données collectées au cours du projet de recherche

Lors du/des focus group, je vais à l'aide d'un enregistreur, enregistrer notre discussion. Par la suite, je vais réécouter la discussion afin de pouvoir tout retranscrire par écrit. Concernant vos données, tout sera anonymiser. Aucun nom, aucune information vous concernant ne seront reprises dans la retranscription ni dans mon travail. Les données recueillies seront encodées sous forme de code qui me permettront alors de réaliser des thèmes/concepts afin de réaliser mon étude, d'en discuter et je l'espère, d'en tirer des conclusions.

Vos données seront conservées dans mon ordinateur, ainsi que ce consentement éclairé que je conserverai durant 20 ans. Ceci sera tout à fait à titre personnel et personne d'autre que moi-même n'y aura accès.

Contact

Si vous avez besoin d'informations complémentaires, mais aussi en cas de problème ou d'inquiétude, vous pouvez contacter le médecin investigateur : Petitjean Marie – 0475/912675

II Consentement éclairé

Participant

Je déclare que j'ai été informé sur la nature du projet de recherche, son but, sa durée et les éventuels risques. J'ai pris connaissance du document d'information et des annexes à ce document.

J'ai eu suffisamment de temps pour y réfléchir et en parler avec une personne de mon choix comme mon médecin généraliste ou un membre de ma famille.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions qui me sont venues à l'esprit et j'ai obtenu une réponse satisfaisante à mes questions.

J'ai compris que ma participation à ce projet de recherche est volontaire et que je suis libre de mettre fin à ma participation à ce projet de recherche sans que cela ne modifie mes relations avec l'équipe thérapeutique en charge de ma santé.

J'ai compris que des données me concernant seront récoltées pendant toute ma participation à ce projet de recherche et que le médecin investigateur et le promoteur du projet de recherche se portent garant de la confidentialité de ces données.

Je consens au traitement de mes données personnelles selon les modalités décrites dans la rubrique traitant de garanties de confidentialité (annexe III.1).

J'accepte / n'accepte pas (biffer la mention inutile) que les données de recherche récoltées pour les objectifs du présent projet de recherche puissent être traitées ultérieurement pour autant que ce traitement soit limité au contexte du présent projet de recherche pour une meilleure connaissance du sujet de recherche.

J'ai reçu une copie de l'information au participant et du consentement éclairé.

Nom, prénom, date et signature du volontaire.

.....
.....
.....

Médecin Investigateur

Je soussigné, Petitjean Marie, médecin investigateur en charge du projet de recherche confirme avoir fourni oralement les informations nécessaires sur le projet de recherche et avoir fourni un exemplaire du document d'information au participant.

Je confirme qu'aucune pression n'a été exercée pour que le patient accepte de participer à ce projet de recherche et que je suis prêt à répondre à toutes les questions supplémentaires, le cas échéant.

Nom, prénom, Date et signature
du **représentant de l'investigateur**

.....
.....
.....

Nom, Prénom, Date et signature
du **médecin investigateur**

.....
.....
.....

Annexe 4. Fiche « Dépistage de la maladie rénale chronique » partagée aux médecins généralistes après la réalisation du focus group.

DÉPISTAGE DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

01

QUELS PATIENTS ?

- Insuffisance rénale chronique (eGFR < 60 ml/min/1.73m²)
- Diabète et/ou HTA
- Antécédents néphrologiques personnels ou familiaux
- Prévention cardio-vasculaire secondaire



02

QUE DOSER ?

- Echantillon « spot » urinaire
- Protéines + Albumine + Créatinine
- Valeurs normales**
Ratio albumine/créatinine (uACR) < 30 mg/g
Ratio protéines /créatinine (uPCR) < 150 mg/g



03

QUI RÉFÉRER EN NÉPHROLOGIE ?

- eGFR < 45 ml/min/1.73m²
- uACR > 200 mg/g
- uPCR > 500 mg/g



Avis en Néphrologie : (04.323) 2662

Prof François Jouret, Chef de service Néphrologie
Prof Patrizio Lancellotti, Chef de service Cardiologie



L'ÉVALUATION À LA FOIS DU eGFR ET DU RAPPORT ALBUMINE/CRÉATININE URINAIRE EST CRUCIALE POUR LE DIAGNOSTIC DE LA MALADIE RÉNALE CHRONIQUE¹⁻³

		Catégorie d'albuminurie			Risque faible	
		A1 < 30 mg/g < 3 mg/mmol	A2 30-299 mg/g 3-29 mg/mmol	A3 ≥ 300 mg/g ≥ 30 mg/mmol	Maladie stable OU PAS de MRC en l'absence d'autres marqueurs de lésions rénales. ¹ Nécessite des mesures une fois par an ou plus tôt en cas de nouveaux symptômes/ facteurs de risque.	
Catégories de DFGe (ml/min/1.73 m ²)	Description et plage	≥ 90 G1	Surveiller (1)	Traiter (1)	Traiter et consulter (3)	Risque modérément accru Nécessite des mesures au moins une fois par an
	60 à 89 G2	Surveiller (1)	Traiter (1)	Traiter et consulter (3)	Risque élevé Nécessite des mesures au moins deux fois par an	
	45 à 59 G3a	Traiter (1)	Traiter (2)	Traiter et consulter (3)		Risque très élevé Traiter en concertation avec un néphrologue Nécessite des mesures au moins trois fois par an
	30 à 44 G3b	Traiter (2)	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (3)		
	15 à 29 G4	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (3)	Traiter et consulter (4+)	Nécessite la surveillance la plus étroite au moins quatre fois par an (tous les 1 à 3 mois)	
< 15 G5	Traiter et consulter (4+)	Traiter et consulter (4+)	Traiter et consulter (4+)			

Adapté de Boer et al. 2022¹

Prendre des mesures en fonction des catégories de risque de progression de la MRC, de morbidité et de mortalité, et de fréquence de surveillance

Ref. : 1 KDIGO CKD Early Identification & Intervention Toolkit. Accessed June 2023. <https://www.kidney.org/sites/default/files/ckd-early-identification-intervention-phenotypic-care-2-de-boer-04-et-al-adapted-2023-report-diabetes-management-in-chronic-kidney-disease-diabetes-care-2022-11-press-3-de-boer-04-et-al-kidney-international-2022-https://doi.org/10.1016/j.kidney.2022.11.002.pdf>
 MRC: Maladie Rénale Chronique ; DFGe : Débit de Filtration Glomérulaire estimé ; KDIGO : Kidney Disease - Improving Global Outcomes.

Tiré de la source : Centre Hospitalier Universitaire de Liège. Fiche obtenue lors d'une formation organisée par le service de néphrologie du CHU de Liège "Symposium Caba'rein" le 23 novembre 2023. Accord donné par le chef de service de néphrologie pour le partage de la fiche.

Annexe 5. Tableau représentant l'échantillon de médecins généralistes de l'étude.

	Sexe	Age	Années de pratique	Milieu de pratique	Type de pratique
MG1	H	63	37	Urbain	Association
MG2	H	67	40	Urbain	Solo
MG3	H	68	42	Urbain	Solo
MG4	F	62	37	Urbain	Association
MG5	H	53	27	Urbain	Solo
MG6	F	34	9	Urbain	Maison médicale
MG7	H	28	3	Urbain	Association
MG8	F	31	6	Urbain	Association
MG9	F	33	6,5	Urbain	Solo
MG10	H	53	25	Urbain	Solo
MG11	F	33	9	Urbain	Solo
MG12	H	58	32	Urbain	Maison médicale
MG13	F	28	3,5	Urbain	Solo
MG14	H	29	2,5	Semi-rural	Maison médicale
MG15	F	27	2,5	Semi-rural	Association
MG16	F	27	2,5	Rural	Association
MG17	H	26	2,5	Urbain	Maison médicale
MG18	H	27	0,4	Rural	Association
MG19	F	51	24	Rural	Solo
MG20	H	62	36	Rural	Solo
MG21	H	72	47	Rural	Association
MG22	F	43	13	Rural	Solo
MG23	H	28	4	Rural	Association
MG24	H	31	5	Rural	Solo
MG25	H	27	3	Semi-rural	Association
MG26	H	25	1,5	Semi-rural	Association
MG27	F	54	27	Semi-rural	Association
MG28	F	25	1,5	Rural	Solo
MG29	H	39	13	Semi-rural	Association
MG30	F	36	11	Semi-rural	Association

Annexe 6. Critères de la maladie rénale chronique.

Table 1 | Criteria for chronic kidney disease (either of the following present for a minimum of 3 months)

Markers of kidney damage (1 or more)	Albuminuria (ACR ≥ 30 mg/g [≥ 3 mg/mmol]) Urine sediment abnormalities Persistent hematuria Electrolyte and other abnormalities due to tubular disorders Abnormalities detected by histology Structural abnormalities detected by imaging History of kidney transplantation
Decreased GFR	GFR < 60 ml/min per 1.73 m^2 (GFR categories G3a–G5)

ACR, albumin-to-creatinine ratio; GFR, glomerular filtration rate.

Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. avr 2024;105(4):S117-314.

Annexe 7. Classification de la GFR.

Table 2 | GFR categories in CKD

GFR category	GFR (ml/min per 1.73 m ²)	Terms
G1	≥90	Normal or high
G2	60–89	Mildly decreased ^a
G3a	45–59	Mildly to moderately decreased
G3b	30–44	Moderately to severely decreased
G4	15–29	Severely decreased
G5	<15	Kidney failure

CKD, chronic kidney disease; GFR, glomerular filtration rate.

^aRelative to the young adult level. In the absence of evidence of kidney damage, neither G1 nor G2 fulfills the criteria for CKD.

Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. avr 2024;105(4):S117-314.

Annexe 8. Classification de l'albuminurie.

EQUIVALENT ALBUMINURIA CATEGORIES IN CKD

Category	AER (mg/24 h)	ACR (approximate equivalent)		Terms
		(mg/mmol)	(mg/g)	
A1	<30	<3	<30	Normal to mildly increased
A2	30–300	3–30	30–300	Moderately increased ^a
A3	>300	>30	>300	Severely increased

ACR, albumin-creatinine ratio; AER, albumin excretion rate; CKD, chronic kidney disease.

^aRelative to the young adult level.

Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney International*. avr 2024;105(4):S117-314.

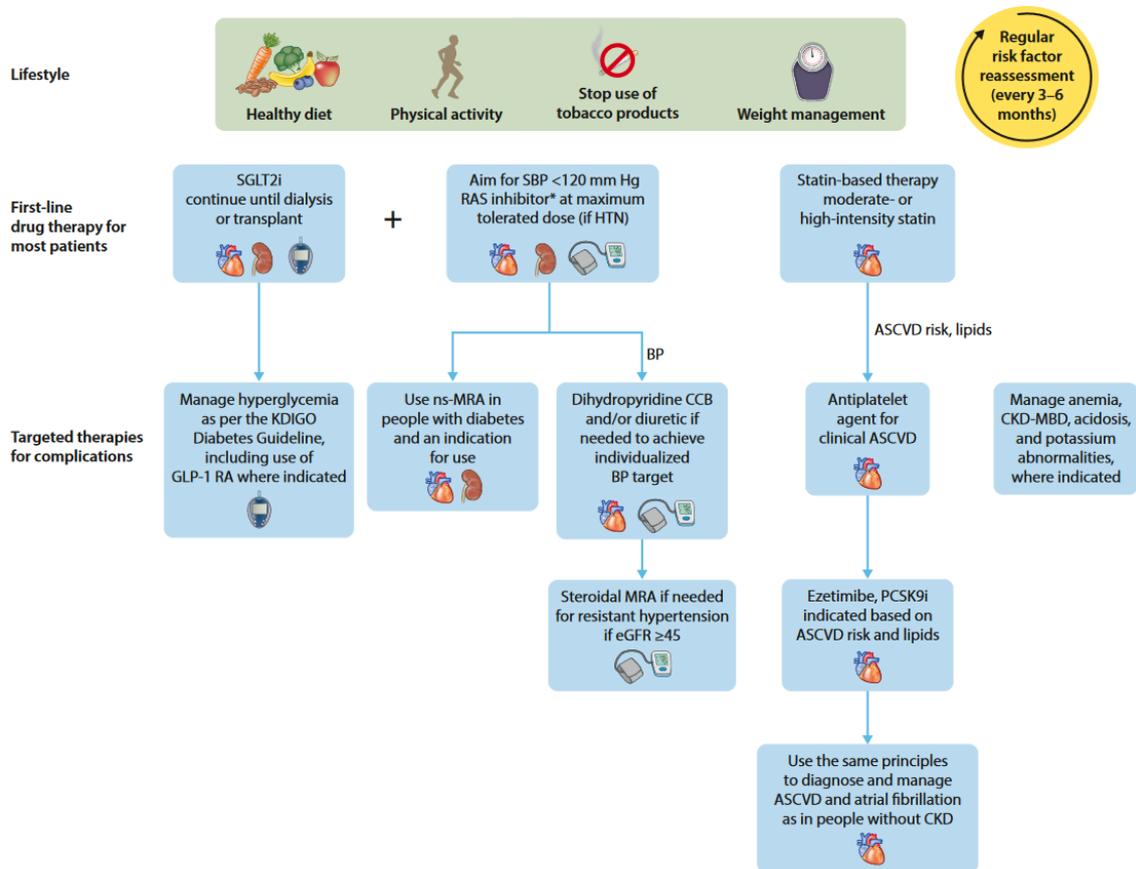
Annexe 9. Risque de progression de la maladie rénale chronique, fréquence des contrôles et orientation vers un service de néphrologie en fonction de la GFR et de l'albuminurie.

CKD is classified based on: • Cause (C) • GFR (G) • Albuminuria (A)				Albuminuria categories		
				Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased <30 mg/g <3 mg/mmol	Moderately increased 30–299 mg/g 3–29 mg/mmol	Severely increased ≥300 mg/g ≥30 mg/mmol
GFR categories (mL/min/1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥90	Screen 1	Treat 1	Treat and refer 3
	G2	Mildly decreased	60–89	Screen 1	Treat 1	Treat and refer 3
	G3a	Mildly to moderately decreased	45–59	Treat 1	Treat 2	Treat and refer 3
	G3b	Moderately to severely decreased	30–44	Treat 2	Treat and refer 3	Treat and refer 3
	G4	Severely decreased	15–29	Treat and refer* 3	Treat and refer* 3	Treat and refer 4+
	G5	Kidney failure	<15	Treat and refer 4+	Treat and refer 4+	Treat and refer 4+

■ Low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD) ■ High risk
■ Moderately increased risk ■ Very high risk

Tiré de la source : De Boer IH, Khunti K, Sadosky T, Tuttle KR, Neumiller JJ, Rhee CM, et al. Diabetes Management in Chronic Kidney Disease: A Consensus Report by the American Diabetes Association (ADA) and Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO). Diabetes Care. 1 déc 2022;45(12):3075-90.

Annexe 10. Approche holistique du traitement de la maladie rénale chronique.



Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. avr 2024;105(4):S117-314.

Patient and Clinician Perspectives: To Create a Better Future for Chronic Kidney Disease, We Need to Talk About Our Kidneys

Pamela R. Kushner, Jane DeMeis,
Petrina Stevens, Ana Marija Gjurovic,
Elmas Malvolti, Navdeep Tangri

REVEAL-CKD PEER-REVIEWED
FEATURE

Chronic kidney disease (CKD) is a long-term progressive condition where kidney function is reduced.
There is no cure for CKD: early diagnosis and treatment are vital to slow the decline of kidney function.

REVEAL-CKD found that 62–96% of patients with laboratory evidence of stage 3 CKD (moderate kidney damage) did not have a CKD diagnosis.

1. Know the tests

eGFR
estimated glomerular filtration rate
A blood test to check how well your kidneys filter waste products.

UACR
urinary albumin–creatinine ratio
A urine test to detect damage to the kidneys.

2. Know the numbers

eGFR less than **60** mL/min/1.73 m² and/or UACR more than **30** mg/g ...could indicate **CKD**

3. Know what's next

Patients:
Ask your doctor about CKD and discuss treatment options, such as lifestyle changes or medication.

Clinicians:
Record a diagnosis of CKD and discuss with your patients their options for managing their condition.

The infographic represents the opinions of the authors. For a full list of declarations, including funding and author disclosure statements, and copyright information, please see the full text online.

Adis

Tiré de la source : Kushner PR, DeMeis J, Stevens P, Gjurovic AM, Malvolti E, Tangri N. Patient and Clinician Perspectives : To Create a Better Future for Chronic Kidney Disease, We Need to Talk About Our Kidneys. Adv Ther [Internet]. 5 mars 2024

Annexe 12. Critères de référencement aux néphrologues selon le KDIGO 2012 vs KDIGO 2024.

Critères KDIGO 2012 :

5.1: REFERRAL TO SPECIALIST SERVICES

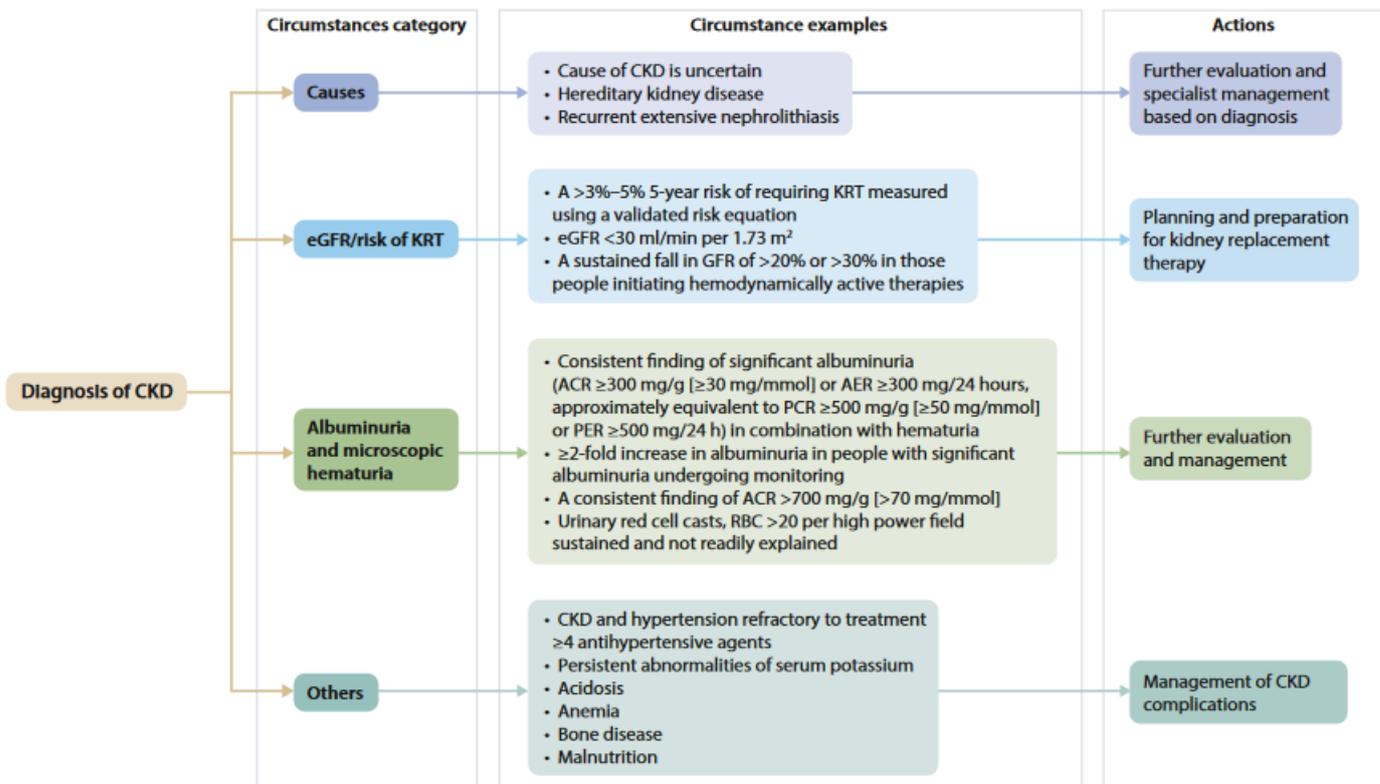
5.1.1: We recommend referral to specialist kidney care services for people with CKD in the following circumstances (1B):

- AKI or abrupt sustained fall in GFR;
- GFR < 30 ml/min/1.73 m² (GFR categories G4-G5)*;
- a consistent finding of significant albuminuria (ACR ≥ 300 mg/g [≥ 30 mg/mmol] or AER ≥ 300 mg/24 hours, approximately equivalent to PCR ≥ 500 mg/g [≥ 50 mg/mmol] or PER ≥ 500 mg/24 hours);
- progression of CKD (see Recommendation 2.1.3 for definition);
- urinary red cell casts, RBC > 20 per high power field sustained and not readily explained;
- CKD and hypertension refractory to treatment with 4 or more antihypertensive agents;
- persistent abnormalities of serum potassium;
- recurrent or extensive nephrolithiasis;
- hereditary kidney disease.

5.1.2: We recommend timely referral for planning renal replacement therapy (RRT) in people with progressive CKD in whom the risk of kidney failure within 1 year is 10–20% or higher[†], as determined by validated risk prediction tools. (1B)

Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2012 Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease. Kidney Int Suppl. 2013;3:1-150.

Critères KDIGO 2024 :



Tiré de la source : Kidney Disease : Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney International. avr 2024;105(4):S117-314.