

Année 2017/2018

N°

Thèse

Pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

par

Thomas VAN DAMME

Né le 23 avril 1979 à Paris XIV (75)

TITRE

**La place du médecin généraliste dans le suivi partagé des patients greffés rénaux :
étude observationnelle auprès des praticiens de la Région Centre-Val de Loire**

Présentée et soutenue publiquement le **28 septembre 2018** devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Antoine THIERRY, Néphrologie-hémodialyse et Transplantation Rénale,
Faculté de Médecine – Poitiers

Membres du Jury :

Professeur Emmanuel RUSCH, Information Médicale, Epidémiologie et Economie de la Santé, Faculté de
Médecine – Tours

Docteur Paul BARDIÈRE, ARS Centre-Val de Loire – Chartres

Docteur Pascal NAVEAU, Médecine Générale – La Ferté-Vidame

**Directeur de thèse : Professeur Matthias BÜCHLER, Transplantation Rénale, Faculté de Médecine –
Tours**

La place du médecin généraliste dans le suivi partagé des patients greffés rénaux : étude observationnelle auprès des praticiens de la Région Centre-Val de Loire

RESUMÉ :

Introduction : La transplantation rénale est le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale offrant la meilleure qualité de vie au patient. Comme le préconise la HAS dans ses recommandations de 2007, elle nécessite un suivi régulier et partagé entre les néphrologues et les médecins généralistes. L'objectif de ce travail, soutenu par l'association de patients France Rein Centre-Val de Loire, est d'évaluer les pratiques, les difficultés de prise en charge des patients greffés rénaux en Médecine Générale ainsi que les voies d'amélioration possibles pour réintégrer le médecin généraliste dans un suivi partagé optimal.

Méthode : Etude observationnelle descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes de la Région Centre-Val de Loire, ayant dans leur patientèle au moins un patient greffé rénal entre 2000 et 2016 au CHRU de Tours.

Résultats : Sur les 697 médecins généralistes sollicités, 319 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 45,8 %. 311 réponses ont été exploitées. Près de la moitié des médecins généralistes voient en consultation leurs patients greffés rénaux plus de deux fois par an ; le motif de la dernière consultation étant majoritairement un problème médical aigu. 54 % des médecins interrogés se sont parfois trouvés en difficulté de prise en charge face à leur patient greffé rénal. La méconnaissance des interactions médicamenteuses avec les immunosuppresseurs et les comorbidités associées à la transplantation constituent les principales difficultés de prise en charge. Contacter le néphrologue de proximité (hors CHRU) constitue le premier réflexe en cas de difficulté de prise en charge. 74 % des médecins ne connaissent pas l'existence de la ligne téléphonique directe avec le centre transplantateur régional. Les médecins généralistes estiment avoir une place modérée dans le suivi partagé, même si leur contribution principale réside dans le premier recours. La formalisation d'un protocole commun de suivi pour ces patients particuliers peut constituer un moyen de renforcer le rôle du médecin généraliste.

Conclusion : Le médecin généraliste s'inscrit de manière naturelle dans le suivi des patients greffés rénaux. Sa place dans le suivi partagé reste aujourd'hui à redéfinir sur des bases concertées.

Mots clés : greffe rénale - médecin généraliste - suivi partagé - premier recours

ABSTRACT :

Introduction : Kidney transplantation is the end-stage renal disease treatment providing the best quality of life to the patients. As recommended by the French National Authority for Health in 2007, kidney transplantation requires a regular follow up shared between the nephrologists and general practitioners. The goal of this study, supported by the patient association named France Rein Centre-Val de Loire, is to assess the practices, the difficulties of care for the kidney transplant recipients in general medicine and the improvements that could be done to reintegrate the general practitioner in an optimal follow up.

Method : Observational and descriptive study carried out thanks to a questionnaire intended for primary care provider of the Centre-Val de Loire region, having at least one patient who went through a kidney transplantation between 2000 and 2016 at Tours Hospital.

Results : Out of 697 sought primary care providers, 319 filled in the questionnaire meaning 45,8%. 311 replies have been exploited. Almost half of the general practitioners see their transplanted patients more than twice a year ; the last consultation being for an acute medical event. 54% of the practitioners found have faced difficulties with the care of their transplanted patient. The lack of the knowledge regarding the medicinal interactions with the immunosuppressants and the comorbidities along with the transplantation are the main management difficulties. In case of management difficulties, contact the nephrologist is the first reflex. 74% of the general practitioners don't know the existence of the direct telephone line to the regional transplant center. The general practitioners consider that they have a moderate role in the shared follow up even though their main contribution remains primary care. The formalization of a common protocol of follow up for those patients could be the solution to reinforce the role of the general practitioner.

Conclusion : The role of the general practitioner is quite obvious in the follow up of the kidney transplant recipients. His role in the shared follow up needs to be collectively redefined

Keywords : kidney transplantation - general practitioner - shared follow up - primary care

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE 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. Daniel ALISON
Pr. Catherine BARTHELEMY
Pr. Philippe BOUGNOUX
Pr. Pierre COSNAY
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
Pr. Elie SALIBA

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 – T. CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L. GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – 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 – D. ROYERE – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
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
BEJAN-ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
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
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
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
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
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
OULDAMER Lobna	Gynécologie-obstétrique
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
PLANTIER Laurent	Physiologie
QUENTIN Roland	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénéréologie
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
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BRUNAUT Paul	Psychiatrie d'adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
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
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

ZEMMOURA IlyessNeurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ NadiaNeurosciences
BOREL StéphanieOrthophonie
DIBAO-DINA ClarisseMédecine Générale
LEMOINE MaëlPhilosophie
MONJAUZE CécileSciences du langage - orthophonie
PATIENT RomualdBiologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile.....Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ AyacheDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
CHALON SylvieDirecteur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
COURTY YvesChargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
ESCOFFRE Jean-MichelChargé 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 NathalieChargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ BriceChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER FrédéricChargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
LE PAPE AlainDirecteur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER FrédéricDirecteur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
MEUNIER Jean-ChristopheChargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
PAGET Christophe.....Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL WilliamChargé 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 ClaireOrthophoniste
GOUIN Jean-MariePraticien Hospitalier
PERRIER DanièleOrthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA EmmanuellePraticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE BéatricePraticien 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 Antoine THIERRY,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance la plus sincère.

A Monsieur le Professeur Matthias BÜCHLER,

Cher Matthias, merci d'avoir accepté d'encadrer ma thèse. Ton enthousiasme est communicatif et ta disponibilité de tous les instants a grandement facilité mon travail. C'est avec un grand plaisir que j'ai travaillé sous ta direction. Sois assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Emmanuel RUSCH,

Votre expérience dans le domaine de l'Epidémiologie et de la Santé Publique n'est plus à prouver. Vous avez accepté de juger cette thèse. Veuillez trouver ici le témoignage de tout mon respect.

A Monsieur le Docteur Paul BARDIÈRE,

Merci pour vos conseils experts au moment où cette thèse n'était qu'une idée. C'est avec grand plaisir que je sou mets ce travail à votre appréciation.

A Monsieur le Docteur Pascal Naveau,

Cher Pascal, je garde un souvenir marqué de mon passage à la Ferté-Vidame. Je n'oublierai pas ton approche empathique des patients, ta rigueur, ton ouverture d'esprit et tes conseils toujours avisés. La Médecine Générale que tu exerces est la Médecine Générale que j'espère un jour pratiquer.

Un merci particulier à Madame Marie-Françoise BARATON, de l'association de patients France Rein Centre-Val de Loire, qui a su, par sa pugnacité, obtenir un

financement pour la réalisation de cette étude. Travailler à vos côtés a été un plaisir. Merci encore pour votre investissement dans ce projet.

Merci également aux **secrétaires des consultations de Transplantation Rénale**, pour m'avoir aidé durant mes longues semaines de recueil de données dans les archives du Service.

A mes parents et à mes soeurs, merci de votre soutien sans faille et de la confiance que vous m'avez accordé durant toutes ces années étudiantes (elles commencent à être longues !). Cette fois, c'est la fin, ouf ! Je vous aime !

A mes amis de Tours, de l'ISAB et d'ailleurs. Merci de m'avoir soutenu quand j'ai décidé de reprendre Médecine.

Et à toi Clémence, merci de m'avoir donné nos deux amours, Juliette et Gaspard. Je ne peux pas rêver meilleure mère pour nos enfants. Merci de m'avoir toujours encouragé et d'avoir accepté l'éloignement géographique pendant mon Internat. Je t'aime !

Table des matières

1	INTRODUCTION	13
1.1	Données générales	13
1.2	Le suivi du patient greffé rénal, un suivi nécessairement partagé	14
2	MATÉRIEL ET MÉTHODE	16
2.1	Recrutement des patients greffés rénaux	16
2.2	Critères d'inclusion des MG	17
2.3	Le questionnaire	19
3	RÉSULTATS	20
3.1	Démographie médicale	20
3.1.1	Année d'installation	20
3.1.2	Département d'exercice	21
3.1.3	Mode d'exercice	21
3.1.4	Zone d'activité	22
3.2	Le suivi du patient greffé rénal en Médecine Générale	23
3.3	Les difficultés rencontrées dans le suivi	25
3.4	La place du MG dans le suivi partagé	29
3.5	Les perspectives	30
3.5.1	La télémédecine	30
3.5.2	Groupe de réflexion	31
3.5.3	Don d'organe	32
4	DISCUSSION	33
5	CONCLUSION	41
6	ANNEXES	42
	<i>Annexe 1 : Lettre explicative de l'étude adressée aux MG</i>	<i>42</i>
	<i>Annexe 2 : Questionnaire de l'étude</i>	<i>43</i>
7	BIBLIOGRAPHIE	46

Liste des abréviations

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

MG : Médecin Généraliste

WONCA : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

HAS : Haute Autorité de Santé

HCAAM : Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

1 INTRODUCTION

1.1 Données générales

La greffe rénale est la technique de suppléance de choix dans le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale [1]. Elle offre le meilleur rapport coût/efficacité procurant la meilleure qualité de vie pour un patient en insuffisance rénale chronique terminale [2]. Dès le début des années 2000, les pouvoirs publics ont formalisé les enjeux que représente la greffe rénale au travers des Plans Greffe. Le nombre de greffes rénales est en progression chaque année en France, mais les besoins restent importants, en témoigne le nombre d'inscrits sur liste d'attente. En 2016, 3615 greffes rénales ont été effectuées (vs 3044 en 2012), dont 576 à partir de donneurs vivants (vs 357 en 2012) [3].

La région Centre-Val de Loire est un vaste territoire et fait partie, avec l'Île de France et Rhône-Alpes, des trois régions qui présentent une prévalence de la greffe rénale significativement supérieure au taux national [4]. Le CHRU de Tours en est le centre de compétence pour la greffe rénale. Il a comme mission de centraliser l'ensemble des besoins régionaux et possède la double compétence de greffe rénale adulte et pédiatrique. L'activité de transplantation rénale a réellement débuté en 1985 au CHRU de Tours. Elle a presque doublé ces 20 dernières années pour atteindre près de 150 greffes rénales en 2017.

Au 31 décembre 2016, le nombre estimé de malades adultes vivants avec greffon fonctionnel, suivis au CHRU de Tours, est de 1238 [5] et parmi les patients inscrits en liste d'attente (n=476, base Cristal), près de 91 % sont domiciliés dans la région (moyenne nationale 86,1 %) [4]. Selon la DREES [6], 2201 MG exerçaient en Région Centre-Val de Loire en 2016 (libéral exclusif et activité mixte), ce qui représente approximativement un prorata de 0,56 patient greffé rénal par MG, peut-être moins, car certains patients sont suivis hors région. Ce nombre peut paraître dérisoire mais les enjeux en terme d'espérance et de qualité de vie pour un patient méritent que l'on s'interroge sur la manière de prendre en charge ces patients.

Du fait de l'amélioration de la survie des patients et de l'augmentation du nombre de greffes réalisées chaque année, la cohorte de patients à suivre en post transplantation croît rapidement, occasionnant, pour le centre transplantateur, une activité de consultation parfois débordante.

La transplantation rénale implique la prise d'immunosuppresseurs au long cours. Il en va de la survie du greffon. La mise en route, l'adaptation et le suivi de la thérapie immunosuppressive est du ressort du néphrologue. Les comorbidités associées à la greffe rénale sont nombreuses : cardiovasculaires [7] [8], infectieuses, néoplasiques [9] et métaboliques, dont le diabète post-transplantation [10]. Leur dépistage précoce est essentiel au regard des enjeux de morbi-mortalité et nécessite l'engagement de l'ensemble du corps médical.

La compétence de suivi au long cours des patients, telle que définie dans la conférence WONCA de 2002 [11], anime au quotidien tout MG. A ce titre, un MG peut se retrouver en situation de dépister et gérer certaines complications de la greffe rénale. Djamali A. insiste sur la nécessaire collaboration entre le centre transplantateur, la communauté de néphrologues et le MG pour prévenir les complications de la greffe rénale [12]. Gupta G., quant à lui, rappelle qu'aux Etats-Unis, le MG est rapidement sollicité par un patient, dans les mois suivants la greffe, pour des raisons d'encombrement des structures hospitalières, et qu'il doit donc jouer un rôle pivot dans la prévention des comorbidités dans la population des transplantés [13].

1.2 Le suivi du patient greffé rénal, un suivi nécessairement partagé

Une fois le patient greffé, un suivi médical rapproché est instauré par le centre de compétence, à raison de plusieurs consultations hebdomadaires les 3 premiers mois, puis le suivi s'espace progressivement. Le relais partagé de prise en charge avec les néphrologues hospitaliers de périphérie s'effectue entre 6 mois et un an post-greffe, selon l'état du patient. Par la suite, le patient greffé rénal est revu au moins deux fois

par an par le centre transplanteur (4 fois pour les patients d'Indre-et-Loire) ; le suivi au long cours étant assuré par les néphrologues de proximité et le MG.

La HAS a édité en 2007 une synthèse des recommandations professionnelles pour le suivi ambulatoire du patient transplanté rénal au delà de trois mois après la transplantation [14]. Elle formalise en 2009 l'organisation du suivi partagé entre le centre transplanteur et les médecins correspondants, au travers d'une série de critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques [15].

Le MG fait partie des médecins correspondants mais son rôle dans le parcours de soins n'est pas clairement défini.

Il existe très peu d'études évaluant les pratiques et le rôle du MG dans le suivi partagé du patient greffé rénal. Girol B., dans sa thèse de Médecine de 2007, a élaboré un guide exhaustif de suivi du patient transplanté rénal à destination du MG ; guide de 376 pages énumérant les différentes complications de la greffe rénale, mais peu utilisable en pratique [16].

Dans l'étude de T.McCashland [17] portant sur le suivi des transplantés hépatiques par les MG, 73 % des MG interrogés se sentent à l'aise pour gérer les problèmes médicaux globaux de leurs patients greffés (hypertension artérielle, diabète, vaccination, actes de prévention) et 55% d'entre eux ne contactent le centre référent uniquement pour des problèmes inhérents à la greffe elle même; ce qui tend à démontrer que le MG a un réel rôle à jouer dans le suivi partagé d'un patient greffé.

L'objectif de cette étude est de faire la lumière :

- sur les pratiques de prise en charge d'un patient greffé rénal en Médecine Générale,
- sur les difficultés rencontrées par les praticiens dans le suivi d'un patient nécessitant une surveillance particulière
- et sur la place qu'occupe aujourd'hui un Médecin Généraliste dans le suivi partagé d'un patient greffé rénal ; suivi prôné par la HAS dans ses recommandations de 2007.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODE

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, basée sur un questionnaire destiné aux MG de la région Centre-Val de Loire ayant dans leur patientèle au moins un patient adulte, greffé rénal au CHRU de Tours, entre 2000 et 2016.

La liste des patients greffés, par année, a été obtenue au secrétariat des consultations de Transplantation Rénale du CHRU de Tours en mai 2017.

Chaque patient a ensuite été anonymisé par un nombre et répertorié dans un tableur, par année de greffe.

Le traitement des données issues des dossiers médicaux a été effectué après autorisation du Correspondant Informatique et Libertés du CHRU de Tours, le 09 février 2018.

2.1 Recrutement des patients greffés rénaux

Au total, 1691 greffes ont été réalisées à Tours entre 2000 et 2016.

Pour être inclus dans l'étude, un patient greffé rénal devait au moment du recueil de données :

- être vivant
- être âgé de plus de 18 ans
- porteur d'un greffon fonctionnel (non suppléé)
- avoir un suivi régulier documenté dans le Service de Transplantation rénale adulte du CHRU Tours
- avoir un MG traitant, identifié dans le cahier de suivi médical

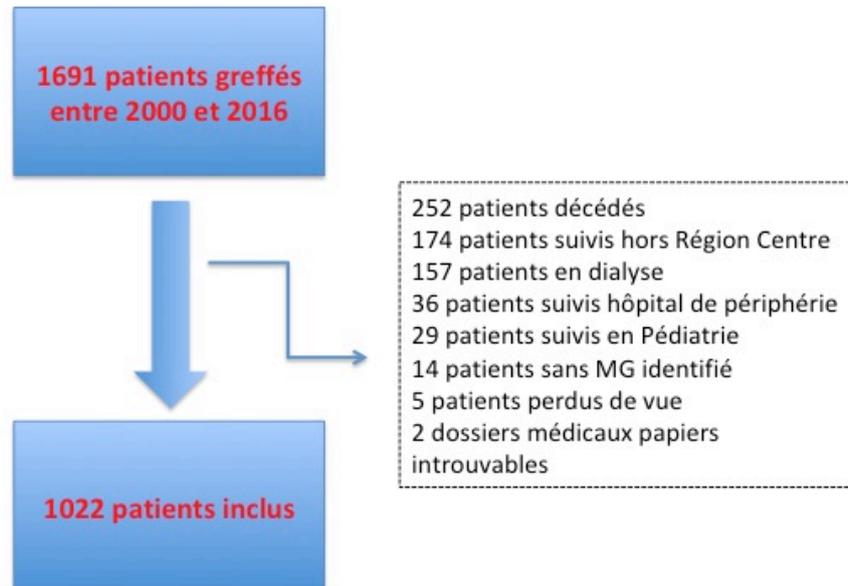


Figure 1 : Recrutement des patients greffés rénaux

Au total, 1022 patients greffés avec un MG identifié ont été inclus dans l'étude.

2.2 Critères d'inclusion des MG

Le référencement des MG, destinataires de l'étude, a été réalisé au sein des archives du Service de Transplantation Rénal du CHRU Bretonneau à Tours, entre mai 2017 et décembre 2017.

Le nom du médecin traitant de chacun des 1022 patients greffés a été relevé, année par année depuis 2000, à partir du cahier de suivi médical, puis reporté dans un tableur.

Pour être inclus dans l'étude, le MG d'un patient greffé rénal devait :

- être en exercice dans la région Centre-Val de Loire au moment de l'étude
- exercer à l'adresse d'expédition du questionnaire

Si un MG avait dans sa patientèle plusieurs patient greffés rénaux, un seul questionnaire lui était adressé.

Les adresses des MG ont été obtenues à partir des différents courriers de liaison situés dans le cahier de suivi, ou sur internet, via le site www.pagesjaunes.fr.

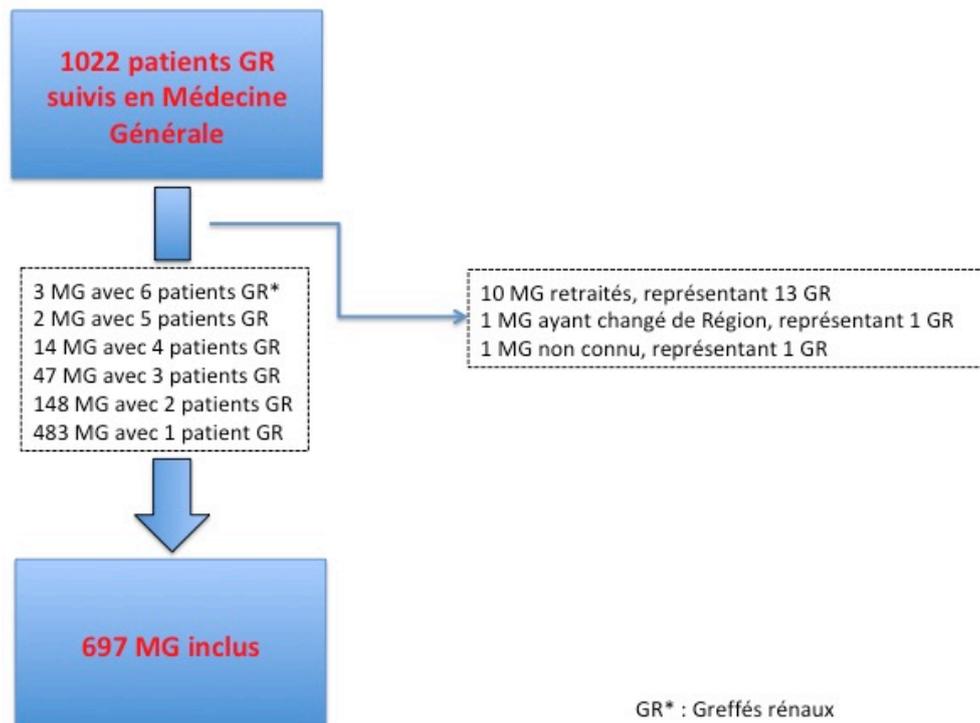


Figure 2 : Inclusion des MG dans l'étude

Au total, 697 MG ont été inclus dans l'étude.

Les 697 questionnaires ont été adressés simultanément par voie postale début février 2018. L'enveloppe d'envoi comprenait un texte explicatif de l'étude, le questionnaire (annexes 1 et 2) et une enveloppe de retour. Une date limite de retour des questionnaires a été arbitrairement fixée au 30 avril 2018. Aucune relance n'a été prévue.

Un financement, servant à l'envoi des questionnaires, a été obtenu grâce à l'association de patients France Rein Centre-Val de Loire ; association qui agit dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique.

2.3 Le questionnaire

Le questionnaire adressé aux MG comprenait :

- 5 questions socio-démographiques
- 15 questions fermées, à choix unique ou multiple, répertoriées en 4 parties intitulées :
 - « Le suivi du patient greffé rénal au cabinet »
 - « Difficultés rencontrées dans le suivi »
 - « Place dans le suivi partagé »
 - « Perspectives »
- une question finale ouverte, où le MG pouvait faire part de ses réflexions sur la thématique abordée

Préalablement à l'envoi, ce questionnaire a été testé par 3 MG installés dans la Sarthe.

3 RÉSULTATS

Sur les 697 MG sollicités, 319 médecins ont répondu au questionnaire, soit un taux de réponse de 45,8 %.

Parmi les 319 réponses reçues, 8 n'ont pas été exploitées :

- 4 médecins déclarent être à la retraite
- 2 questionnaires ont été retournés vierges ; le MG stipulant ne pas avoir de patient greffé rénal dans sa patientèle.
- 1 MG stipule être « dans l'impossibilité de répondre au questionnaire dans la mesure où je ne vois pas ces patients »
- 1 MG exerce hors Région Centre

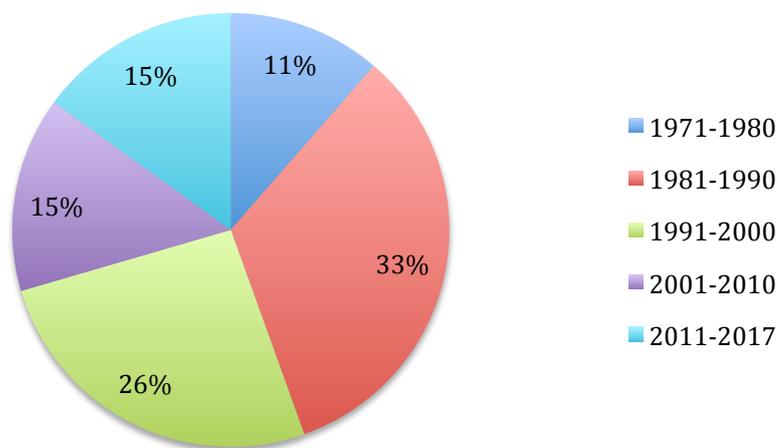
Au total, 311 questionnaires ont été dépouillés.

3.1 Démographie médicale

3.1.1 Année d'installation

→ Les MG installés depuis plus de 15 ans ont majoritairement répondu au questionnaire.

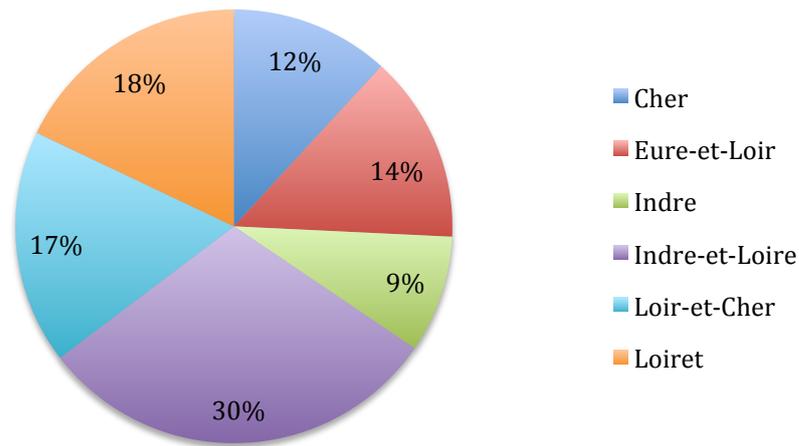
Figure 3 : Répartition des MG par année d'installation



3.1.2 Département d'exercice

→ Près d'un tiers des répondants exercent en Indre-et-Loire ; département du centre de compétence en Transplantation rénale.

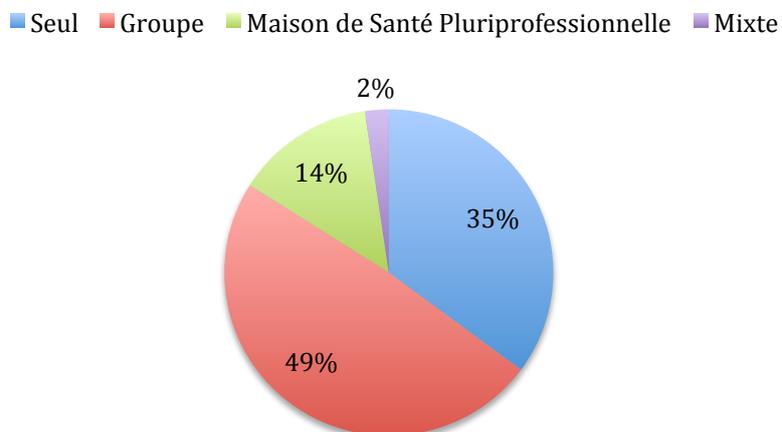
Figure 4 : Répartition des MG selon le département d'installation



3.1.3 Mode d'exercice

→ 84 % des MG exercent dans le cadre de structures groupées (avec d'autres médecins et/ou professionnels de santé).

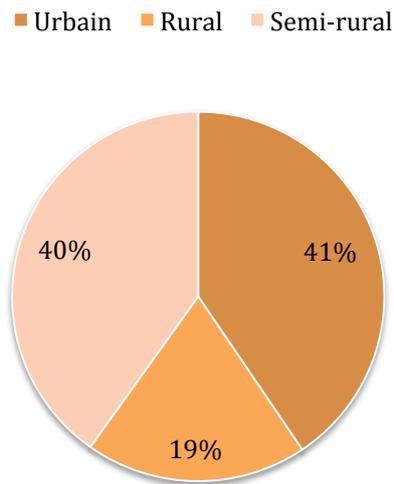
Figure 5 : Répartition des MG selon le mode d'exercice



3.1.4 Zone d'activité

→ 80 % des MG ayant répondu exercent en zone urbaine ou semi-rurale.

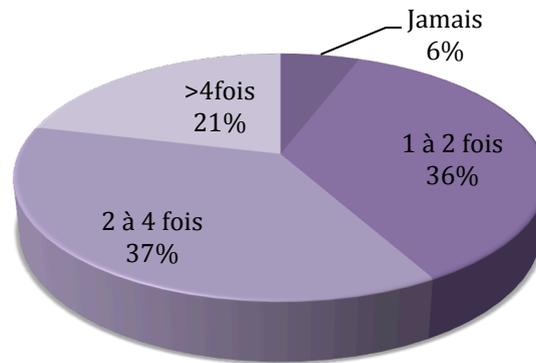
Figure 6 : Répartition des MG selon la zone d'activité



3.2 Le suivi du patient greffé rénal en Médecine Générale

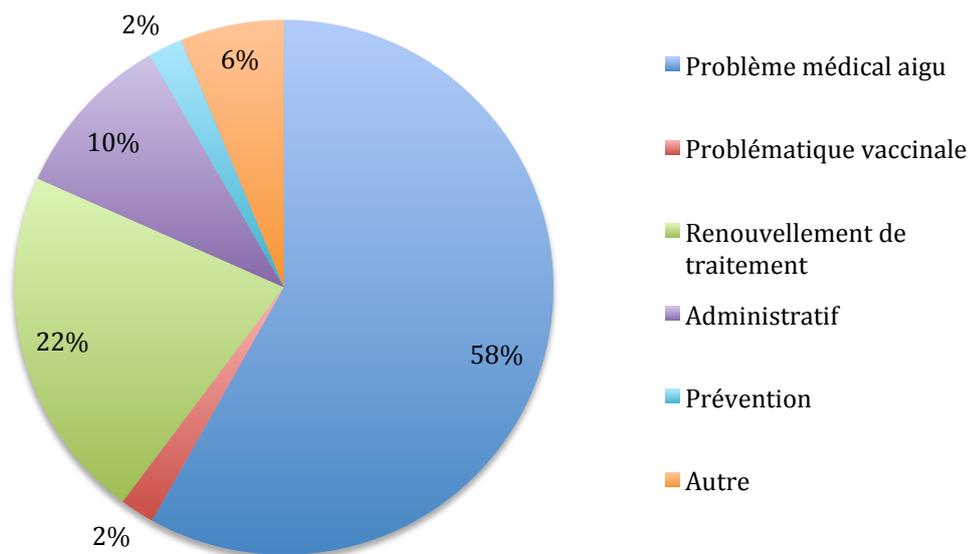
→ 58 % des MG interrogés voient leur(s) patient(s) greffé(s) au moins 2 fois par an.

Figure 7 : Fréquence annuelle des visites des patients greffés chez le MG



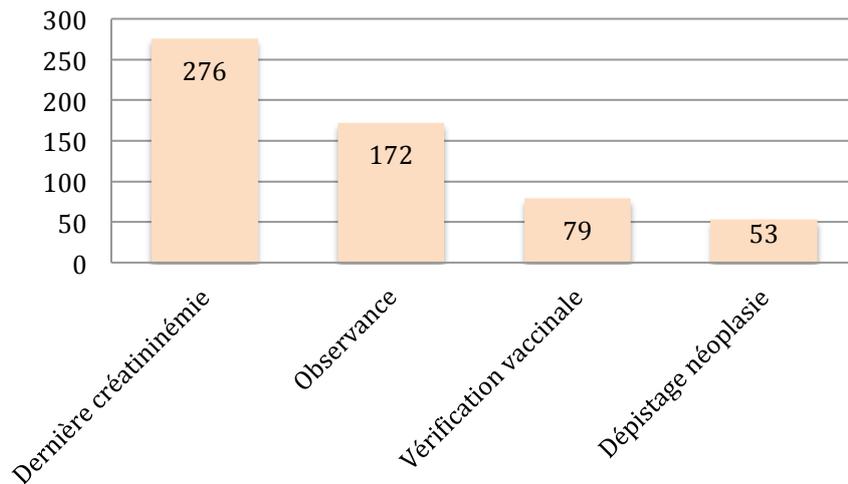
→ Le motif de la dernière consultation est majoritairement un problème médical aigu. Les actes de prévention et les problématiques vaccinales sont peu représentés, 2 et 6% respectivement.

Figure 8 : Motif principal de la dernière consultation



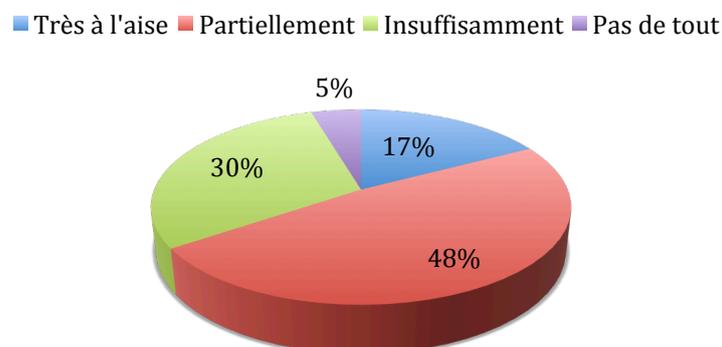
→ Les MG s'enquière principalement de la dernière fonction rénale connue et vérifient l'observance médicamenteuse chez leurs patients. Le dépistage des néoplasies et la vérification du statut vaccinal ne semblent pas constituer le principal objet de la consultation.

Figure 9 : A quoi prêtent principalement attention les MG lors d'une consultation avec leur patient greffé rénal ?



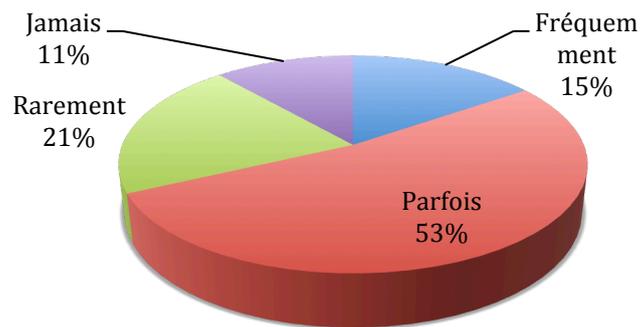
→ Seuls 17% des MG interrogés se sentent très à l'aise avec la prise en charge vaccinale. Plus d'un tiers d'entre eux sont insuffisamment, voir pas du tout à l'aise avec les modalités vaccinales de leur patient greffé.

Figure 10 : Le MG est-il à l'aise face à la prise en charge vaccinale de son patient greffé rénal ?



→ Plus de la moitié des MG abordent parfois le sujet de la greffe rénale avec leurs patients insuffisants rénaux chroniques. 1/3 d'entre eux n'évoquent rarement ou jamais le sujet.

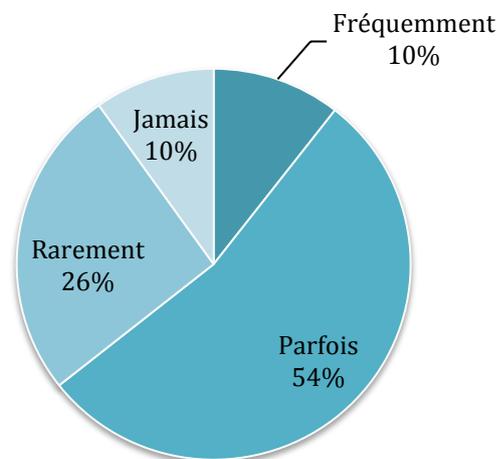
Figure 11 : Abord de la greffe rénale avec les patients insuffisants rénaux chroniques



3.3 Les difficultés rencontrées dans le suivi

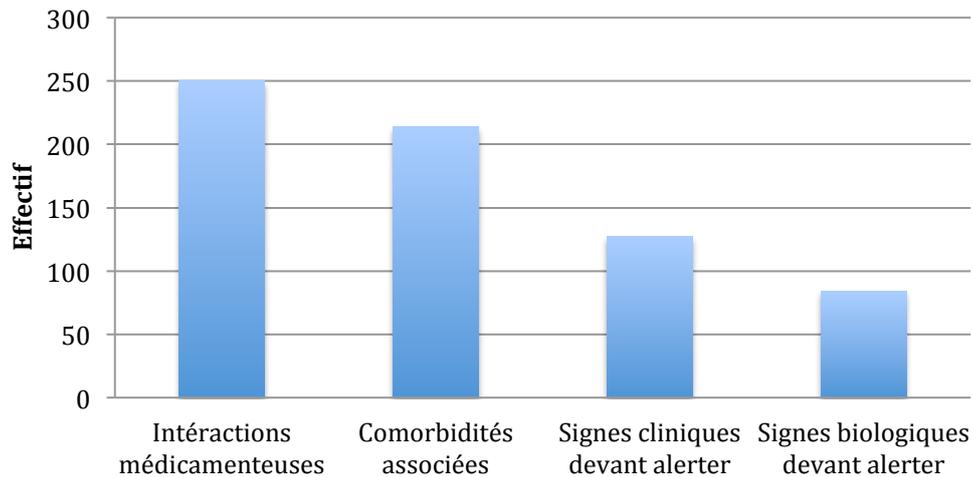
→ Près de 2/3 des MG se sont parfois ou fréquemment retrouvés en difficulté de prise en charge avec leur patient greffé rénal.

Figure 12 : Le MG s'est-il déjà retrouvé en difficulté de prise en charge avec son patient greffé rénal ?



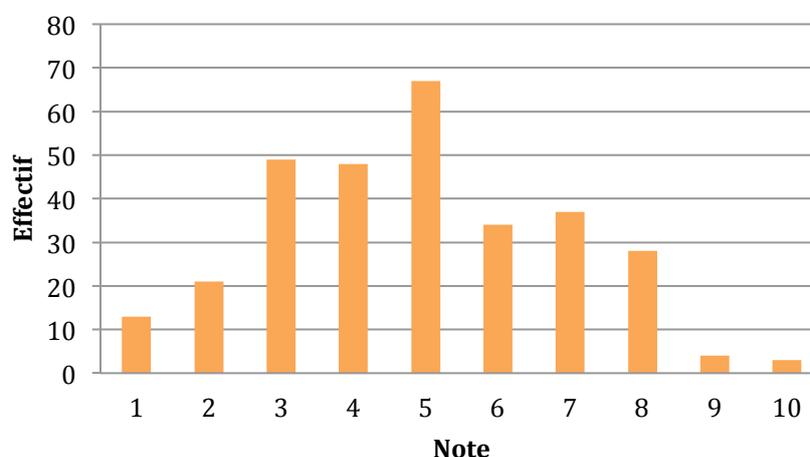
La méconnaissance des interactions médicamenteuses et les comorbidités associées à la greffe rénale sont les deux principales difficultés rencontrées par les MG dans la prise en charge de leur patient greffé (n=302 répondants).

Figure 13 : Principales difficultés à la prise en charge d'un patient greffé rénal en Médecine Générale



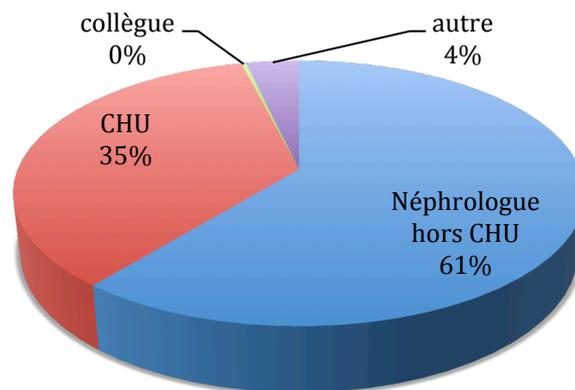
Si on demande aux MG de s'auto-évaluer (échelle de 1 à 10) sur leur connaissance des signes d'alerte devant amener à prendre un avis néphrologique, la médiane des notes est à 5/10 (moyenne 4,9).

Figure 14 : Notes d'autoévaluation des MG sur la connaissance des signes d'alerte nécessitant un avis néphrologique



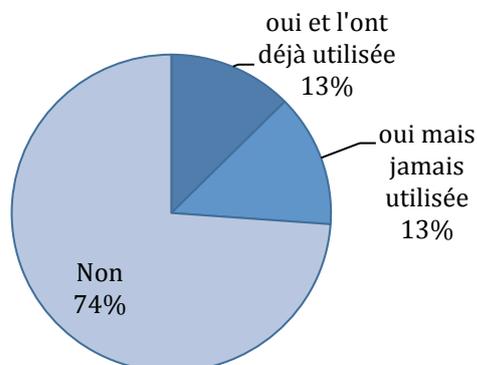
→ En cas de difficulté de prise en charge, le premier réflexe de 61% des MG est de contacter le néphrologue de proximité (hors CHU). 35% d'entre eux s'adressent directement au centre transplantateur.

Figure 15 : Quel est l'intervenant sollicité en cas de problème de prise en charge ?



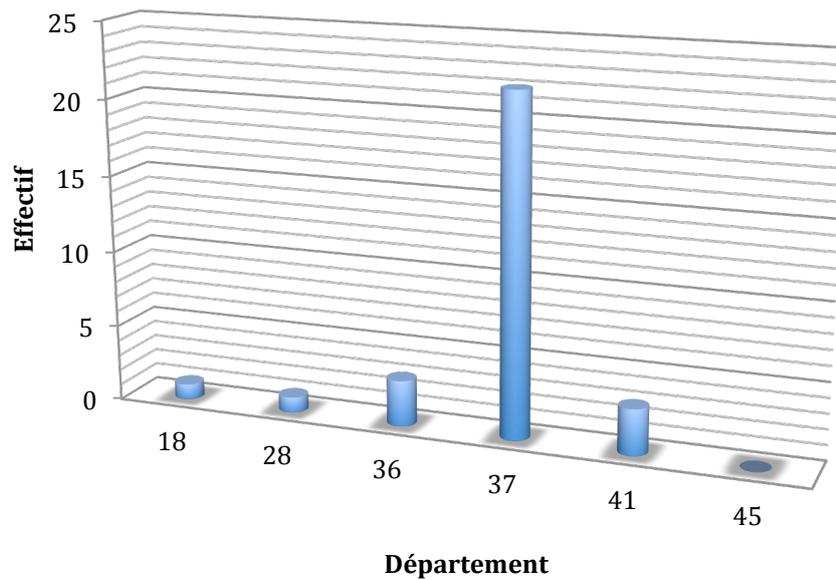
→ Près de 75 % des MG ne connaissent pas la ligne téléphonique directe avec le centre transplantateur (hotline) ; numéro qui est à leur disposition pour joindre rapidement un néphrologue en cas de problème. 30 MG seulement ont déjà utilisé cette ressource téléphonique.

Figure 16 : Les MG connaissent-ils la hotline avec le CHU en cas de problème ?



La grande majorité des MG ayant déjà utilisé la hotline exercent à proximité du centre transplantateur (Indre-et-Loire).

Figure 17 : Effectif par département des MG ayant déjà utilisés la hotline



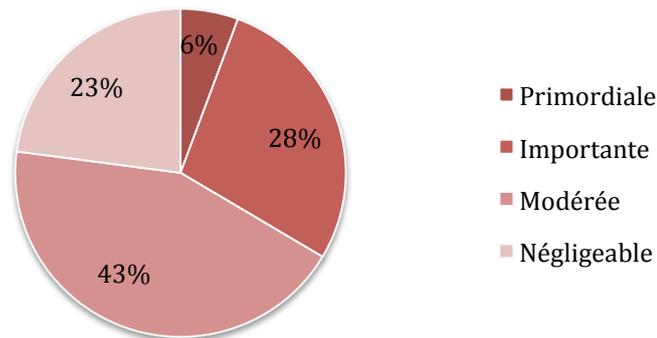
→ A la question de savoir si les MG se sentent suffisamment formés sur les spécificités du suivi d'un patient greffé rénal, sur une échelle de 1 à 10 (1 : non formés ; 10 : parfaitement formés), la note moyenne est de 3,4/10.

→ Par ailleurs, si on demande aux MG d'évaluer leur compétence face aux problématiques de soins primaires chez un patient greffé rénal, sur une échelle de 1 à 10, la note moyenne est de 4,8/10.

3.4 La place du MG dans le suivi partagé

→ 2/3 des MG avouent avoir une place « modérée » ou « négligeable » dans le suivi partagé. 28% d'entre eux estiment malgré tout avoir un rôle « important » à jouer.

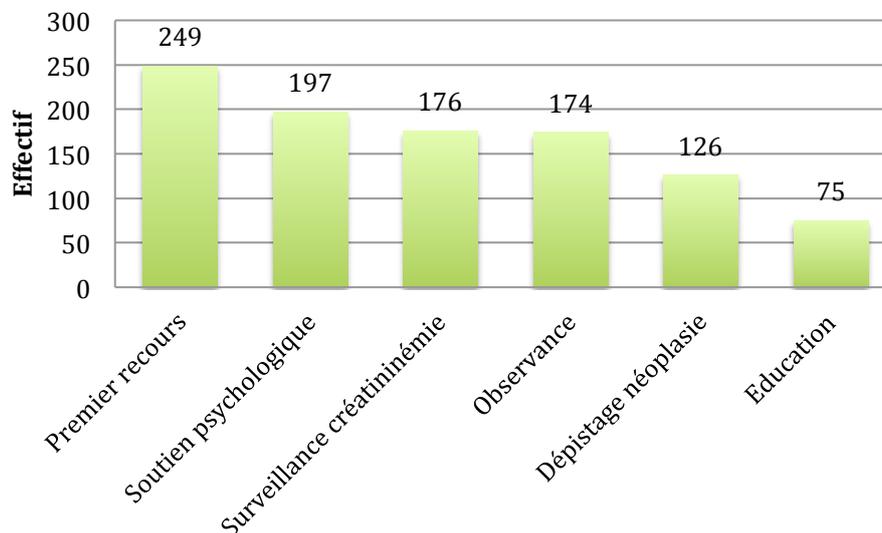
Figure 18 : Contribution du MG dans le suivi d'un patient greffé rénal



→ Si on leur demande en quoi le MG peut apporter sa pleine contribution dans le suivi partagé :

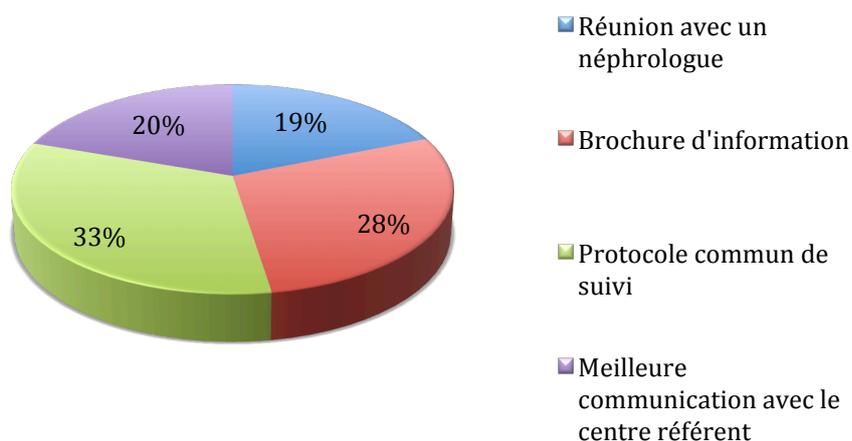
- la fonction de premier recours semble primordiale pour plus de 80% d'entre eux (249 MG sur 311).
- Les missions d'éducation du patient et de dépistage des néoplasies ne semblent pas être dévolues au MG dans le suivi partagé.

Figure 19 : Contribution du MG dans le suivi partagé



Pour renforcer le rôle du MG dans le suivi partagé, la réalisation d'un protocole commun de suivi avec les néphrologues et la réalisation d'une brochure d'information sur les signes d'alerte sont les deux leviers d'actions majoritairement choisis par les MG.

Figure 20 : Leviers pour renforcer le rôle du MG dans le suivi partagé



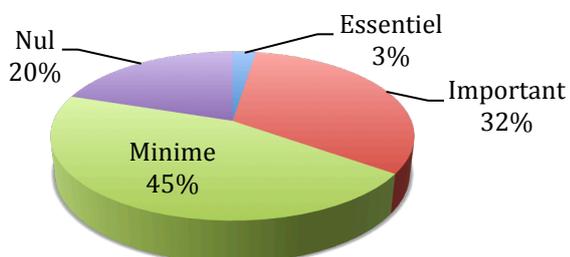
3.5 Les perspectives

3.5.1 La télémédecine

Le développement de la télémédecine ces dernières années donne une nouvelle dimension au suivi des patients et pallie l'éloignement des centres de compétence.

Pour 2/3 des MG, cette nouvelle approche n'apporterait qu'un effet « minime » ou « nul » dans leur suivi des patients greffés, en pratique de ville.

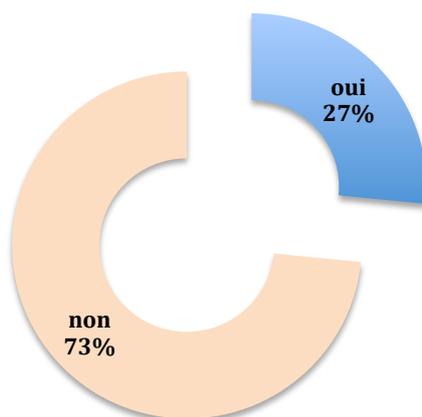
Figure 21 : Apport de la télémédecine dans le suivi du patient greffé rénal



3.5.2 Groupe de réflexion

→ 27 % des MG de la Région ayant répondu au questionnaire sont prêts à participer à un groupe de réflexion dans le but d'améliorer les pratiques de prise en charge des patients greffés rénaux.

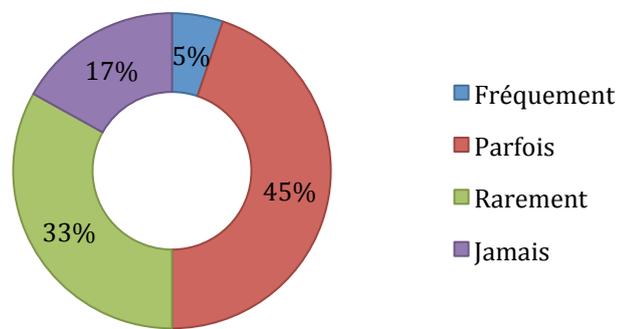
Figure 22 : Proportion de MG prêtes à participer à un groupe de réflexion pour optimiser la prise en charge des patients greffés rénaux



3.5.3 Don d'organe

→ Environ 50 % des médecins généralistes déclarent aborder « parfois » ou « régulièrement » avec leur patientèle la question du don d'organes. Alors que 50 % d'entre eux n'évoquent pas ou peu le sujet.

Figure 23 : Abord du don d'organe avec la patientèle



4 DISCUSSION

Le MG, un acteur de premier recours souvent en difficulté

Préserver un greffon rénal fonctionnel dans la durée impose un suivi médical rapproché et coordonné entre les différents acteurs de santé. Dépister et traiter les comorbidités, s'assurer de l'observance médicamenteuse, proposer une thérapie immunosuppressive optimisée et monitorée sont les bases du succès d'une greffe rénale dans le temps [18].

Les patients greffés rénaux sont pris en main très tôt par les néphrologues. Le MG est amené à les voir en consultation dans les mois ou années suivant la greffe, parfois régulièrement (1 MG sur 5 voient leurs patients greffés plus de 4 fois par an). Cette étude confirme bien que les MG font partie des acteurs impliqués dans le suivi des patients greffés rénaux.

Plus de 80 % des MG trouvent leur contribution au suivi partagé dans le premier recours aux soins ; le motif principal de la dernière consultation étant d'ailleurs majoritairement un problème médical aigu. Ce chiffre n'est pas étonnant car les MG sont, par définition, les professionnels de proximité mobilisés pour la santé des populations. Renforcer et formaliser ce rôle d'interlocuteur local, au travers peut-être de missions élargies, pourrait contribuer à une meilleure structuration du parcours de santé pour les patients greffés.

Les MG prêtent principalement attention à la dernière fonction rénale connue de leur patient. La question de l'observance médicamenteuse ne suscite une attention particulière que chez un peu plus de la moitié des MG interrogés. Pourtant, l'observance médicamenteuse est essentielle dans les suites d'une greffe rénale et se doit d'être régulièrement questionnée pour éviter le rejet et l'impact des comorbidités. Dew, dans sa méta-analyse de 2007, montre d'ailleurs que le taux de non observance médicamenteuse est le plus élevé dans la greffe rénale comparé aux autres types de greffes [19]. Zhao montre dans son étude portant sur 250 patients greffés en Chine que l'observance au suivi décroît avec le temps et qu'une

meilleure compliance est associée à une meilleure qualité de vie [20]. Il serait donc intéressant de sensibiliser d'avantage les MG sur la problématique de l'observance des patients.

Le dépistage des néoplasies ne mobilise en priorité que 53 MG sur 311. La méconnaissance des comorbidités liées à la greffe chez plus de 200 MG interrogés peut expliquer en partie ce phénomène. Le manque de temps dans une consultation de Médecine Générale, le suivi hospitalier approfondi régulier peuvent également expliquer que le MG « délaisse » ce pan de la prise en charge.

Près de deux MG sur trois se sont déjà, parfois ou fréquemment, retrouvés en difficulté face à leur patient greffé rénal. La méconnaissance des interactions médicamenteuses et des comorbidités associées à la greffe constituent deux limites clairement identifiées à la prise en charge en Médecine Générale.

Différents articles scientifiques à destination des MG expliquent comment surveiller les paramètres cliniques, biologiques et thérapeutiques chez un patient greffé rénal [21]. Malheureusement, la plupart de ces articles, parfois trop exhaustifs, ne sont pas adaptés à la réalité de la pratique en Médecine Générale. En effet, pour des patients nécessitant une prise en charge particulière comme les greffés rénaux, les messages à destination des MG, souvent surchargés de travail, se doivent d'être clairs et synthétiques, pour savoir si un avis spécialisé s'impose rapidement ou non, et ainsi éviter une possible erreur médicale.

Les MG n'estiment pas avoir été suffisamment formés sur les spécificités du patient greffé rénal. Malgré tout, près de la moitié d'entre eux auto-évaluent leur compétence à gérer les problématiques de soins primaires avec une note supérieure ou égale à 5/10. Cela semble signifier que la compétence à suivre un patient greffé ne réside pas uniquement dans le fait de connaître les spécificités biomédicales et thérapeutiques inhérentes à la greffe, mais passe par d'autres champs d'action comme le premier recours, le soutien psychologique, le travail en réseau.

Selon Crawford, la greffe rénale semble induire, chez certains patients une réalité différente de l'attente qu'ils se faisaient de la greffe : contraintes du traitement à vie, surveillance médicale étroite, problèmes infectieux... [22]. Ces distorsions entre attente de la greffe et réalité de la post greffe doivent être entendues et comprises

par l'ensemble du corps médical. Le MG doit pouvoir, à ce titre, jouer un rôle de premier plan car acteur de la prise en charge globale des patients.

Concernant la problématique vaccinale, elle concerne très peu de motif de dernière consultation (2%) et seuls 25 % des MG y prêtent une attention particulière lors d'une consultation. 17 % des MG estiment manier correctement la vaccination chez le patient greffé rénal, ce qui paraît peu au regard du risque infectieux majeur chez les patients greffés. Il existe donc une lacune chez la plupart des MG, alors même que la vaccination est une pratique de routine en Médecine Générale. Les thérapies immunosuppressives induisent effectivement une susceptibilité aux infections bactériennes et virales. La mise à jour des vaccinations est effectuée avant la greffe et vérifiée lors des bilans chez le néphrologue. Malgré tout, le MG peut être amené à se questionner sur la réalisation d'un vaccin, notamment chez un patient greffé depuis plusieurs années, dont le suivi spécialisé s'espace. Une information claire doit donc lui être fournie.

Par ailleurs, Dimitrov soulève dans son étude multicentrique le problème du non respect des recommandations des néphrologues par les médecins traitants. En effet, son étude propose d'évaluer le taux de vaccinations contre l'hépatite B effectivement réalisées par le MG aux patients insuffisants rénaux chroniques, suite à la recommandation écrite du néphrologue. La vaccination a été proposée ou débutée par le MG chez 38,4 % des patients, alors qu'elle n'a pas été évoquée chez 61,6 % d'entre eux [23]. Ce travail, selon l'auteur, « ne doit pas être considéré comme une critique du travail des MG » et contribue à la réflexion du suivi alterné de patients souffrant de maladies chroniques.

La problématique du suivi du patient greffé rénal implique une prise en compte de la distance qui sépare le patient greffé du centre de compétence, même si l'éloignement, à proprement parlé, n'a pas d'impact sur le taux de réussite d'une greffe rénale dans les premières années [24].

L'éloignement géographique régional de beaucoup de MG explique certainement qu'ils ne connaissent pas la ligne téléphonique directe avec un néphrologue du CHU. Il n'est donc pas étonnant que les MG d'Indre-et-Loire, travaillant à proximité du CHU, connaissent et utilisent d'avantage cette hotline. A noter qu'aucun MG du Loiret n'a utilisé cette hotline avec le CHRU de Tours, du fait certainement de la

proximité du CHR d'Orléans. Il serait judicieux, dans les courriers de suivi adressés aux MG par le centre de compétence, de rappeler l'existence de ce numéro de téléphone, qui s'avère très utile, notamment quand le néphrologue référent de proximité n'est pas joignable.

La place du MG dans le suivi partagé reste à définir et à valoriser

Parler de suivi partagé pour un patient greffé rénal, c'est, de fait, réfléchir sur l'organisation des soins et sur la place qu'occupe chaque intervenant médical.

Aujourd'hui, selon cette étude, les MG n'estiment pas occuper un rôle de premier plan dans le suivi de leur patient greffé, souvent à regret.

Exemples de citations tirées de la question *Commentaires libres* :

- « Les patients greffés échappent à la prise en charge globale et préventive du médecin généraliste en étant suivis de façon rapprochée par le néphrologue. Les patients greffés me consultent exclusivement pour des pathologies aiguës intercurrentes. »
- « Le MG est court-circuité dans le suivi du greffé rénal, rôle négligeable. Le patient appelle directement le centre régional de compétence »
- « Il est regrettable dans la prise en charge des transplantés que les néphrologues occupent toute la place »
- « Les patients greffés rénaux malheureusement échappent quasi totalement au MG qui ne les voit pratiquement plus ; ceux-ci étant reconvoqués en permanence par le service de néphrologie »
- « Le MG est shunté après la greffe et est pourtant en première ligne en cas de problème aigu, surtout après un ou deux ans. »

Le néphrologue est bien sûr l'interlocuteur privilégié pour des problèmes spécifiques de prise en charge. 61 % des MG sollicitent d'ailleurs préférentiellement le néphrologue locaux (hors CHU) en cas de difficultés. Ce qui est le cas dans beaucoup d'autres pathologies, où le spécialiste local est le référent médical dans le parcours de soins.

McCashland a étudié les attentes de 30 médecins généralistes américains et des médecins de centres transplantateurs, dans le cadre du suivi de patients greffés hépatiques [17]. Les résultats sont intéressants. 40 % des centres transplantateurs attendent que le MG soit le référent en terme de prise en charge médicale globale du patient greffé vs 35 % pour le gastroentérologue uniquement et 14% pour une prise en charge conjointe. Par ailleurs, les centres transplantateurs attendent majoritairement du MG qu'ils assurent la mission de médecine préventive, vaccinations, diabète et examen clinique annuel.

Dans cette étude, il ressort que 100% des MG interrogés se sentent à même de gérer les problèmes d'hypertension artérielle, 91 % les consultations de prévention, 91 % un examen clinique annuel, 82 % le diabète et les vaccinations.

De manière générale, 73% des MG interrogés se disent capables de gérer seuls les soins primaires chez leurs patients greffés. Ce score dénote avec le score moyen d'auto-évaluation (4,8/10) des MG de notre étude, évaluant la compétence à faire face aux problématiques de soins primaires, cette fois, chez le patient greffé rénal. Les MG français sont-ils moins bien formés au suivi de patients greffés que les MG américains ? Ce n'est pas certain.

L'étude de McCashland fait émerger une sorte de consensus sur les modalités de suivi partagé du patient greffé hépatique. Sur la base d'une délégation de tâches qui se doit d'être consentie, ce consensus pourrait trouver sens auprès des patients greffés rénaux en France, ou de tout autre patient greffé. Le MG réinvestirait ainsi son rôle de médecin, ayant une démarche décisionnelle centrée patient, continuerait à assurer ses missions de prévention, de vaccination et les néphrologues pourraient se concentrer sur les problématiques pures de la greffe rénale. Un patient greffé rénal est avant tout un patient, porteur certes d'une greffe, mais qui se doit d'être appréhendé de façon globale, dans tous les champs de l'exercice de la Médecine.

Limites et perspectives de l'étude :

- Le taux de réponse de 45,8% au questionnaire est correct comparativement aux études observationnelles similaires. Malgré tout, 70% des questionnaires ont été adressés à des MG qui n'ont qu'un patient greffé rénal. Les patients greffés rénaux, au regard d'une patientèle de Médecine Générale, ne sont pas aussi nombreux que les patients hypertendus ou diabétiques et les MG les perdent parfois de vue, du fait de la prise en charge médicale hyperspécialisée. Questionner les MG sur leurs pratiques auprès de patients finalement peu nombreux limite la robustesse de cette étude. Un travail complémentaire, basé sur une approche qualitative (focus groupe) auprès de MG motivés, pourrait faire émerger des freins et attentes non explorés par ce travail observationnel et permettrait d'appréhender plus précisément le positionnement du MG dans le suivi partagé.
- La réalisation d'un protocole commun de suivi entre néphrologues et MG semble être une réelle attente des MG et une voie d'amélioration intéressante pour optimiser le suivi partagé. Ce protocole permettrait de réinvestir le MG dans le suivi de ses patients, qu'il connaît souvent depuis longtemps.
27 % des MG interrogés sont prêts à participer à un groupe de réflexion visant à optimiser la prise en charge globale de leurs patients greffés. Il est aisément imaginable, à l'avenir, d'organiser un ou plusieurs ateliers avec des MG volontaires et des néphrologues du CHU pour connaître les attentes et rôles de chacun dans le suivi et formaliser ainsi un partage consenti des missions dans le suivi partagé. Il pourrait également émaner de ces ateliers des messages forts à destination des MG concernant les bons réflexes thérapeutiques et de prévention à adopter en consultation, sous la forme d'une brochure d'information ou d'un mail collectif.
Il est également envisageable de compléter notre étude par un travail basé, par exemple, sur celui de McCashland et qui évaluerait les attentes respectives des médecins transplantateurs et des MG impliqués dans le suivi afin de faire émerger des points de convergence

- La télémédecine pourrait être une voie d'avenir dans le suivi du patient greffé rénal et commence à devenir une réalité de terrain. En 2016, le hcaam a identifié quatre projets, encore à l'étude, concernant les patients transplantés rénaux en France métropolitaine avec comme objectif principal l'amélioration de la qualité du suivi post-transplantation fondée sur le développement d'applications de téléconsultation et de télé-expertise [25]. En Australie, la « télénéphrologie » est déjà largement utilisée, notamment dans le suivi des patients insuffisants chroniques et permet de palier l'éloignement géographique [26].

Dans cette étude, seuls 10 % des MG voient la télémédecine comme un soutien important dans leur pratique. En effet, il est facilement compréhensible que, du fait du faible nombre de greffés rénaux dans une patientèle et que, dans une pratique de médecine de ville souvent très intense, organiser un temps de télémédecine semble un investissement démesuré en terme de coût et de temps. Malgré tout, réfléchir à une consultation ponctuelle, décentralisée, en lien avec le centre transplantateur, dispensée par un MG formé, pour des patients stables en suivi annuel, pourrait permettre d'alléger les temps de consultations hospitalières de suivi et éviter aux patients concernés des déplacements parfois coûteux.

- En septembre 2018, un nouvel acteur de santé verra le jour : l'Infirmier de Pratique Avancée (IPA). Le décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 [27], relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée, en définit les activités et domaines d'intervention. L'IPA est un infirmier aux compétences élargies. Il pourra notamment combler un déficit dans l'offre de soins, jouer un rôle plus important dans la coordination médecine de ville et hôpital, renforcer le suivi et l'observance des traitements de patients stabilisés (renouvellement de prescriptions, examens biologiques...). La maladie rénale chronique, la dialyse et la greffe rénale feront partie de ses domaines d'intervention. Il sera intéressant de voir comment l'IPA s'intégrera dans le suivi partagé du patient greffé rénal et comment il redéfinira les champs d'intervention des MG, impliqués dans un suivi de proximité.

- Il est aisément compréhensible que nous ne pourrions pas parler de suivi partagé de patients greffés, si l'activité de greffe n'existait pas ou plus. Les pouvoirs publics ont pris conscience que, pour tenter de lutter contre la pénurie du don d'organes, il fallait informer et sensibiliser la population générale. Le médecin généraliste, impliqué dans le suivi de patients greffés, doit être à même de communiquer sur le don d'organes mais des progrès restent à faire [28].

1/3 des MG de l'étude ne parlent jamais ou rarement de la possibilité d'une greffe rénale chez leurs patients insuffisants rénaux chroniques et 50 % d'entre eux ne parlent également jamais ou rarement du don d'organe avec leur patientèle. Malgré les différentes campagnes nationales de sensibilisation, il semble donc exister un manque de communication en Médecine Générale sur le don d'organe. Les MG se sentent-ils finalement suffisamment concernés par cette problématique ? Il serait intéressant de mieux valoriser auprès des MG les associations de patients, comme France Rein, association qui agit dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique et de la greffe rénale. Le levier associatif n'est à ce jour pas assez connu en Médecine Générale et permettrait sûrement d'investir d'avantage les MG sur les problématiques de pénurie de greffon.

5 CONCLUSION

Le suivi du patient greffé rénal requiert une intervention médicale à trois niveaux : néphrologue du centre transplantateur, néphrologue de proximité et MG. La majorité des MG impliqués dans le suivi partagé n'estiment pas avoir un rôle important à jouer. Plusieurs explications sont possibles : faible nombre de patients greffés, nécessaire suivi médical spécialisé, méconnaissance des spécificités inhérentes à la greffe rénale, manque de reconnaissance peut-être. Malgré tout, le MG apporte sa contribution comme professionnel de proximité et les problèmes médicaux aigus sont un motif fréquent de premier recours. Les missions de prévention, vaccination, prise en charge thérapeutique des comorbidités pourraient être revalorisées.

La place du MG dans le suivi partagé n'est pas aujourd'hui clairement définie. Elle se doit d'être concertée avec les néphrologues. La création du poste d'infirmier de pratique avancée pourrait être l'occasion de formaliser le rôle de chaque intervenant dans le parcours de santé du patient greffé rénal.

6 ANNEXES

Annexe 1 : Lettre explicative de l'étude adressée aux MG

Thomas VAN DAMME
Médecin généraliste remplaçant
06.20.53.77.13
thomas.vd2@gmail.com

Tours, le 05 février 2108

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Thomas Van Damme et je réalise ma Thèse de Médecine Générale sur le **suivi des patients greffés rénaux en Médecine Générale** et la **place des médecins généralistes dans le suivi partagé**.

Ce travail est dirigé par le Pr Matthias BÜCHLER, responsable de la transplantation rénale au CHU Bretonneau de Tours, et soutenu par **l'Association France Rein Centre Val de Loire** ; association de patients qui agit dans le domaine de l'insuffisance rénale chronique.

L'objectif de cette thèse est de faire le point sur les modalités et difficultés de prise en charge de ces patients particuliers en médecine de ville.

Pour ce faire, j'ai réalisé un questionnaire spécifiquement adressé aux médecins généralistes de la Région Centre qui comptent dans leur patientèle au moins un patient greffé rénal entre 2000 et 2016 à Tours.

Ce questionnaire ne vous prendra que **3 minutes à remplir** et je vous remercie d'y consacrer de votre temps. Vous trouverez une enveloppe timbrée de retour, jointe à ce courrier.

Si vous souhaitez avoir le retour de cette étude, merci de laisser votre adresse mail à la fin du questionnaire. Pour toute question, je suis joignable par mail ou téléphone.

Merci d'avance pour votre participation, essentielle à la réussite de ce travail !

Veillez agréer, Madame, Monsieur, mes plus sincères salutations.

Annexe 2 : Questionnaire de l'étude

Année d'installation :

Département :

Type d'exercice : Seul / cabinet de groupe / MSP / Mixte rural

Environnement : Urbain / Rural / Semi

A – LE SUIVI DU PATIENT GREFFÉ RÉNAL AU CABINET

1/ A quelle fréquence estimez-vous voir au cabinet votre/vos patients greffés rénaux ? Cocher une réponse

- Jamais
- 1 à 2 fois par an
- Entre 2 et 4 fois par an
- plus de 4 fois par an

2/ A votre connaissance, quel était le motif principal de votre dernière consultation avec un patient greffé rénal ? Cocher une case

- Problème médical aigu
- Problématique vaccinale
- Renouvellement de traitement
- Administratif
- Consultation de prévention/dépistage
- Autre :

3/ Quelque soit le motif de consultation, à quoi prêtez-vous principalement attention lorsque vous voyez un patient greffé rénal ? Cocher une ou plusieurs cases

- L'observance médicamenteuse
- Sa dernière fonction rénale connue
- Le dépistage de néoplasies
- La vérification du statut vaccinal

4/ Vous sentez-vous à l'aise avec la prise en charge vaccinale d'un patient greffé rénal ?

- Très à l'aise
- Partiellement
- Insuffisamment
- Pas du tout

5/ Abordez-vous avec vos patients insuffisants rénaux chroniques la possibilité d'une greffe rénale ?

- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

B – DIFFICULTÉS RENCONTRÉES DANS LE SUIVI

1/ Vous êtes vous déjà trouvé en difficulté de prise en charge face à un patient greffé rénal ?

- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

2/ Quels sont, selon vous, les principales difficultés à la prise en charge d'un patient greffé rénal en Médecine Générale ? Cocher une ou plusieurs cases

- Méconnaissance des interactions médicamenteuses avec les immunosuppresseurs

- Méconnaissance des signes cliniques d'alerte
- Méconnaissance des signes biologiques d'alerte
- Méconnaissance des comorbidités liées à la transplantation

3/ Vous estimez- vous suffisamment formé sur les signes d'alertes qui doivent amener à prendre un avis rapide auprès d'un néphrologue ? Entourez le chiffre correspondant à votre niveau de compétence

Incompétent 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Parfaitement compétent

4/ Face à une difficulté de prise en charge de votre patient greffé rénal, quelle est votre premier réflexe ?

- Contacter son néphrologue de ville
- Contacter le centre de compétence régional
- Conseil auprès d'un collègue médecin généraliste
- Autre :

5/ Connaissez vous l'existence de la ligne téléphonique directe (Hotline 02.47.47.79.87) avec le centre de compétence régional à composer en cas de difficultés de prise en charge ? Cocher une case

- Oui et je l'ai déjà utilisée au moins une fois
- Oui mais je ne l'ai jamais utilisée
- J'ignorai son existence

6/ Estimez-vous avoir été correctement formé lors de vos études et/ou FMC sur les spécificités du patient greffé rénal ? Entourez le chiffre correspondant à l'estimation de votre niveau de formation

Non formé 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Parfaitement formé

7/ De manière générale, vous sentez-vous suffisamment compétent pour faire face aux problématiques de soins primaires chez un patient greffé rénal ? Entourez le chiffre correspondant à votre niveau de compétence

Incompétent 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Parfaitement compétent

C – PLACE DANS LE SUIVI PARTAGE

1/ Selon vous, quelle place occupe aujourd'hui un médecin généraliste dans le suivi d'un patient greffé rénal ?

- Primordiale
- Importante
- Modérée
- Négligeable

2/ En quoi un médecin généraliste peut-il apporter sa pleine contribution dans le cadre du suivi partagé ?

Cocher une ou plusieurs cases

- Premier recours
- Dépistage d'une pathologie néoplasique
- Education
- Observance médicamenteuse
- Soutien psychologique
- Surveillance de la fonction rénale

3/Quels seraient selon vous les moyens qui permettraient de renforcer le rôle du Médecin généraliste dans le suivi partagé ? Cocher une ou plusieurs cases

- Réunion de sensibilisation avec un néphrologue
- Brochure d'information sur les signes d'alerte devant amener prendre l'avis d'un spécialiste
- Rédaction d'un protocole commun de suivi
- Meilleure communication avec le centre régional transplantateur

D – PERSPECTIVES

1/ Abordez-vous avec votre patientèle la question du don d'organe ?

- Fréquemment
- Parfois
- Rarement
- Jamais

2/ Quel serait l'apport de la télémédecine dans votre suivi d'un patient greffé rénal ?

- Essentiel
- Important
- Minimale
- Nul

3/ Seriez-vous prêts à participer à un groupe de réflexion visant à optimiser la prise en charge des patients greffés rénaux en Médecine Générale ? Entourer votre réponse

OUI NON

4/ Commentaires libres :

Votre Email :

- si vous souhaitez obtenir les résultats de la thèse :

- si vous souhaitez être contacté à l'avenir pour participer à un groupe de réflexion :

7 BIBLIOGRAPHIE

- [1] Wolfe RA, Ashby VB, Milford EL, Ojo AO, Ettenger RE, Agodoa LYC *et al.* Comparison of mortality in all patient on dialysis, patients on dialysis awaiting transplantation, and recipients of a first cadaveric transplant. *N Eng J Med.* 1999;341:1725-1730.
- [2] Maglakelidze N, Pantsulaia T, Tchkhonelidze I, Managadze L, Chkhotua A. Assessment of health-related quality of life in renal transplant recipients and dialysis patients. *Transplant Proc.* 2011;43(1):376-9.
- [3] Agence de la Biomédecine. Activité de greffes d'organes en France en 2016 : les objectifs du Plan Greffe 2012-2016 ont été dépassés. 2017. [En ligne] https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/cp_activite-greffes-organes-2016_agence-biomedecine.pdf. Consulté le 11 novembre 2017.
- [4] Agence de la Biomédecine. Rapport annuel Réseau Epidémiologie Information Néphrologie. 2016. [En ligne] <https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapportrein2016.compressed.pdf>. Consulté le 03 novembre 2017.
- [5] Agence de la Biomédecine. Le rapport médical et scientifique du prélèvement et de la greffe en France. 2016. [En ligne] <https://www.agence-biomedecine.fr/annexes/bilan2016/donnees/organes/06-rein/synthese.htm>. Consulté le 05 avril 2018.
- [6] Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et de Statistiques du Ministère de la Santé (DREES). La démographie des médecins (RPPS). 2016. [En ligne] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx>. Consulté le 18 avril 2018.
- [7] Shirali AC, Bia MJ. Management of cardiovascular disease in renal transplant recipients. *CJASN.*2008;3(2):491-504.
- [8] Jardine AG, Gaston RS, Fellstrom BC, Holdaas H. Prevention of cardiovascular disease in adult recipients of kidney transplants. *Lancet.* 2011;378:1419-1427.
- [9] Vajdic CM, McDonald SP, McCredie MRE, Van Leeuwen MT, Stewart JH, Law M, *et al.* Cancer Incidence Before and After Transplantation. *JAMA.* 2006;296(23):2823-2831.
- [10] Dubois-Laforgue D. Diabète post-transplantation rénale. *Nephrol Ther.* 2017;13 :137-146.

- [11] Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Wonca Europe, 2002. [En ligne] <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>. Consulté le 12 décembre 2017.
- [12] Djamali A, Samaniego M, Muth B, Muehrer R, Hofmann RM, Pirsch J *et al.* Medical care of kidney transplant recipients after the first posttransplant year. *CJASN*. 2006;1(4):623-640.
- [13] Gupta G, Unruh ML, Nolin TD, Hasley PB. Primary care of the renal transplant patient. *J Gen Intern Med*. 2010;25(7):731-740.
- [14] HAS (Haute Autorité de Santé). Suivi ambulatoire de l'adulte transplanté rénal au-delà de 3 mois après transplantation. 2007. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_du_transplante_renal_-_synthese_des_recommandations.pdf. Consulté le 03 mars 2018.
- [15] HAS (Haute Autorité de Santé). Suivi du transplanté rénal – Liste des critères de qualité. [En ligne] https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-12/suivi_du_transplante_renal_-_liste_des_criteres_de_qualite.pdf. Consulté le 03 mars 2018.
- [16] Girol Bruno. *Elaboration d'un référentiel d'aide au suivi du transplanté rénal par le médecin généraliste*. 376 p. Thèse : Médecine : Bordeaux 2 : 2007.
- [17] McCashland T. Posttransplantation Care : Role of the primary care Physician versus transplant center. *Liver Transplant*. 2001;7(11):2-12.
- [18] Wekerle T, Segev D, Lechler R, Oberbauer R. Strategies for long-term preservation of kidney graft function. *Lancet*. 2017;389:2152-2162.
- [19] Dew MA, DiMartini A, De Vito Dabbs A, Myaskovsky L, Steel J, Unruh M, *et al.* Rates and Risk Factors for Nonadherence to the Medical Regimen After Adult Solid Organ Transplantation. *Transplantation*. 2007;83:858-873.
- [20] Zhao L, Yan J, Yang GL, Liu Y. A study on adherence to follow-up, quality of life, and associated factors among renal transplant recipients in China. *Transplant P*. 2017;49:1285-1290.
- [21] Lien YH. Top 10 Things Primary Care Physicians Should Know About Maintenance Immunosuppression for Transplant Recipients. *Am J Med*. 2016;129:568-572.
- [22] Crawford K, Low JK, Manias E, Williams A. Healthcare professionals can assist patients with managing post-kidney transplantation expectations. *Res Soc Adm Pharm*. 2017;13(6):1204-7.

- [23] Dimitrov Y, Hannedouche T, Chantrel F, Ott J, Kribs M, Klein A. *et al.* Les recommandations des néphrologues sont peu suivies par les médecins traitants. L'exemple de la vaccination contre l'hépatite B. *Nephrol Ther.* 2017;14:217-221.
- [24] Powell-Chandler A, Khalid U, Horvath S, Ilham MA, Asderakis A, Stephens MR. The impact of distance from transplant unit on outcomes following kidney transplantation. *International Journal of Surgery.* 2017;46:21-6.
- [25] Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie (HCAAM). Innovation et système de santé, rapport 2016. [En ligne] <http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/hcaam-innovation-systeme-sante-tome-2-web.pdf>. Consulté le 21 février 2018.
- [26] Rohatgi R, Ross MJ, Majoni SW. Telenephrology : current perspectives and future directions. *Kidney Int.* 2017;92(6):1328-1333.
- [27] Décret n°2018-629 du 18 juillet 2018 relatif à l'exercice infirmier en pratique avancée (JO 19 juillet 2018). [En ligne] <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000037218115&dateTexte=&categorieLien=id>. Consulté le 08 août 2018.
- [28] Daryl Thornton J, Randall Curtis J, Allen MD. Primary Care Physicians' Attitudes and Practices Regarding Discussing Organ Donation with Their Patients. *J Natl Med Assoc.* 2010;102:52-8.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
De la Faculté de Médecine de Tours
Tours, le**

VAN DAMME Thomas

50 pages – 23 figures

Résumé :

Introduction : La transplantation rénale est le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale offrant la meilleure qualité de vie au patient. Comme le préconise la HAS dans ses recommandations de 2007, elle nécessite un suivi régulier et partagé entre les néphrologues et les médecins généralistes. L'objectif de ce travail, soutenu par l'association de patients France Rein Centre-Val de Loire, est d'évaluer les pratiques, les difficultés de prise en charge des patients greffés rénaux en Médecine Générale ainsi que les voies d'amélioration possibles pour réintégrer le médecin généraliste dans un suivi partagé optimal.

Méthode : Etude observationnelle descriptive réalisée au moyen d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes de la Région Centre-Val de Loire, ayant dans leur patientèle au moins un patient greffé rénal entre 2000 et 2016 au CHRU de Tours.

Résultats : Sur les 697 médecins généralistes sollicités, 319 ont répondu au questionnaire soit un taux de réponse de 45,8 %. 311 réponses ont été exploitées. Près de la moitié des médecins généralistes voient en consultation leurs patients greffés rénaux plus de deux fois par an ; le motif de la dernière consultation étant majoritairement un problème médical aigu. 54 % des médecins interrogés se sont parfois trouvés en difficulté de prise en charge face à leur patient greffé rénal. La méconnaissance des interactions médicamenteuses avec les immunosuppresseurs et les comorbidités associées à la transplantation constituent les principales difficultés de prise en charge. Contacter le néphrologue de proximité (hors CHRU) constitue le premier réflexe en cas de difficulté de prise en charge. 74 % des médecins ne connaissent pas l'existence de la ligne téléphonique directe avec le centre transplantateur régional. Les médecins généralistes estiment avoir une place modérée dans le suivi partagé, même si leur contribution principale réside dans le premier recours. La formalisation d'un protocole commun de suivi pour ces patients particuliers peut constituer un moyen de renforcer le rôle du médecin généraliste.

Conclusion : Le médecin généraliste s'inscrit de manière naturelle dans le suivi des patients greffés rénaux. Sa place dans le suivi partagé reste aujourd'hui à redéfinir sur des bases concertées.

Mots clés : greffe rénale - médecin généraliste - suivi partagé - premier recours

Jury :

Président du Jury : Professeur Antoine THIERRY
Directeur de thèse : Professeur Matthias BÜCHLER
Membres du Jury : Professeur Emmanuel RUSCH
Docteur Paul BARDIÈRE
Docteur Pascal NAVEAU

Date de soutenance : 28 septembre 2018