



Année 2017

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Vincent MIGAZZI

Né le 19 novembre 1984 à Toul (54)

Déterminants du recours au néphrologue par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire concernant les patients insuffisants rénaux chroniques : une enquête qualitative

Présentée et soutenue publiquement le 6 juillet 2017 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine -Tours

Membres du Jury :

Directeur de thèse : Professeur Jean-Pierre HALIMI, Néphrologie, PU-PH, Faculté de Médecine – Tours

Professeur Mathias BUCHLER, Néphrologie, PU-PH, Faculté de Médecine - Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, PU-PH, Faculté de Médecine – Tours

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Mathias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOUREC'H, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – JC. BESNARD – P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – E. LEMARIE – G. LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J. MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – M. ROBERT – J.C. ROLLAND – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ALISON Daniel	Radiologie et imagerie médicale
ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
ANGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
BONNARD Christian	Chirurgie infantile
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
CHANTEPIE Alain	Pédiatrie
COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
CONSTANS Thierry	Médecine interne, gériatrie
CORCIA Philippe.....	Neurologie
COSNAY Pierre.....	Cardiologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
COUET Charles.....	Nutrition
DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
DIOT Patrice.....	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUDEAU Alain	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion
GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis.....	Pédiatrie
HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion

HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
ROYERE Dominique	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SALIBA Elie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
SIRINELLI Dominique	Radiologie et imagerie médicale
THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane.....	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre
LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien Soins palliatifs
POTIER Alain Médecine Générale
ROBERT Jean Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David Physiologie
BARBIER Louise Chirurgie digestive
BERNARD-BRUNET Anne Cardiologie
BERTRAND Philippe Biostatistiques, informatique médical et technologies
de communication
BLANCHARD Emmanuelle Biologie cellulaire
BLASCO Hélène Biochimie et biologie moléculaire
CAILLE Agnès Biostatistiques, informatique médical et technologies
de communication
DESOUBEAUX Guillaume Parasitologie et mycologie
DOMELIER Anne-Sophie Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane Biophysique et médecine nucléaire
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe Néphrologie
GAUDY-GRAFFIN Catherine Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
GUILLEUX Valérie Immunologie
GUILLON Antoine Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille Immunologie
HOURIOUX Christophe Biologie cellulaire
IVANES Fabrice Physiologie
LE GUELLEC Chantal Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric Biochimie et biologie moléculaire
ROUMY Jérôme Biophysique et médecine nucléaire
PLANTIER Laurent Physiologie
SAMIMI Mahtab Dermatologie-vénéréologie
TERNANT David Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia Neurosciences
DIBAO-DINA Clarisse Médecine Générale
LEMOINE Maël Philosophie
MONJAUZE Cécile Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
930
CHALON Sylvie Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
930
COURTY Yves Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966

ESCOFFRE Jean-Michel..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 GILOT Philippe Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
 GOUILLEUX Fabrice Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
 GOMOT Marie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
 HEUZE-VOURCH Nathalie Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM
 1100
 KORKMAZ Brice..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

 LAUMONNIER Frédéric Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
 LE PAPE Alain..... Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
 MAZURIER Frédéric..... Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
 MEUNIER Jean-Christophe..... Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
 PAGET Christophe Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
 RAOUL William..... Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
 SI TAHAR Mustapha Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM
 1100
 WARDAK Claire Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire Orthophoniste
 GOUIN Jean-Marie Praticien Hospitalier
 MONDON Karl..... Praticien Hospitalier
 PERRIER Danièle Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle Praticien Hospitalier
 MAJZOUB Samuel Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice..... Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre Lebeau,

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse.

Je vous remercie également pour tous vos conseils et votre disponibilité.

A Monsieur le Professeur Jean-Michel Halimi,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger cette thèse.

Merci pour vos conseils et votre soutien.

A Monsieur le Professeur Mathias Buchler,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites de juger cette thèse.

A Monsieur le Professeur François Maillot,

Soyez assuré de toute ma reconnaissance d'avoir accepté de juger cette thèse.

A Noémie,

Merci de m'avoir aidé à trouver un sujet de thèse.

A Sandrine, Pascal, Jacky, Didier, Annie, Marie-Hélène, Maryline, Valérie et Emeline

Pour votre accueil à Bléré. J'ai hâte d'arriver définitivement auprès de vous.

A Samia, Charles et Arnelle,

Pour cette amitié toujours aussi forte malgré les années et l'éloignement pour certains.

A Lise, Damien, Julie, Pierre, Charlotte, Antoine, Audrey et Laura,

Pour ces nombreuses années de discussions, de rires, de fêtes, de films et pour tous ces bons moments qui sont à venir.

A Cathie et Nicolas,

Pour votre soutien, votre amitié et pour les soirées nems. Merci Cathie pour les parties de badminton, les messages de soutien envahies d'émoticônes et les journées BU. Merci pour ta générosité et ta bonne humeur. Je sais que je peux toujours compter sur toi, saches que la réciproque est vraie.

A Jacqueline, Jean-Claude, Emilie, Alexis, Martin et Lucien,

Merci pour tous ces bons moments passés ensemble et ces nombreuses discussions médicales dominicales qui me permettent d'avancer un peu plus à chaque fois.

A Pascal, Iva et Maxime,

Merci pour toutes ces discussions constructives, merci pour tous ces bons souvenirs slovaques passés et à venir. Pascal merci pour tous ces bons souvenirs d'enfance.

A mes parents,

Merci pour votre soutien sans limite et votre présence inconditionnelle pendant toutes ces années. Merci pour votre patience. Merci pour votre bienveillance. Merci pour la vie que vous m'avez permis d'avoir. J'ai hâte de partager avec vous cette nouvelle vie de famille qui nous attend.

A Elvire,

Merci pour ton amour, ta joie de vivre et ta douceur. Merci pour ta patience pendant toutes ces années. Merci pour tes rires quotidiens, ton enthousiasme et ta prodigieuse énergie. Merci pour toutes ces années de bonheur à tes côtés. Merci pour ce formidable cadeau que tu portes si merveilleusement.

1. INTRODUCTION	12
2. METHODE.....	14
2.1 <i>Population</i>	14
2.2 <i>Recueil des données</i>	14
2.3 <i>Analyse des données</i>	15
2.4 <i>Ethique</i>	15
3. RESULTATS	16
3.1 <i>Echantillon et données démographiques</i>	16
3.2 <i>Thèmes codés</i>	16
3.2.1 Méconnaissance	16
3.2.1.1 Une méconnaissance attribuée à la complexité	16
3.2.1.2 Une méconnaissance attribuée à un défaut de formation	17
3.2.1.3 Quelle utilité du néphrologue ?	19
3.2.1.4 Méconnaissance des structures de soins	19
3.2.2 Quel est le rôle du néphrologue ?	20
3.2.3 Résistances et refus de la part des patients	20
3.2.3.1 Représentations du patient.....	21
3.2.3.2 Eloignement géographique des lieux de consultation.....	22
3.2.4 Interactions entre le médecin et son patient	22
3.2.5 Difficultés liées aux structures de soins	22
3.2.6 Motifs émotionnels	23
3.2.7 L'âge des patients.....	24
4. DISCUSSION	25
4.1 <i>Résultats principaux</i>	25
4.2 <i>Limites de l'étude</i>	27
4.3 <i>Perspectives</i>	27
4.3.1 Perspectives de recherche	27
4.3.2 Perspectives pratiques.....	28
5. BIBLIOGRAPHIE	30
ANNEXE 1 – VERBATIM DES ENTRETIENS	32
ANNEXE 2 – LISTE DES THEMES CODES	69

1. INTRODUCTION

La maladie rénale chronique (MRC) est définie par une anomalie de la structure ou de la fonction rénale pendant plus de 3 mois. Elle est classifiée en fonction du débit de filtration glomérulaire (DFG) et de l'importance de l'albuminurie.(1) L'insuffisance rénale chronique (IRC) modérée est définie par un DFG entre 30 ml/min et 60 ml/min, l'IRC sévère par un DFG entre 15 et 30 ml/min, et l'IRC terminale par un DFG inférieur à 15 ml/min.(2)

Le DFG estimé et l'importance de l'albuminurie sont des marqueurs indépendants du risque de mortalité dans la population générale.(3) La MRC est également liée au risque cardio vasculaire(4), à la qualité de vie des patients(5) et représente un coût important en particulier au stade d'IRC terminale.(6)

En France, en 2015, la prévalence de l'insuffisance rénale terminale (IRT) traitée par dialyse ou greffe rénale (GR) était de 1232 par million d'habitants (pmh) et pour la région Centre-Val de Loire de 1203 pmh. Son incidence était de 166 pmh pour la France et de 158 pmh pour la région Centre-Val de Loire.(7) La prévalence française de l'IRC a été évaluée par l'étude MONA LISA en 2012. 8,2 % des sujets de 35 à 75 ans avaient une IRC.(8) L'étude BIRD a évalué en 2008 la prévalence de l'IRC en région Centre à partir des données des laboratoires d'analyses médicales : celle-ci était de 10% après 60 ans, de 25% après 70 ans et 75% après 75 ans.(9)

Un recours plus précoce au néphrologue permet de réduire la morbimortalité et les hospitalisations des patients atteints d'IRC. Ce recours précoce permet également une meilleure préparation à la dialyse.(10)

La recommandation de la Haute Autorité de santé de 2012 préconise d'impliquer le néphrologue dans le suivi du patient à partir d'un DFG inférieur à 45 ml/min.(2)

Une étude portant sur les patients atteints d'IRC ayant commencé la dialyse retrouve un suivi néphrologique ayant débuté moins de 6 mois avant le début de la dialyse chez 34 % de ces patients. Cette prise en charge tardive était estimée évitable dans 72 % des cas. Le taux de survenue d'évènements cardiovasculaires et la mortalité étaient plus faibles chez les patients suivis par un néphrologue plus de 36 mois avant le début de la dialyse. La durée du suivi néphrologique a été identifiée comme facteur indépendant du risque de mortalité en dialyse.(10)

En 2016, une étude épidémiologique observationnelle rétrospective portant sur les patients ayant consulté pour la première fois en consultation de néphrologie au CHRU de Tours a été réalisée. 16 % des patients adressés pour IRC avaient une fonction rénale normale. Parmi les patients adressés pour IRC par les MG : 21 % n'avaient pas d'IRC et 25 % avaient une IRC sévère.(11) Les auteurs évoquaient l'utilité d'explorer auprès des médecins généralistes les freins à l'application des recommandations concernant la MRC.

L'objectif de ce travail était d'explorer les déterminants du recours à un néphrologue par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire pour les patients atteints d'IRC.

Il s'agissait d'une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-directifs conduits d'avril à juillet 2016.

2.1 Population

Les médecins interrogés devaient être des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire. Ils ont été sélectionnés par échantillonnage raisonné avec recherche d'une variation maximale sur les critères suivants : l'âge, le genre, la distance avec un lieu de consultation néphrologique, la participation à une formation médicale continue, le mode d'exercice (cabinet individuel, de groupe ou pluridisciplinaire), le milieu d'exercice (urbain, semi-rural, rural), la participation à des consultations hospitalières, la participation à l'enseignement universitaire (Maître de stage des universités).

Les médecins étaient contactés par téléphone à partir de la liste des médecins généralistes d'Indre-et-Loire obtenue sur le site de l'Assurance maladie. Un rendez-vous pour un entretien individuel à leur cabinet de consultation était alors convenu.

2.2 Recueil des données

Les données démographiques recueillies étaient : l'âge, le genre, l'année d'installation, la localisation géographique.

Les entretiens ont tous débutés par une question d'amorçage identique : « Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous ayez adressé à un néphrologue ? ». Puis l'entretien était mené par une discussion libre en privilégiant des questions les plus ouvertes possibles afin d'orienter le moins possible la personne interrogée. Un guide d'entretien comportant les thèmes qui devaient être abordés à chaque entretien avait été établi au préalable, par consensus des chercheurs après recherche bibliographique.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone puis retranscrits intégralement. Le recueil des données a été rendu anonyme.

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable. Le recueil des données a été poursuivi jusqu'à l'obtention de deux critères : saturation des données lors de l'analyse thématique et critères d'échantillonnage raisonné atteints.

2.3 Analyse des données

Un double codage en aveugle des données et une analyse thématique ont été réalisés à l'aide du logiciel NVivo 11®. Le choix de l'analyse thématique a été fait dans l'optique de l'élaboration d'un questionnaire pour une étude quantitative à suivre, afin de quantifier les déterminants mis en évidence par cette étude qualitative.

Néanmoins, et bien que tous les critères de scientificité n'aient pas été réunis pour une analyse par théorisation ancrée, l'analyse devait permettre l'élaboration d'un modèle explicatif.

2.4 Aspects éthiques et réglementaires

Un avis favorable a été donné au préalable par le « Groupe éthique d'aide à la recherche clinique pour les protocoles non soumis au comité de protection des personnes » sous la direction de l'Espace de réflexion éthique région Centre (ERERC) : n° du projet 2016 020. L'étude a également été déclarée auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) sous le n° 2016_25.

3.1 Echantillon et données démographiques

Neuf entretiens ont été réalisés. La saturation des données a été obtenue au 6^{ème} entretien. L'entretien numéro 7 a été limité à 15 minutes en raison de l'emploi du temps du médecin interrogé.

Le tableau 1 présente les données démographiques recueillies auprès des 9 médecins interrogés, ainsi que les critères d'échantillonnage recueillis et les durées d'enregistrements.

L'annexe 1 reprend l'intégralité des verbatims des entretiens.

L'annexe 2 présente les thèmes codés lors de l'analyse.

3.2 Thèmes codés

3.2.1 Méconnaissance

Le thème le plus fréquemment retrouvé lors des entretiens était la méconnaissance.

3.2.1.1 Une méconnaissance attribuée à la complexité

La totalité des MG interrogés a exprimé cette impression de méconnaissance médicale concernant l'IRC. Ils justifiaient cette méconnaissance par l'ancienneté de leurs connaissances, l'imprécision de certaines notions en particulier la définition de la clairance rénale et la complexité des concepts employés en néphrologie.

« Mais la néphro c'est un peu loin pour moi et il faudrait peut-être que je relise aussi » (M1)

« En plus la clairance c'est pas facile à évaluer entre les différentes valeurs, parfois il y a 3 valeurs différentes affichées, ça manque de netteté. Je suppose qu'il doit exister des critères, ça serait l'intérêt d'une formation. » (M7)

Ce sentiment de complexité a été exprimé à de nombreuses reprises au cours des entretiens : « C'est compliqué la néphro » (M2) ; « On devrait pouvoir avoir des consultations longues pour ces patients qui sont compliqués » (M6) ; « Je pense que

d'un néphrologue à l'autre il doit y avoir une part de subjectif. C'est une discipline ardue la néphrologie » (M7).

3.2.1.2 Une méconnaissance attribuée à un défaut de formation

Les MG interrogés justifient ce défaut de formation par des emplois du temps professionnels et personnels laissant peu de place aux formations, par l'impression que peu de formations sont proposées et par la perte financière liée à l'absence du cabinet.

« I : Est-ce que vous participez à des FMC ?

M : Non, pour des raisons familiales. J'ai un enfant de 3 ans et demi et 2 jumeaux de 14 mois. Donc le soir c'est délicat de partir de la maison. » (M1)

« Il faut s'organiser. Si tu veux faire des formations, c'est lâcher ta patientèle un jour ou deux, ce n'est pas forcément simple. Il faut quand même qu'il y ait une présence aussi, car une journée ça fait 30 créneaux en moins et tu le paies le lendemain ou tes associés. C'est pas très confortable. L'idéal ça serait de faire du non présentiel mais tu le fais en dehors de ton temps de travail habituel, au final tu ne le fais pas. » (M5)

« Tu perds ta journée, donc financièrement ce n'est pas intéressant. » (M8)

« I : Et depuis la faculté ?

M : Non, je n'ai participé à aucune formation de néphrologie. Dans les sujets de FMC ça ne ressort pas. » (M7)

A l'inverse certains MG rapportaient une profusion d'informations qui pouvait les décourager dans leur auto-formation.

« I : Est-ce que vous savez qu'il existe une recommandation HAS concernant l'insuffisance rénale chronique ?

M : Non. De toute façon il y en a pour tous. En tous cas je ne l'ai pas lue. Je ne l'ai pas cherchée non plus.

I : Ce n'est pas ce vers quoi vous allez vous tourner ?

M : Non, parce que c'est un peu fastidieux à trouver. » (M1)

Intervenant	Âge (Années)	Genre	Temps d'installation (Années)	Mode d'exercice (type de cabinet)	Milieu d'exercice	Distance avec un lieu de consultation néphrologique (Km/Min)	Participation à une formation médicale continue	Participation à des consultations hospitalières	Maître de stage des universités	Durée de l'entretien (min)
M1	34	M	1	Groupe	Urbain	3/12	Non	non	non	41
M2	57	M	28	Groupe	Urbain	3/12	Oui	oui	non	31
M3	44	F	13	Pluridisciplinaire	Semi-rural	30/34	Non	non	non	26
M4	29	F	2	Pluridisciplinaire	Rural	60/57	Oui	non	non	19
M5	33	M	2	Groupe	Semi-rural	18/26	Oui	non	non	29
M6	64	M	29	Pluridisciplinaire	Semi-rural	30/34	Oui	non	oui	59
M7	61	F	30	Individuel	Rural	63/64	Oui	non	non	15
M8	60	M	30	Pluridisciplinaire	Semi-rural	30/34	Non	non	non	38
M9	60	M	32	Pluridisciplinaire	Semi-rural	30/34	Oui	non	oui	48

Tableau n°1

3.2.1.3 Quelle utilité du néphrologue ?

Certains MG jugeaient l'intervention du néphrologue souvent inutile compte tenu d'une attitude leur semblant souvent abstentionniste, consistant à surveiller la fonction rénale. Il en découlait l'impression de pouvoir se passer de l'intervention du néphrologue tant que la fonction rénale du patient n'était pas très altérée.

« Puis le néphrologue, il a la même idée que nous, on l'envoie quand même. Après le suivi il s'étire un peu quand même. Ils disent on ne s'inquiète pas, il faut surveiller. » (M2)

« Ils sont utiles sur le bilan, après sur le suivi il n'y a pas forcément de changement. Après moi je fais des suivis biologiques, j'ai pas l'impression que ça change grand-chose. » (M4)

3.2.1.4 Méconnaissance des structures de soins

Certains des MG interrogés rapportaient ne pas bien connaître l'organisation de la néphrologie dans le département. Ils pouvaient ne pas connaître soit l'organisation des services hospitaliers de néphrologie, soit les néphrologues d'Indre-et-Loire et leurs localisations, soit le numéro de téléphone direct permettant de joindre un néphrologue.

« On ne sait pas qui est qui. [...] On ne sait pas qui fait quoi. [...] Je crois qu'il y a un numéro mais bon on ne le connaît pas, on le retient pas. » (M2)

« Par contre si tu passes par le standard c'est compliqué, je ne sais pas s'il t'oriente mal, est-ce qu'il t'envoie vers un néphro... parce que entre le néphro greffe, néphro général, néphro dialyse, le néphro je ne sais pas quoi, [...] c'est difficile de s'y retrouver. » (M5)

Cependant, 2 médecins ont rapportés avoir utilisé le numéro direct permettant de joindre un néphrologue et étaient satisfaits de cette possibilité.

« M : J'ai appelé à Bretonneau, j'ai eu le senior qui m'a dit que si ça ne bouge pas il faut juste surveiller. C'est stable depuis 1 an. Il n'a pas souhaité la voir en consultation. Je voulais un avis pour savoir s'il fallait que je leur envoie ou non, bon il m'a demandé de refaire une créatinine dans 3 ou 4 mois.

M : Vous les avez contactés par quel moyen ?

L : J'ai reçu un numéro par un mail. C'est un numéro direct, C'est pas mal ça, ça manquait. » (M7)

3.2.2 Quel est le rôle du néphrologue ?

En dehors du rôle du néphrologue dans le traitement de suppléance rénale chez les patients en insuffisance rénale terminale, 3 autres rôles ont été rapportés par les MG interrogés. Le rôle dans l'éducation thérapeutique des patients atteints d'IRC, en particulier concernant l'automédication et le risque de néphrotoxicité, l'apprentissage des règles hygiéno-diététiques à respecter et l'expertise initiale permettant d'établir la cause de l'IRC.

« Faire prendre conscience au patient de leur pathologie, parce qu'ils n'ont pas toujours conscience des choses. Essayer de les sensibiliser à la pathologie. Parfois leur donner des conseils alimentaires, limiter certains aliments. Et puis aussi les sensibiliser par rapport aux médicaments. » (M9)

« Comme je n'ai pas trouvé grand-chose je l'ai envoyé voir le néphro. » (M5)

Mais parfois le rôle du néphrologue n'était pas bien compris.

« Après j'ai un patient à qui on avait diagnostiqué une maladie de Berger, puis finalement c'est plus une maladie de Berger et ils ne veulent plus le voir, alors qu'il a été suivi 4 ans. » (M3)

3.2.3 Résistances et refus de la part des patients

Parfois les MG interrogés souhaitent adresser leurs patients à un néphrologue mais faisaient face à une résistance voire un refus du patient.

« I : Donc il est suivi par un néphrologue ?

M : Il doit y aller prochainement pour la première fois. Sa fonction rénale est complètement bousillée. Il a 9ml de clairance. Il était en fibrillation auriculaire depuis 10 ans avec un INR très fluctuant. C'est un monsieur qui n'est pas du tout compliant. Je l'ai mis sous coumadine, c'est moins néphrotoxique.

[...]

I : Il a été d'accord pour aller voir le néphrologue ?

M : Oui, il a été d'accord parce que je lui ai dit que c'était très grave. Autrement il refuse d'aller voir les spécialistes. Je lui ai dit que s'il n'allait pas là-bas il allait mourir. Quand tu en es réduit à dire ça c'est qu'il y a un petit problème. » (M6)

« C'est rare que l'on n'adresse pas au néphrologue un patient insuffisant rénal chronique. La seule chose ça peut être le refus du patient. C'est la raison la plus fréquente. » (M8)

3.2.3.1 Représentations du patient

Ce refus était également justifié par les représentations qu'ont les patients de la néphrologie.

Plusieurs MG interrogés percevaient chez leurs patients une incompréhension de l'IRC. Ils l'expliquaient en partie par le caractère longtemps asymptomatique et l'aspect abstrait de l'IRC pour les patients.

« J'ai vu sa clairance et je lui ai dit qu'il fallait peut-être qu'on s'en occupe. Il n'a pas compris. [...] L'insuffisance rénale c'est abstrait pour eux. Généralement ils me disent non je n'ai pas mal aux reins, si je pisse bien, sinon ils me disent je vais boire plus. J'ai l'impression que l'insuffisance rénale c'est un peu compliquée à leur faire entendre. » (M4)

« C'est une spécialité où les gens ne sentent rien. C'est comme la diabéto, l'hépatologie ou les choses comme ça. Donc il y a certaines personnes qui peuvent ne pas comprendre la nécessité d'aller consulter. » (M5)

Ils déclaraient également que certains patients, après être allés en consultation néphrologique avaient l'impression d'inutilité du suivi néphrologique.

« Elle dit que ça ne sert à rien, qu'on ne lui fait rien. » (M3)

La peur de la dialyse de la part des patients était rapportée par plusieurs MG, en particulier pour les patients ayant dans leur entourage des personnes qui sont ou ont été dialysés. Cette peur était perçue comme un obstacle pour certains MG ou comme un levier pour d'autres.

« Elle ne veut pas y aller parce que c'est synonyme de dialyse. Elle a vu toute sa famille dialysée et à une époque où ça ne devait pas forcément être comme maintenant. » (M3)

« Il faut les menacer de dialyse et ils comprennent. » (M4)

« Je ne veux pas être dialysé donc ça ne sert à rien d'aller voir le néphrologue. » (M6)

3.2.3.2 Eloignement géographique des lieux de consultation

Le refus éventuel du patient était parfois expliqué par la distance géographique des lieux de consultation néphrologique, en particulier pour les médecins pratiquant en milieu rural et semi-rural.

« Tours c'est comme si tu leur demandais de monter à Paris, les jeunes qui ne veulent pas aller à Tours parce qu'ils ne connaissent pas, ils veulent bien aller à Amboise. Je ne sais pas faire les créneaux. Ma fille me dit qu'il y en a dans sa classe qui ne sont allés qu'une fois à Tours. » (M3)

« C'est compliqué pour les patients. On est à la campagne et il y en a plein même de mon âge qui ne conduisent pas dans Tours, conduire dans Tours c'est compliqué. J'en ai pas mal qui ne veulent pas, ça pose problème, il faut qu'ils trouvent quelqu'un ou par VSL. » (M7)

3.2.4 Interactions entre le médecin et son patient

Certains médecins exprimaient une influence sur leurs patients.

« En général quand tu leurs dis, je voudrais que vous voyez le néphrologue parce qu'il y a un petit souci avec vos reins, en général ça passe. [...] Tes patients sont un peu à ton image. Si t'es anxieux, tes patients seront anxieux, [...] moi je suis peut-être un peu trop cool, il m'en faut beaucoup pour m'affoler. » (M6)

La représentation qu'ont les MG de la consultation néphrologique provient en partie des propos de leurs patients.

« Elle dit que ça ne sert à rien, qu'on ne lui fait rien » (M3)

3.2.5 Difficultés liées aux structures de soins

Les MG interrogés rapportaient l'encombrement selon eux des structures de soins, ce qui engendre des délais longs et des difficultés parfois pour obtenir un premier rendez-vous.

« I : J'ai l'impression que le suivi des patients que vous avez avec les néphrologues... »

M : Ça se passe bien. Le plus long c'est d'avoir le premier rendez-vous » (M4)

Certains MG expliquaient cette surcharge par un défaut d'organisation avec en particulier des calendriers saturés par des consultations inutiles.

« M : J'ai contacté Dr A. à St Gatien, en sachant qu'il faut vendre son patient pour avoir une consult, c'est un peu le problème avec tous les spécialistes. »

I : Ça a été compliqué ?

M : Non, mais il faut téléphoner, envoyer un courrier, toute une série de préalable pour avoir le Graal de la consultation et à l'hôpital c'est un peu comme ça, je pense. Je pense que l'hôpital s'embolise avec des consultations qui ne sont pas de son ressort. Ce n'est pas quelqu'un qui a 60 ml de clairance... » (M2)

3.2.6 Motifs émotionnels

Le choix d'adresser un patient pouvait aussi être influencé par la peur d'être mésestimé par ses pairs.

« Après des fois tu passes un peu pour un idiot parce que le spécialiste qui récupère ça derrière dit quand même tu aurais pu faire quelque chose avant. » (M3)

« Parfois on a l'impression de passer un peu pour l'idiot de base. [...] Parfois on sent sur le compte-rendu qu'ils sont un peu énervés » (M4)

Il pouvait aussi être influencé par le besoin de se rassurer dans une situation que le MG ne maîtrisait pas et même parfois uniquement pour se protéger d'un point de vue légal.

« Quand un médecin appelle un autre médecin c'est pour le patient mais c'est aussi pour se rassurer. Ce qui inquiète le médecin n'inquiète pas forcément le collègue. » (M2)

« Je l'ai adressé plus pour me rassurer moi et être sûr que je ne donne pas un médicament qui n'aille pas et qui ne soit pas néphrotoxique. [...] C'est aussi une décharge pour dire que je m'en suis occupé, j'ai posé la question, c'est aussi médico-légal. Il y a certains patients, on sait pertinemment que ça ne va pas aboutir à grand-chose mais si tu ne l'a pas fait on peut te le reprocher. » (M3)

Ce choix répondait parfois au besoin de satisfaire son patient.

*« Les patients sont quand même globalement contents que tu t'occupes d'eux. »
(M1)*

3.2.7 L'âge des patients

L'âge a été rapporté par plusieurs des MG interrogés comme la seule raison médicale pouvant justifier de ne pas adresser un patient atteint d'IRC à un néphrologue.

« Ma problématique c'est l'âge. Chez une personne jeune c'est simple, quand on a une clairance pathologique on adresse. Chez le sujet âgé dans quelle mesure la clairance est pathologique ? » (M7)

4.1 Résultats principaux

Il ressort de l'analyse thématique une méconnaissance par les patients de l'IRC. Cette méconnaissance est partagée par les MG. Lorsque les patients semblent mieux connaître l'IRC, grâce à leur entourage ou aux explications du MG, c'est la peur de la dialyse ou le caractère longtemps asymptomatique de l'IRC qui font obstacle au recours à un néphrologue. La méconnaissance des recommandations de pratique clinique (RPC) par une partie des MG est déjà connue.(12) Les explications retrouvées ici à cette méconnaissance sont leurs difficultés d'accès ainsi que les contraintes de temps et financières. La visibilité et la connaissance des RPC, la formation reçue par les MG et le contexte financier des MG sont des facteurs connus pour être liés à l'application des RPC.(13)

L'aspect le plus frappant et inédit de ces résultats était le sentiment fréquent d'inutilité du recours au néphrologue, partagé par MG et patients, aux stades précoces de l'IRC. Apparemment un certain nombre de patients jugeaient utile l'intervention du néphrologue qu'au stade de la suppléance rénale. Quant aux MG, on peut supposer que cette perception est directement liée à la méconnaissance de la MRC. Quoi qu'il en soit, ce point de vue commun aux deux acteurs de la décision partagée ne peut que renforcer cette décision et en l'occurrence le retard d'adressage.

L'un des déterminants liés aux patients qui ne ressort pas dans l'analyse est le frein financier du recours aux soins. Ce déterminant est pourtant déjà connu.(14)

La perception du recours au néphrologue semble également liée à la durée d'installation des MG. Ceux installés récemment semblaient plus favorables à adresser leurs patients à un néphrologue. Cette idée rejoint les résultats d'une étude concernant le recours à un médecin spécialiste pour les patients présentant une lombalgie chronique.(15)

Il existe des interactions entre les MG et leurs patients concernant leurs représentations. On peut imaginer que le sentiment d'inutilité perçu par les patients et celui perçu par les MG se confortent mutuellement, créant ainsi un renforcement de la représentation de l'utilité du néphrologue. Les connaissances et croyances du MG influencent celles du patient et vice-versa.(16)

Dans l'analyse, on voit que ce renforcement est parfois négatif concernant l'utilité du néphrologue. Pourtant le rôle du néphrologue concernant la prise en charge de l'IRC avant le stade d'IRC terminale afin de ralentir son évolution est démontré.(10)

L'un des freins retrouvés le plus fréquemment est l'âge avancé. Pourtant le néphrologue a un rôle à jouer pour les patients âgés atteints d'IRC. (17) (18) En 2013, 47% des patients ayant débutés un traitement de suppléance rénale avaient plus de 70 ans.(19) Là aussi on peut imaginer qu'il existe un renforcement mutuel entre le patient et le MG confortant l'idée que compte tenu de l'âge du patient une consultation chez un néphrologue n'est pas justifiée.

En ce qui concerne l'accessibilité à la consultation de néphrologie par le patient, les principaux déterminants retrouvés sont l'éloignement géographique du lieu de consultation et les délais d'attente pour obtenir un premier rendez-vous. Une enquête de 2016 retrouvait que l'éloignement de l'offre réduit la probabilité de recourir à un médecin spécialiste.(20)

Concernant les MG, le principal frein à la prise de contact avec le néphrologue est la difficulté à joindre par téléphone un néphrologue référent. Difficultés expliquées par différentes barrières : passage par un standard téléphonique, un secrétariat, un médecin non sénior, une mise en attente, les horaires restreints auxquels peuvent être joints les médecins référents. Pourtant en Indre-et-Loire, il existe un numéro de téléphone appelé « Hotline » qui permet de joindre directement un médecin sénior de néphrologie, sans intermédiaire et à n'importe quelle heure. Lors des entretiens lorsque l'existence de cette « hotline » a été évoqué, les MG soit ne la connaissait pas soit ne l'avait pas mémorisé. Par contre les médecins l'ayant déjà utilisée semblaient convaincus de son utilité. L'étude concernant les lombalgies chroniques retrouvait également un accès téléphonique direct connu comme facteur facilitant de recours à un spécialiste.(15) Le contact possible avec un spécialiste ayant adopté des RPC favorise l'application de ces RPC. (13)

On voit bien comment l'adhésion à une démarche est essentielle pour que celle-ci soit réalisée, il faut être convaincu de sa pertinence et il faut avoir la possibilité matérielle et organisationnelle pour y participer. Dans notre étude, la conviction de la pertinence du recours au néphrologue dépend des représentations des patients et des MG, celles-ci étant elles-mêmes liées à leurs connaissances respectives.

4.2 Limites de l'étude

La méthodologie employée ne comprend pas de micro-analyse. Celle-ci aurait peut-être permis une ouverture de l'analyse à d'autres thèmes inédits et une mise à distance des présupposés des investigateurs.(21)

Le point de vue des patients présentés dans les résultats est en réalité la perception du point de vue des patients par les médecins généralistes. On peut facilement imaginer la perception réelle des patients est différente.

Le choix d'une analyse thématique a été faite avec pour objectif la confection d'un questionnaire à partir des thèmes identifiés pour un prochain travail de recherche. Malgré l'absence d'analyse conceptuelle, un modèle explicatif sous forme de carte heuristique a été proposé afin de synthétiser au mieux les résultats de l'étude (figure 1).

Les citations présentées dans la partie résultat donnent une image négative de tous les aspects du recours au néphrologue par les MG. Il existe deux explications à ce constat. La première est le souhait lors de l'analyse d'identifier avant tout les freins du recours au néphrologue afin de pouvoir les corriger. La seconde est l'occasion pour les MG interrogés d'exprimer leurs doléances qui parfois concernaient plus le système de soins dans sa globalité plutôt que le recours spécifique au néphrologue.

4.3 Perspectives

4.3.1 Perspectives de recherche

La suite de cette étude qualitative est la réalisation d'une étude quantitative afin de déterminer l'importance de chacun de ces déterminants. Cette étude pourrait consister en un questionnaire hétéro-administré.

Il serait également intéressant d'approfondir l'exploration des mécanismes impliqués dans le recours au néphrologue en interrogeant les autres acteurs de ce recours, en particulier les patients et les néphrologues

4.3.2 Perspectives pratiques

La carte heuristique synthétisant les résultats (figure 1) de cette étude permet de comprendre qu'il est nécessaire d'intervenir à plusieurs niveaux dans le processus de recours au néphrologue et de façon simultanée afin d'être efficace. En effet les différents éléments de ce processus étant interconnectés, l'effet d'une intervention à un seul niveau risquerait d'être réduit. Par exemple, les perceptions du patient et du médecin se renforçant mutuellement, il faut probablement modifier ces deux perceptions simultanément afin d'obtenir de façon synergique un renforcement positif.

Concernant la perception des médecins, cela pourrait passer par une modification de leur formation des médecins et des supports des ressources documentaires disponibles : e-learning, simplification des recommandations, centralisation des recommandations sur un site internet. L'amélioration des connaissances des médecins pourrait également permettre d'éviter certaines consultations inutiles et ainsi améliorer le délai d'attente avant une première consultation avec un néphrologue.

Concernant la perception des patients, elle pourrait être améliorée par des campagnes d'information du grand public : informations écrites dans les salles d'attente, informations ciblées par l'assurance maladie des patients atteints d'affection de longue durée à risque d'IRC, campagne publicitaire.

Concernant l'accessibilité à un néphrologue par les médecins généralistes en Indre-et-Loire, il existe déjà la « Hotline » mais celle-ci ne semble pas encore familière de tous les MG. Il faudrait améliorer sa diffusion par exemple en la rappelant dans les courriers adressés aux médecins généralistes.

Concernant l'accessibilité à un néphrologue par les patients, il semble que l'éloignement géographique soit un déterminant important. La création de consultations néphrologiques dans les hôpitaux périphériques du département pourrait être une des solutions.

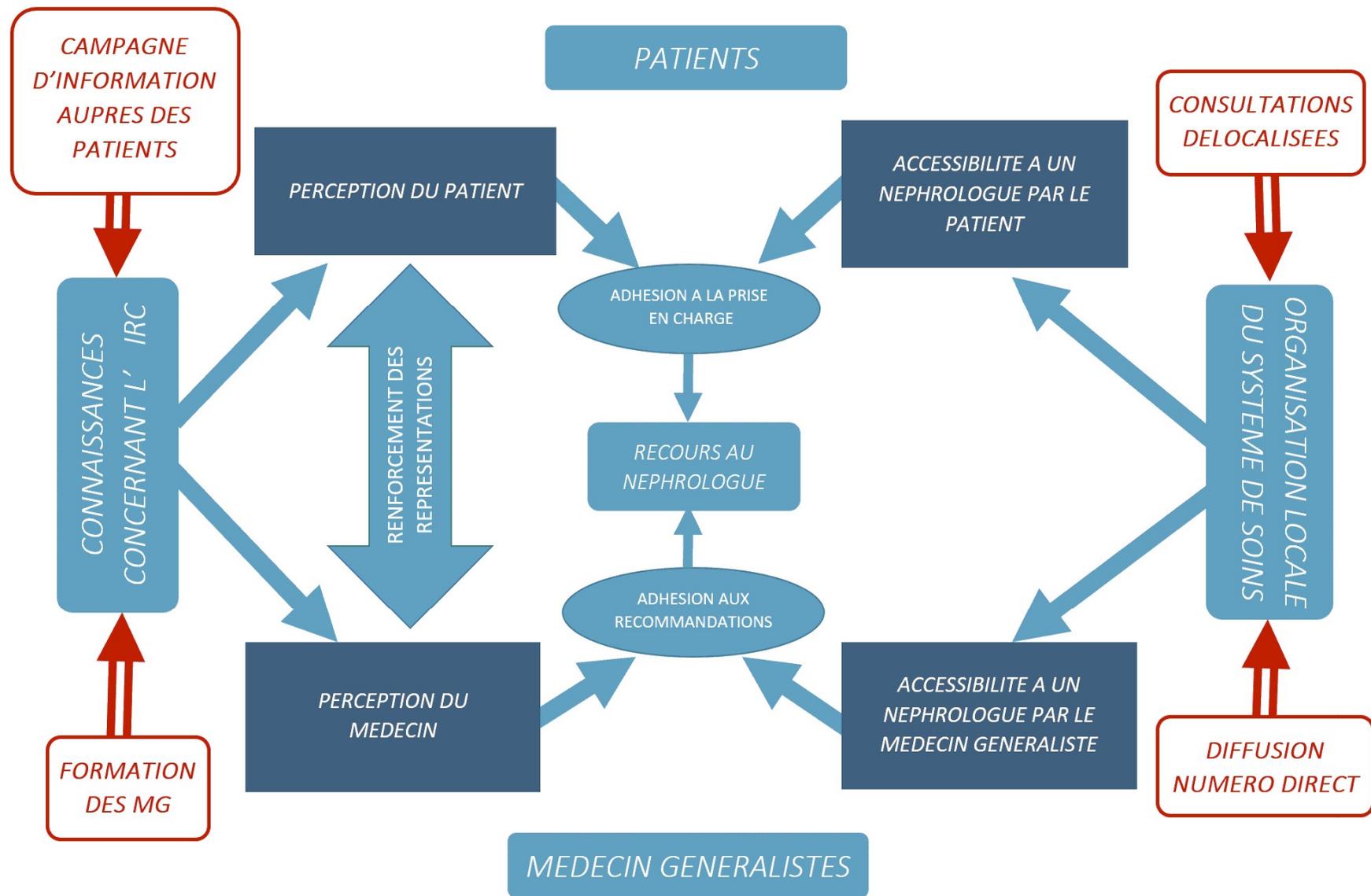


Figure 1 - Carte Heuristique exposant les principaux déterminants au recours à un néphrologue retrouvés dans l'étude. En rouge sont notées les propositions d'interventions afin d'améliorer ce recours.

5. BIBLIOGRAPHIE

1. Eknoyan G, Lameire N, Eckardt K-U. KDIGO 2012 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. *Kidney Int.* 2012;2:1.
2. Haute Autorité de santé. Maladie rénale chronique de l'adulte Guide du parcours de soins. 2012;
3. Consortium CKDP. Association of estimated glomerular filtration rate and albuminuria with all-cause and cardiovascular mortality in general population cohorts: a collaborative meta-analysis. *The Lancet.* 2010 Jun 18;375(9731):2073–81.
4. Matsushita K, Coresh J, Sang Y, Chalmers J, Fox C, Guallar E, et al. Estimated glomerular filtration rate and albuminuria for prediction of cardiovascular outcomes: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015 Jul;3(7):514–25.
5. Ayav C, Legrand K, Speyer E, Ngueyon Sime W, Stengel B, Briançon S. État de santé et qualité de vie perçue des patients selon le stade de la maladie rénale chronique. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique.* 2017 May;65, Supplement 2:S71.
6. Cour des comptes. Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale [Internet]. 2015 Sep. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000643.pdf>
7. Dr Cécile Couchoud, Mathilde Lassalle, Dr Christian Jacquelinet. RAPPORT ANNUEL 2015 Réseau Epidémiologie et Information en Néphrologie [Internet]. 2017. Available from: <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapport-rein-2015.pdf>
8. Bongard V, Dallongeville J, Arveiler D, Ruidavets J-B, Cottel D, Wagner A, et al. Estimation et caractérisation de l'insuffisance rénale chronique en France. *Ann Cardiol Angéiologie.* 2012 Aug;61(4):239–44.
9. Cogneau J, Blanchecotte F, Halimi J-M. BIRD : base de données sur la fonction rénale en région Centre. *Ann Biol Clin (Paris).* 2008 May 1;66(3):285–90.
10. Smart NA, Titus TT. Outcomes of Early versus Late Nephrology Referral in Chronic Kidney Disease: A Systematic Review. *Am J Med.* 2011 Nov;124(11):1073–1080.e2.
11. Villoing N. Prise en charge des patients adressés pour la première fois en consultation de néphrologie. *Pratiques des médecins généralistes et des néphrologues : que doivent-ils changer ?* Université François Rabelais; 2016.
12. 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.* 2006 Jul;2(3):127–35.
13. Saillour-Glenisson F, Michel P. Facteurs individuels et collectifs associés à l'application des recommandations de pratique clinique par le corps médical. *Revue de la littérature. Rev Epidémiologie Santé Publique.* 2008 Feb 3;51(1):65–80.
14. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Économie Publique Public Econ.* 2012 Nov 25;(28–29):123–47.

15. Gros-Bertheas C. Facteurs influençant les médecins généralistes du Nord Pas de Calais à adresser les patients lombalgiques chroniques en consultation dans le centre de rééducation de Lille (hôpital Swynghedauw) [Internet]. [Lille]: Université de Lille 2; 2015. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-4937>
16. Birmelé B, Lemoine M. Éducation thérapeutique : transmission de connaissances ou de croyances ? *Éthique Santé*. 2009 Jun;6(2):66–72.
17. Farrington K, Covic A, Aucella F, Clyne N, de Vos L, Findlay A, et al. Clinical Practice Guideline on management of older patients with chronic kidney disease stage 3b or higher (eGFR <45 mL/min/1.73 m²). *Nephrol Dial Transplant*. 2016 Nov 1;31(suppl_2):ii1-ii66.
18. Kessler M. Transplantation rénale chez le sujet âgé : expérience française. *Ethics Med Public Health*. 2015 Apr;1(2):163–72.
19. Tuppin P, Cuerq A, Torre S, Couchoud C, Fagot-Campagna A. Prise en charge des patients avant l'initiation d'un traitement de suppléance de l'insuffisance rénale chronique terminale en 2013 en France. *Néphrologie Thérapeutique*. 2017 Apr;13(2):76–86.
20. Com-Ruelle L, Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Coldefy M. Recours aux soins ambulatoires et distances parcourues par les patients. *Questions d'économie de la santé*. 2016 Jun;(219).
21. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative. De Boeck; 2015.

ENTRETIEN N°1

M : Je vais vous demander de me parler du dernier patient que vous avez adressé à un néphrologue.

L : Je n'en ai jamais adressé pour l'instant. Pas depuis que je suis installé en tous cas. Mais ceci dit j'ai peut-être un exemple. J'ai vu un patient quasiment pour la première fois. Je lui découvre une HTA. Je lui fais faire des auto-mesures à la maison et je lui demande un bilan néphrologique : il a une clairance à 71ml/min, avec une microalbuminurie sur créatinurie élevé. Je ne sais pas comment gérer ça. Est-ce que ça intéresse les néphro ? Est-ce que c'est trop tôt et je le surveille simplement dans un premier temps ? Mais probablement qu'étant donné qu'il est jeune, que je découvre juste son HTA et que je vais commencer à le traiter, je vais demander un avis pour lui.

M : Vous allez demander un avis à qui ?

L : Je ne sais pas. Je n'ai pas fait mes études à Tours. Je n'ai pas de contact particulier. Je connais un peu le Dr A. mais elle n'est plus en néphrologie.

M : Vous allez le revoir ce patient ?

L : Je vais déjà appeler pour prendre un avis téléphonique. Soit ils veulent le voir, à ce moment-là le patient prendra un rendez-vous. Soit je le suivrai s'ils me donnent de bonnes instructions, je ferai le suivi néphro, la néphroprotection, précautions médicamenteuses et puis voilà. C'est vrai que c'est le seul pour l'instant qui m'ait posé un problème néphrologique de novo.

M : Vous avez des patients qui sont déjà suivis en néphrologie ?

L : Oui, une dame qui est en insuffisance rénale chronique terminale, suivie par mon collègue, en insuffisance cardiaque avec une fraction d'éjection à 35%, elle a un MDRD à 20. Elle consulte le néphrologue deux fois par an.

M : Si vous deviez adresser ce patient, savoir à qui l'adresser c'est une difficulté ?

L : Non, je passerai dans un premier temps par un réseau classique : standard, secrétariat de néphrologie pour avoir un avis avec un interne ou un jeune chef. Pour savoir s'il faut l'adresser dans un premier temps et puis une fois que j'ai un nom, un numéro direct ou un contact je le note sur une liste. Mes contacts sont plutôt en ville. Les contacts à l'hôpital c'est rare quand même. Les contacts que j'ai à l'hôpital c'est des connaissances.

M : Vous connaissez la hotline de néphrologie ?

L: Non

M : C'est un numéro direct. C'est un médecin sénior qui décroche.

L : D'accord, ça c'est très intéressant. Il y a la même chose pour la dermato. Ça peut m'intéresser.

M : Si vous deviez adresser ce patient à un néphrologue. Que dirait le patient ?

L : Lui il réagirait bien. Je l'enverrai en consultation, je lui dirai que les examens montrent qu'il y a une petite insuffisance rénale qui doit être bilantée et il le fera sans problème.

M : Vous prévoyez d'autres examens avant de l'adresser ?

L : En fonction de ce que l'on me demandera. Je ne vais pas me lancer dans des échos, echo-Doppler ou tout ça, voire même des scinti sans avis. Je ne suis pas assez à l'aise. Mais après, probablement qu'avec l'expérience je me mouillerai un peu plus, j'étofferais de moi-même plus le bilan initial.

M : Vous faites un courrier ?

L : Oui bien sûr, je précise la fonction rénale et les anomalies, voire même je fais la photocopie et puis antécédents/traitements.

M : Si le néphrologue vous demande de réaliser une échographie, comment cela se passerait ?

L : En fonction de l'échéance que me demande le néphro soit j'appellerai moi. En imagerie, les radiologues se sont tous regroupés à côté de la gare et ils ont des délais corrects. Mais nous les jeunes médecins c'est là-dessus qu'on pêche, c'est les contacts. Par exemple pour les echo-Döppler veineux je commence à avoir un panel de confrères qui me répondent rapidement. Si on me demande des examens complémentaires de biologie classique, il n'y a pas de problème, les labos c'est quand même hyper facile. Si on me demande de l'imagerie, soit je fais l'ordonnance au patient et il prend rendez-vous, en fonction de ses disponibilités car il bosse. En fonction du délai que me demande le néphro je peux appeler moi-même pour prendre le rendez-vous.

M : Lorsque vous demandez des examens complémentaires, est-ce que cela peut être problématique pour les patients ?

L : Non, pour les examens c'est très confortable, c'est très facile, c'est Tours centre. Les radiologues sont à 1-2 km, le labo à 200-300m. Les patients sont quand même globalement contents que tu t'occupes d'eux. Sur des examens complémentaires, je n'ai jamais vu personne refuser pour l'instant. Les difficultés qu'on a, c'est pour les gynécologues et les ophtalmos. Surtout depuis qu'il y en a 2 ou 3 qui sont partis à la retraite. J'ai un patient qui a de la famille à Niort et qui a réussi à avoir un rendez-vous en 1 mois et demi chez un ophtalmo alors qu'à Tours c'est 6 mois. De toute façon quand tu appelles au CHU, il y a un message qui raccroche, en fait le CHU maintenant c'est que les patients d'urgence ou leurs anciens patients.

M : Pour revenir aux néphrologues, est-ce que vous savez où il y a des néphrologues à Tours ?

L : Non, quand je cherche un spécialiste je regarde sur les pages jaunes de toute façon. Il y a des néphro en ville ?

M : Oui, en clinique.

L : (il fait une recherche sur le moteur de recherche des pages jaunes) Il s'est un peu perdu : lactarium, CECOS, ASSAD. Pour l'instant il ne m'affiche aucun néphrologue. Clinique, hôpital, PSLV, centre anti-poison. Effectivement, il n'y en a pas en ville.

M : Concernant votre opinion du suivi des néphrologues...

L : Je n'en ai pas, puisque je n'ai pas de patient suivi par un néphrologue. Pendant mon internat, il y avait un néphro à Bourges qui nous avait fait une petite formation en début de semestre et il nous avait martelé qu'il fallait suivre les clairances et les créat régulièrement des patients limites et néphroprotection. C'est des mots que j'ai toujours retenus. En gros : suivi et néphroprotection tant que c'est stable.

M : La clairance qui est un peu limite c'est quoi pour vous ?

L : C'est plus la cinétique que la clairance. Par exemple la patiente qui est à 20ml/min de clairance tant que ça reste à 20 ça ne m'inquiète pas. Un patient qui va perdre 20 ou 30 points de clairance sur un évènement particulier, oui ça va un peu plus me stresser.

M : Pour un patient pour qui vous estimez qu'il existe une insuffisance rénale chronique, qu'est ce qui peut vous amener à vous dire que vous n'allez pas l'adresser au néphrologue ?

L : Qui a déjà été vu ?

M : Qui n'a jamais été vu.

L : Je prends quand même un avis systématiquement. Mais le jour où on m'aura dit à plusieurs reprises tu fais ça, ça et ça, alors je le ferai tout seul. Mais la néphro c'est un peu loin pour moi et il faudrait peut-être que je relise aussi. Mais je prendrai avis quand même pour bilanter initialement. Là il n'est pas insuffisant rénal chronique (il me remontre le bilan biologique du patient de début d'entretien) mais il a quand même une clairance un petit peu basse, une microalbuminurie positive. Lui je vais le bilanter, moi ou le néphro. Et puis ensuite pour le suivi si ça reste stable si le néphro est d'accord je ferai le suivi. Mais je fais quand même un bilan initial sur une découverte d'une insuffisance rénale quel que soit le niveau.

M : Vous dites qu'il faut que vous relisiez un peu. Qu'est-ce que vous allez relire ?

L : Mes bouquins d'externat.

M : Est-ce que vous savez qu'il existe une recommandation HAS concernant l'insuffisance rénale chronique ?

L : Non. De toute façon il y en a pour tout. En tous cas je ne l'ai pas lue. Je ne l'ai pas cherchée non plus.

M : Ce n'est ce vers quoi vous allez vous tourner ?

L : Non, parce que c'est un peu fastidieux à trouver. C'est dommage parce qu'en général elles sont bien faites avec des arbres décisionnels. Mais c'est vrai que c'est toujours un petit peu fouillis, tu ne trouves pas les infos rapidement ou facilement. Après quand j'ai besoin je cherche facilement.

M : Mais votre livre c'est plus facile.

L : Oui, parce que je l'ai travaillé, souligné, annoté. C'est plus facile avec quelque chose que tu as déjà lu, ça revient plus vite.

M : Est-ce que vous participez à des FMC ?

L : Non, pour des raisons familiales. J'ai un enfant de 3ans et demi et 2 jumeaux de 14 mois. Donc le soir c'est délicat de partir de la maison. J'ai fait des formations OGDPC (Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu) indemnisées par exemple Mg Form. C'est en journée, souvent le samedi et c'est indemnisé, donc ce n'est pas une journée dans le vent donc c'est intéressant. Et c'est super. Je n'en ai jamais vu concernant la néphrologie. J'en ai fait sur le sevrage tabagique, les troubles mnésiques du patient âgé ou j'ai fait une super formation sur la thyroïde, c'était trop bien.

M : C'est indemnisé ?

L : Oui, 15C soit 345 euros. Sinon il n'y a que les professions libérales qui font des formations gratuites. Ma femme a des journées de formations, c'est sur son temps de travail. Tout le monde quoi. Il n'y a que nous les dindons. Des FMC, j'en ai fait quand j'étais interne, les jeudis du généraliste, mais le soir c'est compliqué. Je ne dis pas que plus tard je n'y retournerai pas mais c'est difficile en ce moment. Les formations c'est vraiment très intéressant, surtout quand tu commences ton exercice.

M : Une formation de néphrologie ça vous intéresserait ?

L : Oui (Il me montre le programme de MG form sur internet). Il n'y a pas de néphro. J'ai fait une formation sur bien prescrire les actes infirmiers et la kiné, c'était très intéressant. Après il y a des formations moins intéressante comme « gérer un couple en situation de conflit ».

M : Concernant votre patient qui a une protéinurie positive, dans la recommandation HAS ils demandent à ce que la protéinurie soit contrôlée. Ensuite en principe les néphrologues souhaitent les voir en consultation.

L : Ils souhaitent les voir mais ils font quoi ? C'est peut-être pas bien mais quand j'ai des suivis chroniques et que je vois que les examens faits sont toujours un peu pareil, il n'est pas impossible qu'après j'avance un peu plus dans l'exploration. Ils font une écho.

M : Ils font le bilan étiologique puis en général un suivi.

L : Oui, un suivi.

M : Vous avez l'impression que ce suivi n'est pas utile ?

L : De ce que j'imagine, je pense que ce suivi peut être fait par nous tant que l'évolution n'est pas rapide ou d'évènements particuliers, si le bilan étiologique est pauvre, c'est un suivi classique simple. A part quand ils sont au ras des pâquerettes, dans le chronique je ferai volontiers le suivi.

ENTRETIEN N°2

M : Parlez-moi de la dernière fois que vous avez adressé un patient en néphrologie

L : Le dernier patient... c'est un peu particulier car j'ai une activité hospitalière aussi. C'est un patient VIH que j'ai récupéré parce qu'un confrère est décédé. Donc c'est un patient VIH qui était suivi en ville uniquement. Je le vois au cabinet, c'est un patient d'un village d'Indre et Loire et je le suis pour son VIH. Le souci c'est qu'il a une insuffisance rénale problématique et donc je l'ai adressé au Dr Gautard à St Gatien. Parce que lui ne veut pas trop aller à l'hôpital.

M : Pourquoi il ne veut pas ... ?

L : Parce qu'il en a ras le bol de l'hôpital. Il a été opéré dans tous les sens. C'est quelqu'un qui est un peu réfractaire à l'hôpital. J'ai contacté le Dr B, en sachant qu'il faut vendre son patient pour avoir une consult, c'est un peu le problème avec tous les spécialistes.

M : Ça a été compliqué ?

L : Non, mais il faut téléphoner, envoyer un courrier, toute une série de préalable pour avoir le Graal de la consultation et à l'hôpital c'est un peu comme ça, je pense. Je pense que l'hôpital s'embolise avec des consultations qui ne sont pas de son ressort. Ce n'est pas quelqu'un qui a 60 ml de clairance... Au final, le rendu de la consultation, les conseils, c'est ce qu'on fait. Donc les consultations sont embolisées par des patients qui n'ont rien à faire là et les vrais problèmes que nous nous pointons... On est sur une liste d'attente. Quoi que si on prend la néphro à Bretonneau on arrive quand même à avoir une secrétaire qui répond. Si on prend la gastro à Trousseau, ça sonne dans le vide. C'est pour ça que quand quelqu'un dit docteur est-ce que vous pouvez prendre le rendez-vous la plupart du temps on est obligé de dire non. On va pas passer 4 ou 5 jours pour prendre un rendez-vous.

M : Alors j'ai l'impression que le temps que cela peut prendre c'est...

L : Le temps qu'on nous dise oui vous aurez un rendez-vous. On téléphone, on a quelqu'un, on veut un rendez-vous, que l'on nous donne un rendez-vous. Et on nous donne pas le rendez-vous.

M : Alors pour ce patient vous allez...

L : Pour ce patient on attend. Ceci dit ce ne sont jamais des pathologies aiguës. Mais comme c'est quelque chose qui traîne déjà depuis quelques temps on a envie d'avancer.

M : Alors finalement comment ça s'est passé pour avoir le rendez-vous ?

L : Chez le Dr B ? J'ai téléphoné, on m'a demandé de faxer un courrier et puis on m'a donné un rendez-vous après, c'est un peu le même schéma, le rendez-vous on ne l'a pas plus tôt. C'est un peu ça le problème avec la néphro, on aimerait bien avoir une réponse assez rapide, pas le jour même, mais une réponse. Quand on appelle, on nous dit ok je vais voir votre patient mais on n'a pas une réponse. Après on n'a pas souvent de patient en insuffisance rénale à 30 ou 40 ml. Après qu'est ce qui est pertinent, qu'est ce qui ne l'est pas ? C'est sûr que quelqu'un qui a 60 ans c'est pertinent. Est-ce qu'il faut aller embêter les néphrologues pour des patients qui ont 35ml de clairance à 85 ans ? Je ne pense pas moi. Dans notre démarche pour demander l'avis à un néphrologue, qu'est ce qui est pertinent qu'est ce qui ne l'est pas ? Je ne sais pas s'il y a des recos là-dessus ? Il doit y en avoir, il y a des recos sur tout.

M : Oui, il y en a.

L : C'est pareil, est-ce que l'on doit faire une hémoglobine glyquée à un patient qui a 85 ans ? Bon on peut en faire une pour voir s'il n'est pas à 10% mais est-ce qu'il faut le surveiller tous les 3 mois comme ... Je ne suis pas vraiment persuadé. Je pense que pour la néphro c'est un peu pareil. Par contre il faudrait qu'on ait une réponse plus claire, plus nette. Autant à Saint-Gatien c'est identifié : il y a un tel, un tel, un tel. Autant à l'hôpital on ne sait pas qui est qui. Parce qu'entre la néphro, la greffe. Moi j'ai un patient qui a une vascularite avec une néphropathie, il voit Dr C, Dr D, je me demande s'il ne voit pas quelqu'un d'autre. On ne sait pas qui fait quoi.

M : Vous avez du mal à identifier les intervenants ?

L : Oui, Dr D il est quoi, il est néphrologue ou immunologiste ? Il y a Dr E qui vient là-dedans. On ne sait pas trop.

M : Donc c'est parfois compliqué d'avoir un rendez-vous, un interlocuteur...

L : Oui, pour les choses semi-urgentes. Pour les choses urgentes, je crois qu'il y a un numéro mais bon on ne connaît pas, on le retient pas. Des numéros urgents dans chaque service on ne peut pas tous les retenir.

M : Comment aimeriez-vous que cela se passe idéalement ?

L : Je ne sais pas. Est-ce que ça ne serait pas mieux par exemple si on téléphone au standard à l'hôpital qu'ils puissent me passer le néphrologue de permanence par exemple. J'appelle à 15h00, ça va il y a une secrétaire, j'appelle à 17h45.... C'est ça le problème, nos journées si on les cales sur les horaires des spécialistes ou des

hôpitaux, il faudrait qu'elles débutent vers 9h00 – 9h30 pas avant et qu'elles se terminent vers 17h00. C'est valable dans toutes les spécialités. Le problème c'est que nos journées commencent dès 8h00, si à 8h15 on a un problème on va tomber sur un gars aux urgences. Aux urgences, est-ce qu'il en sait un peu plus que nous concernant la néphro, je ne sais pas. Si on appelle vers 18h30, ça va sonner dans le vide, on n'aura pas forcément la période adéquat. Il faut savoir aussi que quand un médecin appelle un autre médecin c'est pour le patient mais c'est aussi pour se rassurer. Ce qui inquiète le médecin n'inquiète pas forcément le collègue.

M : Se rassurer...

L : Oui, se rassurer par rapport à la situation. On fait certains gestes ou certaines démarches thérapeutiques ou investigations pour se rassurer. Est-ce que ça sert à quelque chose je ne suis pas sûr. Parce que quand même il y a beaucoup de choses qui ne servent à rien en médecine. Après on nous dit que si on les fait plus on va avoir des problèmes, on va voir des patients arriver en insuffisance rénale dépassée.

M : A quoi vous pensez par exemple ?

L : Je ne sais pas. C'est surtout sur les intervalles. Par exemple si on nous dit de le faire tous les ans, après on se pose la question : tous les ans est-ce que ça sert à quelque chose ? Ceci dit, on sait que quand on dit tous les ans, ce sera fait en gros tous les un an et demi. Si on dit tous les 2 ans, ça sera fait tous les 3 ans. Après j'ai pas trop de... Moi j'ai bossé en hémodialyse. J'ai fait deux remplacements d'interne en hémodialyse pendant mes études. Donc j'avance un peu en néphro : la protéinurie sur 24 heures, le ionogramme urinaire, l'écho tout ça. Après arrive un moment donné il faut bien poser la question au néphrologue. Souvent la réponse en retour c'est : c'est bon il n'y a pas d'inquiétude, on surveille une fois par an, voilà. On s'est démené beaucoup, parce que c'est compliqué la néphro, on s'est démené pour avoir un rendez-vous, puis au final... Après d'un autre côté ce qui est bien quand même c'est que les néphrologues nous renvoient le patient. Parce que mon collègue m'a dit qu'une fois il avait envoyé un patient en néphro pour un avis, il me dit : je ne l'ai jamais revu, ou quasiment pas. Il y a pleins d'exams qui ont été faits que lui aurait pu faire en ville.

M : Ce sont les néphrologues qui ont pris la main.

L : Oui. Après il y a la caricature du patient dialysé, on le voit plus, c'est fini. Si on voit un patient dialysé c'est vraiment que... Moi je n'ai pas de patient dialysé actuellement. J'ai un patient greffé, je ne le vois qu'une fois par an. On fait office de boîte aux lettres.

M : Office de boîte aux lettres ? On récupère les papiers...

L : Oui : allo docteur, je n'ai plus de 100%. On te l'a pas déjà dit ça ?

M : Non, pas encore.

L : On ne t'a pas dit c'est trucs là. Dans le VIH c'est un peu le problème aussi. Les patients qu'on voit, on a l'impression qu'ils ne veulent pas aller voir ailleurs. Ils ont du mal à aller voir leur médecin traitant. Ils ne veulent pas multiplier les intervenants. La vraie caricature c'est le patient dialysé mais bon ça se comprend. Un patient dialysé il voit un médecin à chaque dialyse donc on règle les problèmes c'est logique. La dialyse c'est quelque chose d'éprouvant, c'est un travail presque à temps plein d'être dialysé.

Voilà ce que je peux dire pour l'instant. Après des problématiques compliquées en néphro il n'y en a pas tous les jours quand même. On est plus dans le dépistage. Avec le VIH on a des molécules néphrotoxiques, donc on est toujours en train de surveiller ces trucs. Donc on n'est pas complètement absent de la néphro. Après on peut avoir des questionnements sur les résultats qu'on peut avoir, on a du mal à les interpréter. Par exemple les hyperkaliémies. Moi je suis médecin agréé auprès de l'administration, il y a une nana qui m'a était envoyée pour savoir si ses arrêts sont justifiés, elle a une hypokaliémie. Le néphrologue a dit qu'il n'y avait rien. Après je ne suis pas intervenant là-dedans mais on se pose des questions. Une hypokaliémie, on a cherché à droite à gauche, on n'a pas d'explication donc je pense qu'il faudrait peut-être avoir un numéro... Par exemple à une époque pour le VIH il y avait un numéro qui s'appelait ICARE, c'était gratuit, piloté par un prof de Paris et donc on pouvait appeler si on avait un problème de néphro avec les patient VIH. Dernièrement j'ai voulu les recontacter et apparemment c'est devenu payant. Ce qui serait bien ce serait d'avoir un service ou un site ou un blog ou promouvoir... J'ai en favoris le site de la société française de néphro (il clique sur le lien sur son ordinateur). Ben il ne marche plus. Promouvoir des sites avec les calculateurs de clairance. Il y a des labos qui encore ne donnent pas la clairance, j'en ai eu un il n'y a pas longtemps. Promouvoir des applications.

M : Vous avez d'autres patients suivis en néphrologie ?

L : J'en ai une qui va en néphro, on a parlé de faire une greffe cœur-rein. Mais je la vois quand même. Elle voit Mme Barbet tous les 3 mois.

M : A l'inverse, est-ce qu'il y a des patients ayant une insuffisance rénale chronique pour qui vous vous dites pour lui on va attendre ?

L : Oui, par exemple, j'ai une patient qui voyait Mme Gautard, qui a maintenant 93 ans, elle a 16 ml de clairance, on a parlé de dialyse il y a 10 ans, maintenant ça fait plus de 10 ans qu'elle est en dessous de 30ml, on ne s'affole pas. Il ne faut pas être « jusqu'au

boutiste ». A ce moment pourquoi il y en a qui meurent à 70 ans et d'autres à 90 ans on s'acharne sur eux, c'est une suite logique.

M : Et pour des patients plus jeunes ?

L : Oui pour des patients qui ont 60ml de clairance. On fait notre job d'abord on cherche. Puis une fois qu'on ne trouve pas, on l'adresse au néphrologue. Puis le néphrologue il a la même idée que nous, on l'envoie quand même. Après le suivi il s'étire un peu quand même. Ils disent on ne s'inquiète pas, il faut surveiller.

M : Qu'est-ce qui vous fait adresser un patient à un néphrologue ?

L : L'idée de me dire qu'il y a quelque chose que je n'ai peut-être pas comprise. Quelqu'un qui a 45 ans et qui a 60ml de clairance, ça peut valoir le coup de le montrer à un néphrologue, même si on a fait le bilan comme il faut.

M : Alors vous me dites que vous faites une écho...

L : Oui, protéinurie des 24heures, hématurie, iono urinaire et sanguin.

M : Est-ce que parfois vous avez des difficultés à obtenir ces examens ?

L : En ville ? Non

M : Et de la part du patient ?

L : Ah oui. La protéinurie des 24 heures ça peut être difficile. Je pense qu'il y a un truc à promouvoir, c'est la protéinurie sur échantillon, à mon avis c'est à clarifier. Il y a des formules pour ça... mircoalbuminurie sur euh... ou protéinurie sur euh... créatinurie ou protéinurie, je ne me rappelle plus là, je l'avais noté.

M : Vous avez l'impression que cela serait plus simple à réaliser ?

L : Oui, ça serait plus simple parce que les patients, les 24 heures c'est compliqué. Ils le disent les néphrologues. Quand on a sur 24 heures 700ml, c'est qu'il y a des urines qui ne sont pas passées par le bocal. Il y a un petit truc qui est pas mal fait (il cherche dans son étagère), je ne sais pas si je l'ai là, c'est un petit guide, c'est Gilead qui avait sorti ça, c'était rein et VIH, ça expliquait bien comment apprécier une protéinurie mais je dois l'avoir chez moi. A mon avis ça serait bien de faire ce genre de chose dans une newsletter.

L : Dans une newsletter, vous regarder ce genre de chose ?

L : Oui, pas toujours, mais quand elles sont du coin je les regarde. Par exemple, il y a quelque chose qui se fait sur Nantes, c'est MedCal, sur la prescription d'antibiotique. Comme la newsletter de pharmacovigilance à Bretonneau. On aurait quelque chose comme ça sur la néphro tous les 3 à 6 mois ça permettrait e faire passer aussi des numéros de téléphone.

ENTRETIEN N°3

M : Je vais vous demander de me parler de la dernière fois que vous avez adressé un patient à un néphrologue

L : Mme D. Gisèle, 96 ans, elle a une créat à plus de 23mg, elle était suivie avant par un autre médecin, elle a une insuffisance cardiaque. Je l'ai adressé à Dr F, elle a son premier rendez-vous prochainement. Un autre, un monsieur de 75 ans retraité qui a fait un petit AVC, dynamique, qui a une petite insuffisance rénale. Il monte sa créat gentiment d'un point tous les ans, il doit être à 16 ou 17 actuellement mg. Je l'ai envoyé à Dr E à St Gatien, parce que c'est plus facile qu'à l'hosto. Ça c'est bien passé parce qu'il était d'accord. Dr E a dit que pour l'instant elle ne voulait pas le revoir, qu'il fallait surtout lutter contre l'hypertension artérielle, ce qui était déjà fait et voilà. Donc juste une simple surveillance mais il n'y a pas de proposition, comme à chaque fois. Je l'ai adressé plus pour me rassurer moi et être sûr que je ne donne pas un médicament qui n'aille pas et qui ne soit pas néphrotoxique. On avait fait un Doppler des artères rénales qui était normal.

M : Le patient, qu'est ce qui l'en a pensé ?

L : Rien, il était d'accord, c'est un monsieur anxieux et cortiqué, donc il a compris mais il ne m'a pas dit que c'était bien ni que ce n'était pas bien.

M : Quand vous l'avez adressé vous avez fait un courrier...

L : Oui avec le résultat de la prise de sang et du Döppler des artères rénales.

M : Vous faites toujours un Döppler ?

L : Non, mais lui a un terrain vasculaire, il a fait un AVC et un infarctus, il est sous Plavix.

M : Qu'est ce qui fait que c'est plus facile en ville qu'à l'hôpital ?

L : C'est plus simple, elles sont toujours que deux, il n'y a pas 36000 personnes, si c'est des cas légers, ça ne va pas les agacer. C'est facile, c'est plus simple. L'autre jour j'ai eu une mémé qui a une insuffisance rénale avec une anémie, elle a 98 ans, elle a déjà vu Dr F qui ne voulait pas débiter l'EPO. Je l'ai rappelé car l'anémie s'aggravait, je l'ai eu tout de suite et elle m'a donné les consignes sur quand débiter l'EPO, elle m'a guidé. Si tu adresses ce type de personne à l'hôpital qu'est-ce qu'ils vont faire, l'EPO ça les soulage quand même. Je n'ose pas moi. Souvent à l'hôpital tu te fais un peu rabrouer quand tu envoies un vieillard donc ce n'est pas toujours évident.

M : Est-ce que vous avez des difficultés pour adresser un patient à un néphrologue ?

L : Non. J'ai une patiente de 95 ans qui ne veut plus y aller car elle dit que ça ne sert à rien, qu'on ne lui fait rien. Elle ne veut plus trop faire les examens. Sa fille m'appelle pour me dire qu'elle ne veut plus faire ses examens et qu'il faut la remotiver. J'ai aussi une patiente qui a une polykystose qui a peur d'être dialysée, elle a 45 ans, toute sa famille a une polykystose, elle a une fonction rénale qui est correcte sans complication mais elle ne veut pas y aller parce que c'est synonyme de dialyse. Elle a vu toute sa famille dialysée et à une époque où ça ne devait pas forcément être comme maintenant. Là ça y est, elle veut bien y aller.

M : Qu'est-ce qui vous fait adresser un patient au néphrologue ?

L : Une créat qui monte. Honnêtement les protéinuries je ne les fait pas, je les oublie sauf chez le diabétique.

M : Vous continuez à adresser les patients aux néphrologues alors qu'ils ne font pas grand-chose.

L : Oui, ça me rassure, surtout pour être sûr de ne pas donner de traitement néphrotoxique. C'est aussi une décharge pour dire que je m'en suis occupé, j'ai posé la question, c'est aussi médico-légal. Il y a certains patients, on sait pertinemment que ça ne va pas aboutir à grand-chose mais si tu ne l'a pas fait on peut te le reprocher.

M : Vous avez beaucoup de patients opposants à l'idée d'aller chez le néphrologue ?

L : Non, en général ils acceptent.

M : Pour les examens ?

L : Non, moi j'ai parfois du mal pour les Hba1c.

M : Les échographies ?

L : Je n'en demande pas beaucoup. Après je décroche souvent mon téléphone, je prends le rendez-vous pour eux comme ça ils y vont.

Après c'est bien beau mais qu'est-ce que tu fais de plus, à part contrôler les facteurs de risque et limiter les traitements néphrotoxiques. Il y a des traitements ? Souvent c'est des vieux et c'est quasiment toujours vasculaire. Donc il n'y a pas grand-chose à faire à part quand c'est franchement dégradé. Chez les jeunes bien sûr que tu envoies tout de suite. Après j'ai un patient à qui on avait diagnostiqué une maladie de Berger, puis finalement c'est plus une maladie de Berger et ils ne veulent plus le voir, alors qu'il a été suivi 4 ans. Après je ne suis pas à l'aise pour les médicaments néphrotoxiques et savoir s'il faut mettre un IEC, s'il faut monter ou baisser la dose. J'ai une patiente noire qui est hypertendue et qui a une hépatite C, c'est vrai que quand

elle monte sa tension j'ai toujours peur de toucher à quoi que ce soit donc je les appelle. J'ai un patient que j'ai récupéré d'un ancien médecin du cabinet, il était hypertendu et son médecin ajoutait un hypertenseur puis un autre ainsi de suite. Quand je l'ai récupéré on a fait une créat, il avait une grosse insuffisance rénale chronique. En fait on a vu à l'écho qu'il avait simplement une grosse prostate, il avait monté sa créat sur l'obstruction. Maintenant il a récupéré un peu de sa fonction rénale et il n'a plus que 2 antihypertenseurs. En même temps ce patient ça devait être difficile de lui faire faire des examens, il avait un bobo là et ça faisait 1 an que je lui demandais d'aller voir le dermatologue et donc il n'y va pas. L'autre jour c'était devenu transfixiant donc je lui dis là vous déconnez, donc j'ai appelé le dermatologue qui l'a reçu tout de suite, c'était un carcinome épidermoïde et donc il a une moitié d'oreille en moins maintenant. Je dis que le médecin d'avant n'a pas fait mais en même temps il a fallu que je lui prenne le rendez-vous et lui dire vous y allez. Après il pleurait parce qu'il avait une oreille en moins. Après des fois tu passes un peu pour un idiot parce que le spécialiste qui récupère ça derrière dit quand même tu aurais pu faire quelque chose avant.

M : Vous avez d'autres difficultés pour faire faire des examens aux patients ?

L : Non, globalement ils acceptent. Après quand ils sont vieux, que ça dure, ils ne veulent plus trop, ils ne veulent plus y aller mais c'est pour tous les spécialistes pareil. La radio ils ne veulent pas la faire, le cardiologue ils ne veulent plus y aller. Je suis trop vieux pour ça. Ce n'est pas spécifique à la néphrologie. Puis ici, des fois Tours c'est comme si tu leur demandais de monter à Paris, les jeunes qui ne veulent pas aller à Tours parce qu'ils ne connaissent pas, ils veulent bien aller à Amboise. Je ne sais pas faire les créneaux. Ma fille me dit qu'il y en a dans sa classe qui ne sont allés qu'une fois à Tours.

ENTRETIEN N°4

M : Je vais vous demander de me parler du dernier patient que vous avez adressé à un néphrologue.

L : La dernière n'y est pas allée.

M : Pourquoi ?

L : Parce que Tours c'est trop loin et elle est fatiguée. C'était à peu près pour ça.

M : Vous l'aviez adressée pour quelle raison ?

L : En fait moi j'ai repris derrière un médecin, parfois j'ai des petites surprises. Pour cette patiente j'ai reçu un fax en urgence avec une clairance à 19, je me suis un peu excitée et en fait c'était comme ça depuis 2 ou 3 ans. On ne lui en avait même jamais parlé et elle avait pleins de médicaments néphrotoxiques. J'ai appelé en néphro, ils m'ont dit qu'il n'y avait pas trop d'urgence à la voir puisque c'était chronique. Du coup voilà, elle n'est pas allée au rendez-vous. Mais j'ai dû la faire hospitaliser récemment et ils devaient la montrer à un néphro. Une dame de 80 ans

M : Donc elle ne voulait pas y aller ?

L : Oui, mais il y en a beaucoup comme ça. On leur prend rendez-vous puis finalement non. Puis ils reviennent et ils nous demandent d'avoir un rendez-vous pour la semaine suivante. Ils veulent que ça soit immédiat, certains n'ont pas compris que ça ne marchait pas comme ça.

M : Vous adressez les patients à Tours ?

L : Oui, Tours ou Poitiers. Comme je suis originaire du 37, spontanément j'adresse surtout à Tours. Mais il y a certaines personnes qui habitent dans le 86 et qui préfèrent Poitiers. Un autre patient que j'ai adressé, un patient qui a une insuffisance rénale qui date de longtemps et qui n'a jamais été explorée. Il a 81 ans mais il est en super forme, très actif, diabétique, une clairance autour de 30. L'insuffisance rénale était attribuée au diabète, en fait il avait une lithiase obstructive, depuis qu'il a été traité il a une clairance à 45 et il continue à être suivi donc c'est bien.

M : Comment ça s'est passé en pratique ?

L : En pratique j'ai vu sa clairance et je lui ai dit qu'il fallait peut-être qu'on s'en occupe. Il n'a pas compris parce qu'il avait toujours eu ça et qu'on lui avait dit que c'était parce qu'il était vieux et diabétique. J'ai pris rendez-vous parce qu'il n'y avait pas d'urgence,

j'ai essayé de compléter le bilan d'insuffisance rénale et donc je lui ai fait faire l'écho sur laquelle il y avait la lithiase.

M : Donc ce patient est toujours suivi ?

L : Oui, par les néphrologues et en uro.

M : Donc les obstacles pour adresser un patient à un néphrologue...

L : Les patients qui n'ont pas envie d'y aller, la distance parce qu'on est loin. Je trouve que depuis que j'ai le numéro direct pour parler à un néphrologue c'est pratique mais comme je me suis installée après que le numéro ait été diffusé, je me suis fait engueuler plusieurs fois par la secrétaire parce que je ne l'avais pas. Maintenant j'ai le numéro et ça se passe vachement mieux, c'est pratique. Une autre patiente si vous voulez. Une grosse dame qui a accouché il y a 4-5 mois et elle a fait une pré-éclampsie. Pour la petite histoire, la grossesse a été découverte sur scanner abdominal. Donc elle était enceinte de 4-5 mois, elle a fait un diabète gestationnel et une pré-éclampsie. Après elle restait hypertendue, je lui ai demandé une microalbuminurie des 24 heures qui était vraiment positive, du coup je l'ai envoyée en néphro. Ils lui ont juste dit que c'était parce qu'elle était grosse et ils la revoient dans 2 mois.

M : Donc finalement il y a les patients qui n'ont pas envie...

L : Oui mais globalement je trouve que l'insuffisance rénale c'est abstrait pour eux. Généralement ils me disent non je n'ai pas mal aux reins, si je pisse bien, sinon ils me disent je vais boire plus. J'ai l'impression que l'insuffisance rénale c'est un peu compliquée à leur faire entendre. Donc généralement il faut les menacer de dialyse et ils comprennent.

M : J'ai l'impression que le suivi des patients que vous avez avec les néphrologues...

L : Ça se passe bien. Le plus long c'est d'avoir le premier rendez-vous

M : Quelle impression vous avez de l'utilité du suivi par le néphrologue ?

L : Ca dépend des fois. Parfois on a l'impression de passer un peu pour l'idiot de base. C'est bien de leur dire de ne pas prendre d'anti-inflammatoire mais quand ils vont acheter leur ibuprofène tout seul, ils vont l'acheter tout seul et on a beau leur répéter ce n'est pas qu'on ne leur a pas dit donc ils vont l'acheter. Essayer de faire le tri dans les médicaments, généralement on essaie de le faire. Il y a des médicaments que les gens ne prennent pas parce qu'ils n'ont pas envie de les prendre. Donc quand on a sur le compte-rendu, il n'y a pas d'IEC ou il n'a pas de « chez pas quoi », ce n'est pas de notre faute, il est sur l'ordonnance. Les toux sous IEC, parfois ils nous demandent

pourquoi ils ont un sartan plutôt qu'un IEC, si on a une toux sous IEC... Parfois on sent sur le compte-rendu qu'ils sont un peu énervés, ce n'est pas très grave, je ne le prends pas mal. Sinon ça se passe bien.

M : Concernant leur utilité ?

L : Ils sont utiles sur le bilan, après sur le suivi il n'y a pas forcément de changement. Après moi je fais des suivis biologiques, j'ai pas l'impression que ça change grand-chose. A part sur les cas particuliers. Par exemple pour le monsieur qui avait la lithiase, maintenant il est content, il dit qu'il a un bon score, maintenant il me dit qu'il ne voit pas pourquoi il y retourne, la dernière fois il m'a demandé s'il ne pouvait pas annuler, je lui ai dit non. C'est vrai que parfois j'ai l'impression qu'on pourrait faire le suivi, c'est mon humble avis de médecin généraliste. Une marche à suivre et en cas d'aggravation les réadresser, parce qu'effectivement un suivi tous les 6 mois ça dérange les gens. Nous on est à 60 bornes, pour les gens c'est la mission, surtout que la plupart sont âgés donc c'est vraiment l'expédition.

M : Comment pourrait-on améliorer la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques ?

L : Justement, qu'on nous donne une marche à suivre, un protocole de soins adapté aux patients et puis en cas de problème on rappelle et on reprend un rendez-vous. Même eux ça les déchargerait. Un compte rendu obtenu plus rapidement car en général on a revu les patients 2 ou 3 fois avant d'avoir le compte-rendu, parce que quand on reçoit le compte-rendu alors qu'il est sur le point de retourner voir le néphrologue c'est qu'il est un peu tard.

M : Est-ce que vous avez l'impression de manquer d'information sur quand recourir au néphrologue ?

L : Non, je n'ai pas l'impression. Après parfois on fait mal et on ne s'en rend pas compte mais je n'ai pas l'impression. Quand j'ai une insuffisance rénale je la fait toujours explorer : échographie, bilan sanguin, analyse d'urine sur 24 heures quand ils peuvent sinon sur échantillon. Après ça fait pas longtemps que je suis sortie de la fac, ça fait 3 ans1/2.

ENTRETIEN N°5

M : Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez adressé à un néphrologue ?

L : C'était pour un patient qui avait une insuffisance rénale chronique mais qui s'est installée un peu rapidement chez un patient vasculaire. Donc ils lui ont fait une ponction pour voir s'il n'y avait pas un autre facteur surajouté, au final c'était juste vasculaire. Après j'avais récupéré le numéro de la hotline de néphro mais je ne l'ai jamais utilisé. Tous les patients que j'ai adressés sont passés par la consultation de néphro. La seule fois où j'aurai pu en avoir besoin, c'était un syndrome néphritique, qui a été géré par mon remplaçant en passant par la hotline. Par contre si tu passes par le standard c'est compliqué, je ne sais pas s'il t'oriente mal, est-ce qu'il t'envoie vers un néphro... parce qu'entre le néphro greffe, néphro général, néphro dialyse, le néphro « je ne sais pas quoi », bref ça à l'air d'être un bordel tentaculaire la néphro. De notre côté c'est difficile de s'y retrouver. C'est vrai qu'heureusement on n'a pas souvent besoin de les appeler. Je dirai que le plus gros problème du CHU ça reste la gastro plutôt que la néphro mais c'est un autre débat.

M : Comment ça s'est passé pour les patients que vous avez adressé ?

L : J'ai vu qu'il y avait un problème sur des bilans systématiques. J'ai vu la clairance baisser. J'ai fait le tri dans les médicaments. J'ai fait un historique pour essayer de voir s'il y avait un facteur déclenchant particulier. Comme je n'ai pas trouvé grand-chose je l'ai envoyé voir le néphro.

M : Comment l'avez-vous adressé ?

L : J'ai fait une lettre puis j'ai appelé les consultations pour qu'il ait un rendez-vous relativement rapidement. Il a eu un rendez-vous en 1 mois ½, comme c'était quelque chose de subaiguë, il n'y avait pas nécessité d'avoir un avis néphro en direct. Puis le néphro a dit, une fois la première consultation faite, on fait une biopsie. Puis en attendant j'avais fait faire une écho, la protéinurie, les trucs simples qu'on peut faire nous en ville. On n'a pas à se plaindre, on a quand même un accès à l'imagerie et à la biologie qui est assez satisfaisant.

M : Les patients quand vous leurs demandez de faire une échographie...

L : En général ils arrivent à avoir un rendez-vous en 1 semaine ou 2, pour des choses non urgentes ça se passe bien. Après c'est sûr que quand tu commences à avoir l'hématurie, la créat qui s'élève rapidement, tu vas vite sur l'avis néphro mais pour moi c'est de la théorie car ça ne m'est jamais arrivé. Mon remplaçant a eu cette situation

une fois pour un de mes patients. Il a commencé à avoir une hématurie, donc on a fait un bilan bio et un bilan urinaire qui montraient justement une créat qui avait augmenté sans aucun facteur de risque particulier. C'était un syndrome néphritique subaiguë chez un patient vasculaire. C'était un patient qui était multivasculaire. Il a été ponté 4 fois en aorto-coronarien puis une prothèse pour un anévrysme de l'aorte. Ils ont mis des prothèses au niveau des 2 artères rénales. Ils ont fait un pontage aorto bi iliaque. Il a des stents dans les fémorales. Enfin bref. Au niveau vasculaire tout a été refait. Donc globalement on en a pas fait grand-chose, ça s'est tassé et puis voilà.

M : Il est toujours suivi ?

L : Oui, il va les voir tous les 6 mois. C'est vrai qu'ils n'ont pas forcément fait tellement de choses non plus. Mais c'est rassurant qu'ils soient dans la filière. C'est vrai que quand ils ne sont pas connus du spécialiste, s'il se passe quelque chose c'est plus compliqué. Alors que s'il est déjà suivi et qu'il se passe quelque chose ça permet de réactiver les choses beaucoup plus vite. C'est quand même pratique. C'est vrai que pour l'instant pour lui ils ne font pas grand-chose si ce n'est refaire de l'éducation et insister sur les prélèvements sanguins au niveau des mains et faire attention aux traitements néphrotoxiques. Ils remettent un petit coup de temps en temps, c'est vrai que ça ne fait pas de mal. Au niveau thérapeutique par contre ils ne font pas grand-chose. Après c'est déjà lancé et puis au moins on a un diagnostic. C'est vrai que la néphro c'est quand même compliqué. J'ai l'impression que pendant l'externat ils te lâchent tout d'un coup puis débrouilles toi avec ça. Alors que remettre des petites couches de temps en temps ça serait utile. Parce que se débrouiller juste avec le bagage de l'externat, tu te sens vite seul.

M : Vous aimeriez avoir des formations sur l'insuffisance rénale chronique ?

L : Oui, éventuellement en formation médicale continue, ça serait pas mal. Après c'est vrai que je bosse en périphérie et relativement tard. Les jeudis du généraliste, les choses comme ça, je ne l'ai jamais fait jusqu'à maintenant. Les journées de septembre de la fac ils ont des thèmes néphro mais généralement c'est très ciblé, des thèmes un peu plus larges ça serait pas mal. Après il y a les organismes du type AFML, MG Form et cetera. J'ai cru voir passer des thèmes comme ça. Mais là aussi il faut s'organiser. Si tu veux faire des formations, c'est lâcher ta patientèle un jour ou deux, ce n'est pas forcément simple. Il faut quand même qu'il y ait une présence aussi, car une journée ça fait 30 créneaux en moins et tu le paies le lendemain ou tes associés. C'est pas très confortable. L'idéal ça serait de faire du non présentiel mais tu le fais en dehors de ton temps de travail habituel, au final tu ne le fais pas. Je me suis inscrit récemment sur une formation d'ophtalmo faite par l'AFML, en me disant que ça pourrait être

intéressant, au final je ne l'ai pas faite. Il y a eu la naissance de mon fils, la vente de la maison, pleins de choses comme ça qui ont fait que je ne l'ai pas faite. L'avantage du présentiel c'est que tu y es et tu fais le truc puis on en parle plus. Mais il faut s'y inscrire, il faut le faire. Après je participe à des groupes de pairs le soir, c'est bien, mais c'est vrai que c'est moins formateur que quand tu passes une journée à tête reposée sans avoir fait une journée entière de travail juste avant.

M : Donc il n'y a pas de format idéal ?

L : C'est ça. Le soir quand je rentre chez moi, j'ai vraiment du mal à m'y mettre. Et puis je suis dans une période où j'ai pas mal de choses à faire en dehors du boulot. Le présentiel c'est difficile mais c'est toujours mieux que du non présentiel que tu ne fais pas ou pas sérieusement. Un guide de la néphro pour les nuls avec des arbres décisionnels simple ça serait bien. Après tu apprends tous les jours en fonction des cas que tu rencontres et des problèmes que tu dois régler. Sinon des formations régulières ça serait toujours intéressant, après dans quel cadre ? Les journées de septembre, c'est bien de faire des communications, mais après... Je pense qu'une formation globale sur la néphro ça serait peut-être pas mal pour beaucoup de gens. Après, comment organiser ça ? Car ça nécessiterait quelques heures de cours et d'échanges.

M : Concernant les cas que vous avez déjà rencontrés, est-ce que vous avez déjà eu des difficultés pour que vos patients rencontrent le néphrologue ?

L : Pas spécialement. Après le problème avec la néphro, c'est une spécialité où les gens ne sentent rien. C'est comme la diabéto, l'hépatologie ou les choses comme ça. Donc il y a certaines personnes qui peuvent ne pas comprendre la nécessité d'aller consulter quand c'est une insuffisance rénale relativement modérée ou débutante. Quand il y a l'hématurie en général ils ne se font pas trop prier, ça c'est clair. Après pour avoir un rendez-vous il n'y pas de problème, dans l'aigue je n'ai pas eu de problème à avoir un rendez-vous en 1 semaine ou 2. Ça c'est globalement bien passé. C'est pas aussi compliqué que pour avoir une consultation de neurochirurgie où il y a pratiquement qu'un service pour toute la région.

ENTRETIEN N°6

M : Pouvez-vous me parler de la dernière fois que vous avez adressé un patient à un néphrologue pour une première consultation ?

L : M. B. il a vu le néphrologue pour la première fois. Mais ça compte pas, il a 93 ans, une grosse pathologie cardio-vasculaire qu'il a décompensée et il s'est mis en insuffisance rénale sur un problème de débit. Ça s'améliore pour lui. Il vit en maison de retraite, un vieil agriculteur vachement sympa. Il alternait entre des passages en fibrillation auriculaire et des rythmes à 40-50 avec une cardiopathie hypertensive initiale. Il a abimé ses reins petit à petit. Il a été mal surtout au début. J'ai appliqué le traitement du cardiologue, on l'a traité par diurétique à des doses un peu fortes, je pense qu'on n'a pas franchement arrangé les choses au départ sur le plan rénal. Il s'était aggravé, puis petit à petit on a modifié le traitement et sa fonction rénale s'est améliorée. Je pense qu'il avait une insuffisance rénale fonctionnelle et iatrogène.

Autrement M. L., ça c'est un cas difficile. Je suis allé chez lui l'autre jour, il bouffait une boîte de bonbons au suc des Vosges tous les jours. Je suis allé dans sa chambre, il y a des tas de boîtes presque jusqu'au plafond. C'est un bon client pour la marque. Il est diabétique, hypertendu, en arythmie par fibrillation auriculaire, il a un foie bien abimé car il a beaucoup bu. Il a tout et il se traite par-dessus la jambe. L'autre jour il a arrêté son traitement juste pour embêter sa femme. Je suis allé en visite chez lui exprès pour le convaincre de reprendre son traitement. Il a 84 ans, c'est un agriculteur. Il est du genre à dire, qu'est-ce que vont devenir mes bêtes, il n'est pas question que je vende la ferme, c'est la ferme qui vient de ma mère. La mère, elle est morte à 100 ans il y a 3 ans. Sa femme n'a le droit de rien dire et il veut qu'elle n'hérite de rien. Elle a une myopathie mitochondriale qui évolue à bas bruit donc elle est un peu fatiguée. Mais comme lui ne peut plus rien faire, c'est elle qui va s'occuper des bêtes. Elle n'en peut plus. Lui, je lui donne pas plus de 6 mois à vivre. Il veut pas prendre les traitements, il revient me voir que quand il recommence à être essoufflé. A chaque fois je l'hospitalise en urgence.

M : Donc il est suivi par un néphrologue ?

L : Il doit y aller prochainement pour la première fois. Sa fonction rénale est complètement bousillée. Il a 9ml de clairance. Il était en fibrillation auriculaire depuis 10 ans avec un INR très fluctuant. C'est un monsieur qui n'est pas du tout compliant. Je l'ai mis sous coumadine, c'est moins néphrotoxique.

M : Donc vous lui avez proposé d'aller voir le néphrologue ?

L : Oui, il a déjà été vu car il a été hospitalisé 2 ou 3 fois. Une fois à Amboise pour décompensation cardiaque, en sortant il n'a pas pris son traitement donc il a été hospitalisé en urgences à Tours. Sur le plan cardiaque ils ont réussi à régler à peu près le problème.

M : Il a été d'accord pour aller voir le néphrologue ?

L : Oui, il a été d'accord parce que je lui ai dit que c'était très grave. Autrement il refuse d'aller voir les spécialistes. Je lui ai dit que s'il n'allait pas là-bas il allait mourir. Quand tu en es réduit à dire ça c'est qu'il y a un petit problème. Les autres ils y vont facilement. Le patient de 93 ans il y est allé sans problème, il a eu un rendez-vous tard mais on ne va pas s'acharner sur lui, il a 93 ans.

Par contre il y a M. M., il est suivi par monsieur Halimi. C'est un diabétique qui n'a pas fait son régime pendant 25 ans, il est bien gros, madame pareil. Il a commencé à fusiller son rein par l'hypertension, puis il a fait un infarctus puis est arrivé le diabète. Il doit avoir 4 antihypertenseurs. Il a accepté d'être sur une liste pour être greffé, il n'est quand même pas vieux, il a 68 ans. C'est un ancien inspecteur des impôts. Lui son diabète maintenant est bien équilibré, maintenant il se tient à carreau. Le problème c'est de les convaincre à faire attention avant qu'on ne soit au stade de la néphropathie chez le diabétique. Ça c'est difficile. C'est pour ça que je leur donne facilement des lecteurs de glycémie pour les sensibiliser. Pour ce patient c'est ce qui l'a aidé à prendre conscience du problème.

Autrement, j'ai une petite dame qui a 2 petits reins, elle est suivie par Dr C. Sa créat se maintient, elle est sous Aranesp. On n'a pas trouvé l'origine.

M : Donc quand vous proposez à vos patients d'aller voir un néphrologue, en général ils acceptent ?

L : Je connais assez bien mes patients. En général quand tu leurs dis, je voudrais que vous voyez le néphrologue parce qu'il y a un petit souci avec vos reins, en général ça passe. Ils sont conscients.

M : C'est compliqué pour avoir un rendez-vous ?

L : A l'hôpital ça va à peu près. Dr C c'est plus difficile donc je travaille plus avec Dr D et Dr E dans le privé. Dr E suit une de mes patientes qui a une créat à 13 ml depuis longtemps. Elle avait un problème au niveau d'un rein, mais elle n'a pas voulu se faire soigner. Donc elle a dit « non, je veux mourir », elle venait de perdre son mari, puis finalement ça fait 8 ou 10 ans que ça dure.

Moi souvent ce qui me pose problème ce sont les cardiologues car ils veulent mettre plusieurs traitements mais ils ne font souvent pas attention à la fonction rénale. Tu es obligé de recorriger après le traitement. J'aimerais bien qu'on ait une soirée de FMC avec les néphrologues, les cardiologues, les gériatres... une formation d'économie du médicament. Parce qu'il y a des ordonnances qui me rendent malades quand je les renouvelle, qui sont trop lourdes. Ça serait une formation importante, une formation sur les coprescriptions médicamenteuses en particulier chez la personne âgée. Là-dessus déjà les néphrologues nous aident. C'est pour ça que mes patients insuffisants rénaux chroniques passent tous par la case néphrologue.

M : Qu'est ce qui fait que vous adressez un patient chez le néphrologue ?

L : A partir du moment où ils ont une clairance en-dessous de 50, je me pose la question. Après je regarde comment ça a évolué les années précédentes. Déjà j'essaie d'éliminer tous les médicaments potentiellement néphrotoxiques. C'est pas toujours facile, notamment avec les antidiabétiques. Souvent je passe à Eucréas pour diminuer la dose de metformine ou j'utilise Novonorm car ça serait le moins néphrotoxique par rapport aux autres sulfamides. Après t'as la sécu qui t'allume parce qu'il coûte plus cher que les autres sulfamides. On devrait pouvoir avoir des consultations longues pour ces patients qui sont compliqués, chez le patient diabétique, chez le patient insuffisant rénal chronique, mais tu te colles une demi-heure de retard si tu veux être correct. Pour leur expliquer, t'assurer qu'ils ont bien compris. Tu t'aperçois qu'ils sont à côté de ce que tu as dit.

M : Donc à partir de 50ml de clairance vous demandez un avis au néphrologue ?

L : Oui, là j'ai besoin de l'avis du néphrologue. Je leur fait faire une echo-doppler. En général j'essaie de voir ce qu'ils ont comme pathologie : diabète, rétrécissement aortique, hypertendu depuis tant d'année, des trucs dans ce genre-là. De voir s'ils ont des raisons d'avoir une néphropathie d'origine vasculaire. Je fais systématiquement une électrophorèse des protéines et un bilan rénal complet. Avec ça, quand je suis sûr d'avoir une origine organique, je l'envoie au néphrologue.

M : Bilan d'insuffisance rénal complet ?

L : La calcémie, la phosphorémie, la parathormone avec tout ça.

M : Vous faites toujours un Döppler ?

L : Oui, pour éliminer une sténose des artères rénales. Mais il faut les envoyer à St Gatien pour avoir le Doppler. Après si on rentre dans une pathologie connue, je demande uniquement une echo reins et vessie chez les hommes pour éliminer un

obstacle prostatique. Chez l'homme on est un peu plus systématique. Mais on se fait souvent piéger. J'avais récupéré une patiente de mon prédécesseur. Elle avait fait une colique néphrétique et comme elle n'avait plus eu mal, elle n'avait pas eu d'échographie de contrôle. Quand je l'ai récupérée, je lui ai fait faire une écho parce que j'avais l'impression qu'elle avait une grosse rate. Elle avait une hydronéphrose colossale sur une lithiase qui a du évoluer à bas bruit. Ils ont été obligés de faire une néphrectomie. C'est pour ça que je suis vachement méfiant avec les coliques néphrétiques, même si le patient me dit qu'il va mieux, qu'il a pissé son calcul, ça ne m'empêche pas de faire un contrôle écho 2 ou 3 semaines après.

M : Pour avoir une échographie c'est facile ?

L : Oui, à Amboise c'est facile. Bon en ce moment c'est particulier parce que Dr F a un peu limité son activité. C'est important d'avoir un bon correspondant radiologue.

M : Les patients acceptent facilement de faire l'échographie ?

L : Oui. Tes patients sont un peu à ton image. Si t'es anxieux, tes patients seront anxieux, ça les rassure de faire des examens. Moi je suis peut-être un peu trop cool, il m'en faut beaucoup pour m'affoler.

M : Est-ce qu'il y a des patients qui ont une clairance basse mais que vous n'allez pas adresser au néphrologue pour une raison ou pour une autre ?

L : En général je ne vais pas les adresser parce qu'ils ne voudront pas. Mais ma démarche est plutôt de les faire voir, parce que j'aime bien me rassurer. Savoir s'il n'y a rien à faire. Le fait de passer chez le néphrologue, ça permet aussi de se tenir au courant, s'avoir s'il y a des nouveaux traitements. Ça permet de recadrer la chose parce qu'on perd en vieillissant. Ça c'est le plus dur.

M : Les patients qui ne veulent pas, pourquoi refusent-ils ?

L : La patiente d'avant, elle n'est pas allée chez le néphrologue pendant des années parce qu'elle ne voulait pas, mais docteur vous allez me traiter, de toute façon je ne veux pas être dialysée donc ça ne sert à rien d'aller voir le néphrologue. J'avais réussi à la convaincre parce qu'elle avait plusieurs pépins, elle a une insuffisance cardiaque, elle est diabétique, quand elle fait un ulcère ça traîne, ça se surinfecte, alors quand tu dois la traiter tu es un peu embêté, à part la pyostacyne tu n'as pas grand-chose. C'est rare, j'en ai pas beaucoup. Mais il faut aller avec patience, à chaque fois tu en remets un petit coup, puis à force ils y vont. Je leur dis dans ces cas-là que j'aimerais être rassuré, vous savez ils connaissent des choses qu'on ne connaît pas. Tu ouvres le parapluie, je leur fait comprendre que c'est pour me rassurer moi. Pour Mme B., c'est

comme ça que j'ai fait, elle est arrivée avec son echo cœur, son echo rénale, son ECG, son bilan de thyroïde, avec son bilan complet. J'aime bien aller jusqu'au bout du bilan juste avant. Je suis content quand je peux les adresser avec un diagnostic, ça me fait plaisir.

M : J'aurai voulu qu'on parle de votre perception du suivi réalisé par le néphrologue.

L : Globalement c'est positif. En général ils les voient tous les 6 mois, entre temps ils leurs donnent un bilan à faire que je surveille. On est en suivi alterné, je trouve que c'est confortable. Puis quand on est stabilisé... A Tours on a de la chance, parce qu'on a à la fois l'hôpital. Si t'as un truc en urgence, tu passes ton coup de téléphone et ils te le prennent. J'ai eu une patiente qui a fait une insuffisance rénale aiguë, j'ai téléphoné et ils me l'ont pris en charge tout de suite, elle avait fait une déshydratation aiguë. Nous on est à 25km, on n'est pas loin. Il y a toujours quelque chose à côté de laquelle on peut être passé. Les médecins qui disent que les néphrologues ne font rien, c'est des prétentieux. Tu ne peux pas tout savoir. Puis tu passes à côté de certaines choses. Le soir quand je rentre, je suis crevé. Tous les 6 mois ça me paraît bien. Il y a des cardiologues qui revoient les patients plus souvent que ça, on ne sait pas bien pourquoi.

M : On n'a pas parlé de la protéinurie.

L : Dès que j'ai une insuffisance rénale, j'ai tendance à la demander. Déjà pour tous les diabétiques c'est systématique. Je la recherche à la bandelette.

M : Est-ce que vous avez l'impression qu'il y a des choses à améliorer ?

L : C'est pas parfait. Nous médecins généralistes, on a un déficit de formation concernant l'insuffisance rénale. Il faut qu'on bouge sur nos formations continues. Je suis allé au Canada il y a 25 ans. J'avais beaucoup aimé leur manière de travailler. Ils viennent et ils analysent tant de dossiers concernant des patients que tu as vu pendant tant de temps. Puis ils font une étude sur l'évolution. Puis ils te disent, bon voilà, on constate que vous avez un petit déficit dans tel domaine. Donc on vous propose une formation dans ce domaine-là, c'est pris en charge par le syndicat. Je pense que la néphrologie ça a bougé. On utilise de plus en plus de médicaments qui sont efficaces donc potentiellement toxiques avec des effets secondaires. Je pense qu'on a un déficit de formation par rapport à l'utilisation du médicament et sa néphrotoxicité. Je suis sûr qu'il y a beaucoup de iatrogénie à côté de laquelle on passe. Je me dis que parfois je fais peut-être mal, je suis peut-être en train d'aggraver les choses. En maison de retraite on arrête beaucoup de médicaments parce qu'ils sont en phase... Tu les revois un an après, ils sont toujours bien. Moi je suis pour une formation hospitalière avec

des stages de 3 jours par an en consultation. Ça t'oblige à réviser et tu es en situation pratique. Les formations rémunérées sur internet, c'est du bachotage, c'est bien sur le principe mais ça n'est pas aussi bien que les situations pratiques. Il faudrait que ça soit obligatoire. Ça serait la première réforme la plus utile en médecine.

ENTRETIEN N°7

M : Pouvez-vous me parler de la dernière fois que vous avez adressé un patient à un néphrologue ?

L : J'ai téléphoné en néphrologie la semaine dernière pour une patiente mais finalement ils ne l'ont pas prise. C'est une dame très âgée pour qui je trouvais qu'elle avait une clairance basse, chez quelqu'un qui n'a qu'un seul rein. L'autre rein est parti suite à un cancer. J'étais embêté car elle a une créat à 17 avec une clairance à 25. J'ai appelé à Bretonneau, j'ai eu le senior qui m'a dit que si ça ne bouge pas il faut juste surveiller. C'est stable depuis 1 an. Il n'a pas souhaité la voir en consultation. Je voulais un avis pour savoir s'il fallait que je leur envoie ou non, bon il m'a demandé de refaire une créat dans 3 ou 4 mois.

M : Vous les avez contactés par quel moyen ?

L : J'ai reçu un numéro par un mail. C'est un numéro direct, C'est pas mal ça, ça manquait.

M : Il y a un autre patient que vous auriez adressé récemment ?

L : Non

M : Des patients suivis en néphrologie ?

L : Oui, j'en ai un ou deux. J'en ai eu un en dialyse mais il est décédé depuis.

M : Concernant les examens complémentaires comment ça se passe ?

L : C'est à Châtelleraut. C'est le problème parce qu'il y a une antenne de néphrologie à Châtelleraut dépendant de Poitiers mais ils ne prennent pas le 37 parce qu'ils ont trop de demande. Donc il faut qu'on les envoie à Bretonneau. C'est compliqué pour les patients. On est à la campagne et il y en a plein même de mon âge qui ne conduisent pas dans Tours, conduire dans Tours c'est compliqué. J'en ai pas mal qui ne veulent pas, ça pose problème, il faut qu'ils trouvent quelqu'un ou par VSL. Pour les examens tout est fait sur Châtelleraut, la radiologie. Pour le laboratoire c'est Loches ou Châtelleraut. Le problème c'est la consultation de néphrologie.

M : Comme pour les autres spécialistes.

L : Non, sur Châtelleraut on est assez bien pourvu. On n'est pas loin, on est à 24km. Il y a que pour la néphrologie ou les choses pointues qui posent problèmes. Là c'est Trousseau ou Bretonneau. Pour la cancérologie je les adresse à Poitiers. Les quelques patients que j'ai qui habitent dans le 86 peuvent être suivis à Châtelleraut pour la néphro.

M : Concernant la formation en néphrologie...

L : Oh là ! C'est insuffisant. Une formation en néphrologie ça serait bien. J'irai bien jusqu'à Tours. Je participe depuis 30 ans à la FMC de Châtelleraut à la clinique mais malheureusement faute de laboratoire elle s'est éteinte. Donc je cherche. Je vais peut-

être retourner aux jeudis du généraliste mais j'avoue que ça me pesait un peu d'aller à Tours le soir. Je vieillis. Je ne suis même pas sûr d'avoir eu une formation à la fac. A Tours je ne sais pas comment ça se passe mais à Paris... J'ai eu un stage en urologie mais pas en néphro. Il y avait sûrement un enseignement mais je ne m'en souviens pas, c'était il y a 30 ans, ça devait être réduit.

M : Et depuis la faculté ?

L : Non, je n'ai pas participé à aucune formation de néphrologie. Dans les sujets de FMC ça ne ressort pas.

M : Qu'est ce qui fait que vous allez adresser un patient en consultation de néphrologie ?

L : La clairance

M : Est-ce qu'il peut y avoir d'autres circonstances ?

L : Non, en tout cas comme ça, ça ne me vient pas à l'esprit. J'adresse plus souvent en urologie qu'en néphro. C'est quoi le sujet exact de votre thèse ?

M : Les déterminants du recours au néphrologue ...

L : Oui, c'est pas mal comme sujet. Oui, parce que ma problématique c'est l'âge. Chez une personne jeune c'est simple, quand on a une clairance pathologique on adresse. Chez le sujet âgé dans quelle mesure la clairance est pathologique ? Est-ce qu'une clairance à 40-45 c'est pathologique pour un sujet âgé ? Quand on leur demande, ils considèrent que c'est normal. C'est là ma difficulté, chez les personnes âgées autonomes qui vont bien. La barrière où elle est ? En plus la clairance c'est pas facile à évaluer entre les différentes valeurs, parfois il y a 3 valeurs différentes affichées, ça manque de netteté. Je suppose qu'il doit exister des critères, ça serait l'intérêt d'une formation. Après je pense que d'un néphrologue à l'autre il doit y avoir une part de subjectif. C'est une discipline ardue la néphrologie

M : D'autres raisons pourraient vous amener à ne pas adresser un patient à un néphrologue ?

L : Non, c'est essentiellement l'âge.

M : Est-ce que vous avez des difficultés à faire réaliser les protéinuries ?

L : Non, il y a une infirmière qui passe, il n'y a pas de souci. C'est l'infirmière parce qu'il n'y a pas de centre de prélèvement ici. En général pas de problème particulier.

M : Quelle perception vous avez du suivi réalisé par les néphrologues ?

L : Je n'ai pas de problème. C'est cadré.

ENTRETIEN N°8

M : Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous avez adressé en consultation à un néphrologue ?

L : Je m'en rappelle plus. Un patient qui avait une insuffisance rénale avec une microalbuminurie relativement importante. Donc je l'avais adressé en néphrologie à Trousseau. Ça s'était bien passé. Il avait une glomérulopathie d'origine indéterminée chez un patient polyvasculaire qui a subi par la suite des pontages artériels bifémoraux. Donc un terrain vasculaire important donc je pense que c'était probablement aussi vasculaire. Ça s'est bien passé. En général ils récupèrent s'ils ont un traitement suivi. A chaque fois je constate que les créatinines s'améliorent. C'est assez étonnant d'ailleurs. Il a eu une ponction biopsie qui a conclu à une glomérulopathie d'origine indéterminée. J'en ai plusieurs qui ne veulent pas être traitées, des personnes âgées qui se retrouvent avec une clairance à 10 et qui ne sont pas dialysées. Il voit le néphrologue mais n'est pas dialysé, il est sous nexavar.

M : Pour le premier patient c'était sur un bilan...

L : Sur un bilan biologique fait systématiquement dans le cadre de son suivi. Moi je pense qu'il faut faire des clairances de la créatinine régulièrement. On découvre des tas de choses. Je me souviens d'un patient chez qui on avait fait une clairance de la créatinine à l'occasion d'une prise de sang de façon systématique, je l'avais vu pour une bronchite, c'était un algérien, en fait on est tombé sur une créatinine extrêmement élevée. Depuis il est dialysé, il a reçu un rein de son épouse. C'est ça le sujet de votre thèse ?

M : Le sujet, c'est les déterminants du recours au néphrologue pour un patient insuffisant rénal chronique.

L : Bon, c'est rare que l'on n'adresse pas au néphrologue un patient insuffisant rénal chronique. La seule chose, ça peut être le refus du patient. C'est la raison la plus fréquente. J'ai une patiente qui a une créat à 14, elle est âgée et a un cancer du sein. Elle ne veut pas aller chez le néphrologue parce qu'elle a peur de la dialyse. Elle ne veut pas se retrouver à aller à l'hôpital trois fois par semaine. Elle veut vivre normalement pendant le temps qui lui reste. On ne la greffera pas, on va la dialyser à vie. Après il y a les patients qui ont un lourd passé médical ou chirurgical. Je pense que c'est la seule raison possible.

M : Le refus des personnes âgées...

L : Oui, toujours des personnes âgées en fin de vie, avec un lourd passé médico-chirurgical, une insuffisance cardiaque. Des gens qui se disent, je n'en ai plus pour longtemps, je ne vais pas m'embêter avec ça.

M : Pour le premier patient c'était une insuffisance rénale chronique ?

L : C'était la première fois que je le voyais et donc la première créatinine que je lui demandais. Il n'en avait pas de récente parce que la plupart des médecins ne la dosent pas. Le bilan standard c'est une numération, la glycémie et le cholestérol.

M : Comment ça s'est passé pour l'adresser au néphrologue ?

L : J'ai fait une lettre puis il a pris rendez-vous avec le néphrologue. Il n'y a pas eu de problème particulier. Très simplement. Par contre je ne téléphone pas parce que c'est très compliqué. Pour juger l'insuffisance rénale qu'est-ce qu'on a : la créatinine, à la rigueur la microalbuminurie. Qu'est-ce qu'on a d'autre ? On n'a rien, on n'a pas d'examen, on ne peut pas faire de diagnostic. On fait le diagnostic d'insuffisance rénale mais on n'a rien pour faire le diagnostic étiologique en médecine générale. On peut faire le Doppler des artères rénales. Après c'est la biopsie. Ça serait un peu limite de décider nous-même de traiter, traiter quoi, traiter comment ? Sauf s'il y a un gros trouble métabolique, une déshydratation à la limite, on réhydrate puis on voit ce qu'il se passe. Donc hors de question de garder le patient pour nous tout seul.

M : Donc sur les examens vous faites une microalbuminurie...

L : Oui, sur échantillon pour éviter de les embêter. Et puis c'est tout parce que de toute façon ça sera refait à l'hôpital. Si on commence déjà à les embêter avant l'hospitalisation, c'est comme ça que tu perds des patients. Ils vont moins accepter de se faire traiter si tu les embêtes trop. Il ne faut pas exagérer, il faut y aller doucement. Déjà essayer de leur faire faire des examens dans un confort relatif, leur faire prendre conscience du problème. Si tu commences par faire des examens invasifs ou embêtants comme l'albuminurie des 24 heures. Il faut y aller doucement sinon tu risques de les perdre pour les soins.

M : Et pour l'échographie ?

L : Ah oui, tu fais systématiquement une échographie des voies urinaires et c'est facile à faire faire par les patients. Ça dépend du type d'insuffisance rénale et de son importance. Si on obtient un rendez-vous rapidement, on ne fait pas forcément d'examen. Tout sera fait à l'hôpital. Si les rendez-vous sont tardifs on commence à faire des examens. S'ils obtiennent un rendez-vous dans 3 ou 4 mois et qu'on ne fait rien entre les 2 ce n'est pas bon. Psychologiquement pour le patient ce n'est pas bon.

M : Pour ne pas qu'ils aient l'impression d'être laissés à l'abandon ?

L : Tout à fait, il faut faire des examens. C'est comme ça que ça marche. On fait ce qu'on peut, on ne fait pas forcément ce qu'on doit faire. On fait ce qu'on peut faire. Après j'adresse systématiquement au néphrologue. Je leur dis carrément que je ne suis pas compétent. Ma phrase habituelle c'est : je suis médecin généraliste, je sais un petit de tout et le spécialiste sait beaucoup d'un petit peu.

M : Concernant le suivi par les néphrologues... Il est utile ?

L : Oui. Alors ce qui est curieux c'est que presque à chaque fois la créatinine s'améliore. Ce sont souvent des patients multitraités. La créatinine s'améliore, pourquoi ? Parce que souvent on élimine tous les produits néphrotoxiques. On leur fait du mal avec nos médicaments. On élimine les anti-inflammatoires, beaucoup d'antihypertenseurs sont prohibés et on arrive quand même à maintenir les choses comme ça. On a souvent besoin de l'avis du néphrologue pour prescrire des médicaments anti-hypertenseurs. C'est vrai qu'il y a pas mal d'antihypertenseurs qui ne sont pas très bons pour la fonction rénale et ça ne ressort pas très bien dans le Vidal. Donc c'est utile pour le traitement des pathologies concomitantes et des pathologies qui sont la cause de l'insuffisance rénale.

M : Vous seriez intéressé par une formation concernant l'insuffisance rénale chronique ?

L : Sans doute, ce serait bien que je me forme là-dessus comme sur beaucoup de sujet. Le problème c'est qu'il n'y a pas que l'insuffisance rénale chronique il y en a beaucoup d'autre. Il faut prendre le temps de le faire. De toute façon c'est bien connu, les gens qui se forment le plus sont les gens qui travaillent le moins. Ils ont souvent une très petite patientèle. On a des formations qui sont aussi rémunérées en partie. Donc ça motive un peu les gens qui n'ont pas beaucoup de patients. J'ai fait une formation pour les permis de conduire, alors j'ai payé 550 euros, plus l'hôtel et le déplacement, donc ça me revient à 700-800 euros et je vais être dédommagé de 500 euros donc c'est foutu. Après il y a beaucoup de gens qui font des formations bidons avec des labos dans des restaurants, moi je préfère rester à la maison. Pour les délégués c'est presque un challenge pour que j'arrive à aller à un repas, je décline presque toutes les invitations.

M : Il y a aussi des formations à Tours.

L : Oui, alors c'est souvent des formations le jeudi, c'est pareil tu perds ta journée, donc financièrement ce n'est pas intéressant.

M : Il y a aussi les jeudis du généraliste, le jeudi soir.

L : C'est où ça ?

M : C'est à la fac à 20h45.

L : Oui, mais c'est trop tard le soir.

M : Vous avez un référent néphrologue ?

L : Je travaille beaucoup avec le Dr A. mais il est urologue. Qui est ce qu'il y a comme néphrologue en ville ?

M : A Saint-Gatien il y a le Dr B. et le Dr C., puis ceux de Bretonneau.

L : A Amboise il y en a ?

M : Non

ENTRETIEN N°9

M : Pouvez-vous me parler du dernier patient que vous ayez adressé en consultation à un Néphrologue ?

L : Il y en a un certain nombre. Il y a un ancien grainetier dont la femme est décédée d'un cancer de l'ovaire poly-métastasé qui avait une vascularite à ANCA, qui va bien maintenant. Il est quand même en dialyse 2 fois par semaine. C'était particulier, c'est un cas qui m'a quand même marqué. C'est un monsieur qui avait une espèce de pathologie inflammatoire, j'avais appelé en rhumato, qu'on considère comme une maladie de Horton. Il avait été traité par corticothérapie puis à un moment il a remonté sa VS et sa CRP avec apparition d'urines mousseuses. Il a alors décompensé sur un mode d'insuffisance rénale aiguë, c'est là où je l'avais adressé au CHU, c'est là qu'il a fait cette vascularite à ANCA. Donc il a quand même récupéré un peu mais il reste en dialyse. Sa pathologie inflammatoire est stabilisée.

M : Donc lui a été vu directement en hospitalisation ?

L : Oui, directement en hospitalisation.

Sinon il y a des diabétiques qui ont des fonctions rénales basses qui sont suivis en néphrologie. Par exemple Mme M. Lucette que j'ai envoyé à Saint Gatien, suivie par Dr A., pour l'instant elle est stabilisée c'est une simple surveillance. Elle avait un diabète qui était difficile à stabiliser. J'ai Mme G. Ginette qui a aussi une simple surveillance, qui elle n'est pas diabétique. J'ai M. L. Raymond que j'ai envoyé voir le néphro, qui a une fonction rénale limite. Il n'est pas diabétique, lui c'est une origine hypertensive. Pour la petite histoire, j'avais fait refaire un contrôle écho et on a découvert un énorme anévrysme de l'aorte ascendante, il a été opéré. Il a une insuffisance rénale chronique qui est suivie de temps en temps. Voilà le courrier de 2016, il est vu régulièrement, il voit le néphro tous les ans. On fait attention à tous les médicaments et en particulier les anti-inflammatoires. Votre question c'est qu'est ce qui me fait adresser un patient au néphrologue ?

M : Ça peut être ça.

L : Le diabète avant tout qui est un gros pourvoyeur d'insuffisance rénale, les problèmes cardio-vasculaires, les hypertendus, après il y a tous les patients avec des pathologies auto-immunes. J'ai un patient qui a une pathologie à ANCA, c'est très particulier. J'ai une patiente qui a une maladie de Horton et qui a une créat un peu limite mais je ne l'ai pas adressée aux néphrologues.

M : Vous ne l'avez pas adressée ?

L : Parce qu'elle a 90 ans et qu'elle a eu un Horton traité. Sa néphropathie reste stable. Elle a aussi une insuffisance cardiaque avec une hypertrophie ventriculaire, elle a du Lasilix. Je ne l'ai pas montrée au néphro, peut-être que je ne le fais pas assez.

M : Est-ce qu'il y aurait d'autres raisons de ne pas adresser un patient insuffisant rénal chronique aux néphrologues ?

L : S'il y a une stabilité, pas de facteur d'aggravation, une pathologie diabétique majeure ou une hypertension difficile à équilibrer. Après c'est vrai qu'en particulier chez les personnes âgées il y a ce qu'ils veulent eux. Est-ce que des personnes âgées plus ou moins en bon état de santé on va aller leur faire des dialyses ou des choses comme ça ? Ce n'est pas forcément des gens qui seront greffés.

M : Vous dites ce que veulent les patients ?

L : Oui, il y a des gens qui parfois hésitent à aller trainer sur Tours. C'est loin. Ou des gens qui en ont marre d'aller voir des spécialistes à droite à gauche. Ils posent quand même la question du rapport bénéfice risque de ce qui va leur être proposé et est-ce que ça va améliorer ou apporter quelque chose. Après des gens jeunes qui ont une certaine pathologie, qui peuvent avoir des pathologies auto-immunes ou autres, dès fois la question ne se pose même pas, s'il y a une fonction rénale qui se dégrade un peu. Oui, il y a un intérêt à ce que ces patients soient suivis régulièrement, peut-être pas tous les ans mais régulièrement. C'est comme ça que je vois les choses. Je pense à d'autres patients que j'ai pu adresser, c'est vrai que c'est souvent des diabétiques ou des patients qui ont des pathologies vasculaires.

M : Comment ça se passe quand vous adressez les patients ?

L : Je fais un courrier. Il y a 2 pôles, soit c'est Bretonneau en néphro, soit j'envoie à St Gatien. Les gens de St Gatien ont plus de disponibilité en consultation, à l'hôpital il y a du surbooking. Par contre j'ai toujours le numéro de néphro référent et ça m'est déjà arrivé de l'appeler. Par exemple pour une patiente qui a fait un SHU avec un tableau aiguë d'insuffisance rénale et de thrombopénie, je suis allé la voir en néphro, elle était bourrée d'œdèmes, c'était impressionnant.

M : Surbooking à Bretonneau ?

L : Oui, c'est toujours difficile. C'est un peu compliqué. Disons que le numéro d'appel du référent, ça facilite les choses quand on a besoin d'un conseil. Après déranger des médecins référents pour un problème chronique, il vaut mieux passer par un courrier et un rendez-vous traditionnel par la secrétaire. Le référent c'est pour des choses plus

aiguës ou pour des problèmes de médicaments chez un patient insuffisant rénal chronique. C'est arrivé parfois de poser des questions par rapport à des médicaments.

M : Que vous apporte la consultation du néphrologue pour un patient insuffisant rénal chronique ?

L : Faire prendre conscience aux patients de leur pathologie, parce qu'ils n'ont pas toujours conscience des choses. Essayer de les sensibiliser à la pathologie. Parfois leur donner des conseils alimentaires, limiter certains aliments. Et puis aussi les sensibiliser par rapport aux médicaments. Il y a quand même une auto-médication importante avec des AINS, ibuprofène et autres. Les gens en consomment beaucoup. Aussi il y a des gens qui ne s'hydratent pas assez.

M : Donc l'éducation thérapeutique, les conseils alimentaires, les médicaments néphrotoxiques...

L : Oui, parfois là où c'est un peu plus difficile de temps en temps, c'est par rapport aux fameux IEC. Je me pose parfois la question IEC : oui ou non ? Par rapport à l'insuffisance rénale, alors que parfois ils en prescrivent. C'est peut-être ma formation de vieux médecin, les choses ont peut-être changées. C'est vrai que je vérifie toujours la fonction rénale dans les 10 jours. Je me rappelle toujours du Dr N. qui nous disait qu'il fallait toujours vérifier la fonction rénale à 10 jours et que si la créat monte au plafond, il faut l'arrêter. Par contre j'avais un patient qui est maintenant décédé, il était diabétique, il avait une protéinurie importante dans le cadre de son diabète avec une néphropathie. Le néphrologue avait fait une association avec des IEC à une assez forte dose dans le but de diminuer la protéinurie. Est-ce qu'ils mettent un IEC dans une insuffisance rénale sans protéinurie, je ne sais pas. C'est vrai que pour moi la néphro reste une discipline pas toujours évidente, un peu difficile. C'est vrai que parfois dans les ions urinaires et autres, on est parfois un peu perdu dans l'interprétation des données. C'est vrai que parfois je suis un peu étonné, on demande parfois des bilans phosphocalciques, on a des PTH au plafond, sans que ça les affole plus que ça, ils chargent en vitamine D. Le déficit en vitamine D est peut-être un facteur qui fait monter le taux de PTH ? Peut-être ? Je ne sais pas tout.

J'ai retrouvé le nom de mon patient avec une vascularite à ANCA. Mais bon ça c'est particulier. Après il est certain que le gros contingent des insuffisants rénaux ce sont des diabétiques et des hypertendus. Que dire de plus ?

M : On pourrait parler des examens complémentaires pour explorer les insuffisants rénaux chroniques...

L : Essentiellement chez les diabétiques, je fais créatinine et urée assez régulièrement, je suis assez vigilant avec les traitements néphrotoxiques et je fais surtout des microalbuminurie des 24 heures avec une clairance exacte. C'est tout essentiellement. Quand je vois une créatinine élevée pour laquelle je n'ai pas de cause évidente, je fais une échographie vésico-rénale pour apprécier la taille des reins et vérifier qu'il n'y ait pas de résidu post mictionnel. J'ai souvenir d'un patient qui avait une rétention chronique des urines avec une grosse insuffisance rénale. Maintenant il aurait repris ses mictions, en plus il est diabétique et obèse.

M : Donc s'il y a une cause évidente à l'insuffisance rénale vous ne demanderez pas forcément une échographie ?

L : Je pense qu'il faut quand même faire une échographie. De toute façon les néphrologues la demanderont. Je pense qu'il faut faire une écho parce que la médecine c'est toujours compliquée, pas toujours comme dans les livres. On peut très bien avoir 2 choses en même temps. On peut très bien avoir une néphropathie avec du diabète et une hypertension mais tu peux aussi avoir une grosse prostate avec un résidu. J'ai une patiente où je me suis fait avoir. C'est une dame qui avait toujours une créat élevée avec potassium élevé puis elle a été hospitalisée pour une infection urinaire. Finalement elle avait une lithiase obstructive, ils ont mis une sonde JJ, depuis sa créat et son potassium se sont normalisés. C'est un exemple où je me suis fait avoir. Donc je pense qu'il faut quand même faire une écho, surtout que c'est un examen facile à réaliser, enfin il faut quand même que les gens se déplacent mais c'est un examen non invasif.

M : Le déplacement c'est un problème ?

L : Parfois pour certaines personnes âgées. C'est toujours le problème des personnes âgées.

M : Et la protéinurie ?

L : Non, on y arrive facilement. Il faut bien leur expliquer que le premier matin, ils n'urinent pas dans le pot mais le deuxième matin oui. Moi j'aime bien pousser les examens complémentaires avant d'adresser au spécialiste avec le maximum de choses qui sont faites. Ça ne sert à rien d'adresser le patient aux néphrologues si tu n'as pas une créatinine, une recherche de protéinurie et d'hématurie. Et je demande bien aux patients de venir en consultation avec toutes leurs prises de sang. Ce qui est important c'est aussi de bien surveiller les poids pour surveiller l'apparition d'œdèmes. Ce n'est pas toujours évident à voir surtout chez les patients obèses. La grosse difficulté aussi, c'est d'arriver à convaincre les labos et les soignants de piquer sur le

dessus des mains, ça c'est une grosse bagarre à avoir parce que pour la dialyse ça risque de ne pas être facile. Puis également la vaccination contre l'hépatite B, il ne faut pas l'oublier. Mais c'est vrai que j'envoyais beaucoup moins aux néphrologues avant, disons que je m'en préoccupais peut-être moins avant. Peut-être aussi que c'est parce que j'ai 30 ans de boulot derrière et que mes patients vieillissent, des pathologies apparaissent. Puis on apprend aussi en vieillissant et en travaillant.

M : Concernant les formations... Peut-être en avez-vous déjà eu concernant la néphrologie ou l'insuffisance rénale chronique ?

L : Peut-être pas. Je participe régulièrement aux journées de septembre. Il y a des interventions de temps en temps sur l'actualité. C'est par ce biais-là. Mais sinon des formations en tant que tel. A vrai dire je n'en ai pas en tête. Il y a peut-être eu des jeudis du généraliste. Je pense que refaire des formations dessus ça serait intéressant. La néphro c'est une spécialité qui fait un peu peur, un peu compliquée. C'est vrai qu'à l'heure actuelle il y a tous les problèmes avec de pathologies auto-immunes et de vascularites. Peut-être que des choses augmentent en fréquence ou peut-être qu'on les cherche plus. (Il regarde le dossier d'une patiente) Micro-angiopathie thrombotique, elle a eu de l'eculizumab et échanges plasmatiques. Ça a été cataclysmique, elle a eu de la chance, elle a eu beaucoup de chance.

ANNEXE 2 – Liste des thèmes codés

Difficultés liées au système de soins

Impression d'une mauvaise organisation

Organisation des structures de soins méconnue

Surcharge des structures de soins

Eloignement géographique

Incompréhension de l'action du néphrologue

Le médecin souhaite se rassurer

Méconnaissance

Méconnaissance de l'organisation des structures de soins

Méconnaissance de l'utilité du néphrologue

Sentiment d'inutilité de l'action du néphrologue

Manque d'expérience médicale

Défaut de formation

Manque de temps et coût financier

Offre de formations insuffisantes

Profusion d'informations

Sentiment d'une spécialité complexe

Rôle du néphrologue

Education thérapeutique et prévention secondaire

Expertise initiale

Patients non coopérants

Représentations de la néphrologie par les patients

Inutilité et incompréhension

Peur de la dialyse

Mépris ressenti de la part des pairs

Négligence du médecin traitant

Peur de perdre le suivi de son patient

Besoin de satisfaire le patient

L'âge du patient

Vu, le Directeur de Thèse

Vu, le Doyen

De la Faculté de Médecine de Tours

Tours, le



Vincent MIGAZZI

71 pages – 1 tableau – 1 figure

Résumé :

Objectif : Explorer les déterminants du recours à un néphrologue par les médecins généralistes d'Indre-et-Loire pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique (IRC).

Méthode : Il s'agissait d'une étude qualitative à partir d'entretiens individuels semi-directifs conduits d'avril à juillet 2016. Les médecins interrogés devaient être des médecins généralistes installés en Indre-et-Loire. Un codage et une analyse thématique ont été réalisés.

Résultats : Neuf médecins généralistes ont été interrogés. Les principaux thèmes retrouvés étaient : la méconnaissance du rôle et de l'utilité du néphrologue de la part des MG et des patients ; la méconnaissance des Recommandations de pratique clinique de la part des MG ; les résistances et refus des patients mis en liens d'une part avec leurs connaissances et représentations de la néphrologie, d'autre part avec l'éloignement géographique.

Conclusion : Le recours au néphrologue en Indre-et-Loire est influencé premièrement par les perceptions et représentations de l'IRC de la part des médecins généralistes et des patients. Il existe un renforcement de ces représentations entre les MG et les patients. Deuxièmement par l'organisation locale des consultations néphrologiques, en particulier l'éloignement géographique des lieux de consultation. Pour améliorer le recours au néphrologue, des interventions simultanées et synergiques de formations des MG, d'informations des patients et de modifications de l'organisation locale pourraient être utiles.

Mots clés : Soins de santé primaires, insuffisance rénale chronique, organisation des soins

Jury :

Président du Jury : Professeur Jean-Pierre LEBEAU, Médecine Générale, PU, Faculté de Médecine – Tours

Directeur de thèse : Professeur Jean-Michel HALIMI, Thérapeutique, Faculté de Médecine – Tours

Membres du Jury : Professeur Matthias BUCHLER, Néphrologie, Faculté de Médecine – Tours

Professeur François MAILLOT, Médecine interne, Faculté de Médecine – Tours

Date de soutenance : Le 6 juillet 2017