

*Quelles stratégies  
adopter pour faire face  
à l'évolution des besoins  
sanitaires de la  
population en matière  
d'insuffisance rénale  
terminale ?  
Contributions des réseaux  
de soins néphrologiques*

P. SIMON - Chef de Service Néphrologie - CH - 22 SAINT BRIEUC

Il est incontestable aujourd'hui que l'allongement de l'espérance de vie contribue à l'émergence de causes de plus en plus fréquentes d'insuffisance rénale terminale liées au vieillissement vasculaire du rein ou à l'apparition du diabète de type II, l'incidence de ces deux causes ne cessant de croître depuis 10 ans dans les pays industrialisés . Il est également bien démontré que le risque de perte de fonction rénale après 50 ans, lié au "vieillissement" du rein, n'est pas inéluctable comme l'ont bien montré les études de cohorte réalisées à Baltimore aux USA au début des années 80. Enfin, la néphropathie vasculaire ischémique est au rein ce que l'insuffisance coronarienne est au cœur, ces deux pathologies étant souvent associées et relevant des mêmes facteurs de risque vasculaire.

Prévenir l'insuffisance rénale terminale n'est pas encore à la portée du néphrologue, car il n'est pas en situation de pouvoir dépister une insuffisance rénale chronique débutante, maladie peu symptomatique. C'est le médecin généraliste qui est en situation de dépister une maladie rénale, à la condition qu'il adopte les stratégies proposées par les Sociétés Savantes. La nécessité de réseaux de soins néphrologiques multidisciplinaires, centrés sur le médecin généraliste, s'impose aujourd'hui pour au moins deux raisons :

**La première**, d'ordre médico-économique, est que la prévention secondaire de l'insuffisance rénale terminale par un dépistage précoce des maladies et de l'insuffisance rénales et la mise en place des

nouvelles stratégies thérapeutiques de néphroprotection peuvent réduire les besoins en traitements de suppléance de l'insuffisance rénale terminale.

**La seconde**, d'ordre médico-sociale, est que le vieillissement de la population en insuffisance rénale terminale nécessite une organisation des soins à proximité du lieu de vie afin de s'adapter au rythme de vie et à l'environnement social de la personne âgée.

## DÉVELOPPER LA NÉPHROVIGILANCE DU GÉNÉRALISTE POUR PRÉVENIR L'INSUFFISANCE RÉNALE TERMINALE

Nous savons que l'insuffisance rénale chronique est fréquente au sein d'une population âgée de > 50 ans. De récentes enquêtes épidémiologiques suggèrent que l'insuffisance rénale débutante, définie par une clairance de la créatinine calculée par la formule de Cockcroft et Gault < 60 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>, est présente chez 19 % des sujets âgés de > 50 ans, qu'une créatinine sérique > 125 micromol/l est rencontrée chez 1/10 hypertendus et 1/10 diabétiques âgés de 45 à 75 ans. On peut ainsi évaluer qu'un généraliste qui exerce dans une région de 1000 personnes a, au sein de cette population, 80 insuffisants rénaux chroniques connus ou méconnus, dont 20 sont à haut risque d'insuffisance rénale terminale (hypertendus et/ou diabétiques). Nous savons également que le généraliste est à l'origine de 82 % des demandes de dosage de créatinine sérique dans une population de 7 500 patients atteints d'affections de

longue durée (ALD) à risque d'insuffisance rénale terminale. C'est donc bien le généraliste qui est au centre du réseau de soins néphrologiques multidisciplinaire pour le dépistage des maladies et de l'insuffisance rénales. C'est lui qui peut exercer une néphrovigilance chez les sujets à risque. Si l'insuffisance rénale avancée (clairance de la créatinine calculée < 30 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>) relève d'une prise en charge néphrologique partagée avec le généraliste, afin de réduire la morbi-mortalité au stade d'insuffisance rénale terminale, une insuffisance rénale modérée (clairance comprise entre 30 et 60 ml/mn/1,73m<sup>2</sup>) peut également relever d'un avis néphrologique, notamment pour le choix de certaines thérapeutiques ou examens radiologiques à risque néphrotoxique. L'utilisation de la télé-médecine au sein d'un réseau de soins peut améliorer l'efficacité et la rapidité des échanges entre le spécialiste et le médecin généraliste ou autre spécialiste. Ainsi, l'utilisation d'internet dans la pratique médicale deviendra de plus en plus incontournable, à la condition que les règles de confidentialité soient respectées.

Il existe désormais une approche pharmacologique de la néphroprotection qui doit bénéficier aux patients diabétiques et aux patients atteints de néphropathie non diabétique avec protéinurie > 1g/24h. Les récentes études d'intervention ont montré qu'un excellent contrôle de la pression artérielle (PA < 130/80 mmHg) permet de réduire le risque d'insuffisance rénale terminale (étude UKPDS) et le risque d'événements cardiovasculaires (étude HOT) chez les sujets diabétiques. De même lorsque la protéinurie est > 1g/24h, quelque soit le type de la néphropathie, l'utilisation d'un IEC permet de

réduire la protéinurie et de ralentir l'évolution vers l'insuffisance rénale terminale. Ainsi, la prévention secondaire de l'insuffisance rénale terminale est devenue aujourd'hui une priorité de santé publique qui peut contribuer à une réduction des besoins en matière de traitement de l'insuffisance rénale terminale.

## FAVORISER LA DIALYSE DE PROXIMITÉ DU LIEU DE VIE ET ORGANISER LES SOINS SELON LA TYPOLOGIE MÉDICO-SOCIALE DE L'INSUFFISANT RÉNAL

Le vieillissement de la population en insuffisance rénale terminale crée des exigences nouvelles en matière d'organisation médico-sociale du traitement de l'insuffisance rénale terminale. Si un effort important va être conduit dans les prochaines années pour que tous les patients désirant une greffe soient satisfaits dans un délai raisonnable (voir plus loin), il restera des patients âgés qui ne pourront être greffés et qui devront subir définitivement un traitement par dialyse. La dialyse à domicile ou à proximité du domicile ou du lieu de vie peut favoriser la qualité de vie sociale et une meilleure acceptation de la contrainte du traitement. Afin de permettre le développement de cette dialyse de proximité chez les patients âgés, les indices de la carte sanitaire viennent d'être considérablement élargis et adaptés à l'âge. Cette nouvelle possibilité d'organisation des soins voulue par les pouvoirs publics devrait permettre de mieux organiser les horaires du traitement en fonction des contraintes sociales du lieu de vie de la personne âgée (maison de retraite, moyen séjour etc..).

Il est évident qu'une telle organisation des soins ne peut, là encore, ignorer la place du médecin généraliste au sein du réseau de soins néphrologiques. Comme le prévoit l'organisation des réseaux, le néphrologue doit contribuer à la formation du généraliste appelé à intervenir auprès d'insuffisants rénaux âgés, traités à domicile par dialyse péritonéale ou dans des substituts du domicile par autodialyse, pour des problèmes de santé qui peuvent être étrangers au traitement par dialyse. Le dialysé doit pouvoir bénéficier ainsi d'une prise en charge par son médecin généraliste comme n'importe quelle personne qui n'est pas atteinte d'insuffisance rénale terminale.

Une expérimentation va être conduite très prochainement par la Direction des Hôpitaux, dans quelques régions françaises, pour évaluer une nouvelle organisation des soins basée sur la typologie médico-sociale du malade dialysé. L'objectif de cette expérimentation est de substituer à l'organisation sanitaire actuelle, reposant sur l'autorisation de postes en centre de dialyse ou en unité d'autodialyse, une prise en charge plus globale du patient reposant sur l'attribution d'une allocation budgétaire en fonction de sa typologie médico-sociale. Pour les patients hémodialysés, six typologies ont été décrites. La typologie la plus consommatrice de moyens correspond au patient diabétique et celle la moins consommatrice au patient dialysé sans autres pathologies associées et en attente de greffe rénale. Cette expérimentation qui débutera en début d'année 2001 durera deux ans et sera ensuite étendue à l'ensemble de l'hexagone.

## CONCLUSION

**En conclusion, le réseau de soins néphrologiques peut répondre à l'évolution actuelle de la pathologie rénale. Avant l'insuffisance rénale terminale, il permet une meilleure prise en charge de l'insuffisance rénale chronique du sujet âgé par le médecin généraliste en collaboration avec le néphrologue afin d'optimiser les actions de prévention secondaire. Au stade d'insuffisance rénale terminale, le médecin généraliste, habitué à collaborer avec le néphrologue, pourra poursuivre, grâce à l'organisation des soins au domicile ou à proximité de celui-ci, la prise en charge globale de son patient, le néphrologue assurant la prise en charge du traitement par dialyse.**