

Étude originale

Amélioration par « la visite de pairs » du dépistage et de la prise en charge de l'IRC

Étude à l'île de la Réunion auprès de 133 généralistes

Par Philippe de Chazournes, président de MEDOCEAN, expert de la Haute Autorité de santé (HAS) à la Réunion, phil.dechazournes@wanadoo.fr ; Jean-Marc Franco, vice-président de MEDOCEAN, chargé de mission pour l'Évaluation à la Réunion pour la HAS, jm.franco@wanadoo.fr.

RÉSUMÉ :

Objectifs : Améliorer le dépistage et la prise en charge précoce de l'insuffisance rénale chronique (IRC) chez les patients à risque (HTA et [ou] diabète de type 2) à l'île de la Réunion.

Méthode : Étude avant/après intervention associant des visites de pairs et un audit de pratique. Dix médecins généralistes ont rencontré sur leur lieu d'exercice et sensibilisé aux recommandations ANAES 133 généralistes volontaires qui ont réalisé un audit. Par ailleurs, 12 néphrologues

ont recueilli des données concernant les nouveaux patients adressés pour IRC par les généralistes visités (groupe intervention) ou par les généralistes non visités (groupe témoin).

Résultats : Après intervention, le nombre de nouveaux patients adressés aux néphrologues a augmenté, surtout de la part des généralistes « visités ». Le chiffre moyen de la clairance de la créatinine pour les patients adressés par ces médecins a diminué significativement ($p < 0,02$) passant de 51 à 41 mL/min après l'intervention.

Conclusion : Ce constat pourrait traduire le fait que les généralistes, incités à dépister de nombreux nouveaux patients, ont adressé aux néphrologues en priorité ceux qui étaient en situation critique. Sur le plan qualitatif, les généralistes visités qui ont été interviewés en fin d'étude ont estimé que cette action collaborative a été utile pour faire évoluer leurs pratiques, et les néphrologues ont indiqué qu'elle améliore la prise en charge des patients ayant une IRC.

Rev Prat Med Gen 2005;19:1444-9.

L'insuffisance rénale chronique (IRC) est un problème majeur à la Réunion. Elle survient dans plus de 60 % des cas dans un contexte de néphropathie diabétique et (ou) vasculaire, et la prévalence de l'IRC terminale (IRCT) est 2 fois plus élevée qu'en métropole.¹ L'IRCT entraîne un handicap pour les individus, mais aussi un coût élevé pour la collectivité par le biais de la dialyse dont la prévalence augmente inexorablement d'au moins 4 % par an.² Le coût global du traitement de l'IRCT est estimé à 2 % des dépenses de santé au bénéfice de 0,75/1 000 individus français.³ En 1999-2000, à la Réunion, la prévalence du diabète de type 2 (DT2), chez les adultes âgés de 30 à 69 ans, était de 17,7 % soit 3 fois plus élevée qu'en France métropolitaine, et l'hypertension artérielle (HTA) 2 fois plus fréquente.⁴ Le diabète est directement responsable de 40 % des traitements par dialyse contre 13 % en métropole.⁵

Les recommandations de l'Anaes concernant le diagnostic de l'insuffisance rénale chronique sont clairement établies.³ Le dépistage et le diagnostic de l'IRC chez les patients à risque, hypertendus et (ou) diabétiques, reposent sur la mesure de la clairance de la créatinine et le dosage de la microalbuminurie (ou de la protéinurie). La prise en charge est encore trop tardive, car 20 à 35 % des patients

admis en dialyse en France sont adressés aux néphrologues 1 à 6 mois seulement avant leur mise en dialyse.³

En 2002, MEDOCEAN, association médicale à but non lucratif travaillant pour l'amélioration de la qualité des soins, avait réalisé une étude randomisée (étude DREAM) qui avait montré que la visite de pairs associée à un audit de pratique était une méthode efficace pour modifier les pratiques des médecins dans le cadre de la prise en charge du patient diabétique de type 2.^{6,7}

Objectif de l'étude : en 2003, MEDOCEAN* a conçu une intervention pour améliorer le dépistage, le diagnostic et la prise en charge de l'IRC chez les patients à risque, conformément aux recommandations de l'Anaes (étude DREAM).

L'intervention reposait sur des visites auprès de généralistes par des médecins « visiteurs », eux-mêmes généralistes. Cette méthode (*outreach visit* dans la littérature en langue anglaise) a prouvé son efficacité dans divers domaines, seule ou combinée à d'autres éléments dans le cadre d'interventions multidimensionnelles.^{7,8} L'étude a été financée par le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) de la Réunion.

MÉTHODE**Population**

Parmi les 640 médecins généralistes de la Réunion, 133 ont accepté de participer à l'étude.

*Association loi de 1901 créée par Jean-Marc Franco et Philippe de Chazournes en 2000, engagée dans des actions d'évaluation et d'amélioration de la qualité en santé à la Réunion et dans l'océan Indien.

Intervention : visite de pairs et mini-audit

Dix généralistes-médecins visiteurs (MV) ont reçu une formation à la communication et à la présentation des recommandations de l'Anaes sur le diagnostic de l'IRC : *Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte*, publiées en septembre 2002.³

Chaque médecin généraliste devait recevoir 3 visites, de moins de 30 minutes chacune, par le même MV.

Pendant la première visite (V1), le MV présentait de manière synthétique les recommandations et donnait au médecin un résumé des recommandations sur l'IRC, une règle à coulisse pour estimer la clairance de la créatinine selon la formule de Cockcroft, et la liste des médicaments néphrotoxiques.

Le MV demandait au médecin « visité » de remplir un questionnaire pour les 3 prochains patients diabétiques et (ou) hypertendus, vus de façon consécutive dans les jours suivant la première visite V1. Ce travail correspondait au 1^{er} tour du mini-audit de pratique. Les informations, à relever dans les dossiers médicaux sur les 12 mois précédents, concernaient les dates de réalisation et les chiffres des examens de dépistage et de diagnostic recommandés (clairance de la créatinine, microalbuminurie), les derniers chiffres de pression artérielle (PA), les dates de réalisation et les taux de l'HbA1c pour les patients diabétiques, la date du 1^{er} recours au néphrologue et le niveau de clairance lors de ce recours.

Une deuxième visite (V1') était programmée deux semaines plus tard, au cours de laquelle les données recueillies par le médecin « visité » étaient commentées, et les recommandations rappelées par le MV.

Une troisième visite (V2) était réalisée dans le but de recueillir les grilles du 2^e tour d'audit, réalisé 6 mois après le premier. Les modalités du recueil (critères et période des éléments recueillis) étaient identiques.

Plan d'étude et recueil des données

Afin d'évaluer si cette intervention avait un impact sur le nombre de patients adressés aux néphrologues et sur la précocité de ce recours en termes d'insuffisance rénale, une étude a été menée parallèlement avec les néphrologues locaux, libéraux et hospitaliers, avec des mesures avant et après intervention, au sein de 2 groupes de généralistes : un groupe témoin (GT), et un groupe constitué des médecins « visités », appelé groupe intervention (GI). La mesure avant l'intervention visait à vérifier la comparabilité initiale des groupes.

Les mesures ont été réalisées par 12 des 13 médecins néphrologues de l'île, au sein des services de néphrologie des établissements publics et privés de la Réunion. Ils ont relevé le niveau de clairance de la créatinine, l'âge, le sexe et les antécédents (DT2, HTA) de tous les patients leur étant adressés pour la première fois pour la prise en charge d'une IRC pendant les périodes concernées, aussi bien par les médecins « visités » que par les médecins généralistes du groupe témoin. Pour effectuer le codage du recueil, les médecins néphrologues disposaient de la liste des médecins visités et de la date de la 1^{re} visite pour chacun d'eux.

L'étude a porté sur les 3 mois précédant l'intervention (première période [P1]) puis, 6 mois après l'intervention V1, à nouveau sur 3 mois (deuxième période [P2]). Il a été convenu de ne pas randomiser les échantillons et de réaliser ainsi une série chronologique (v. fig. 1).

Critères de jugement

Le critère de jugement principal pour mesurer l'impact de l'intervention était la clairance de la créatinine estimée. La comparaison des moyennes de la clairance de la créatinine avant et après l'intervention devait permettre de vérifier si le recours au néphro-

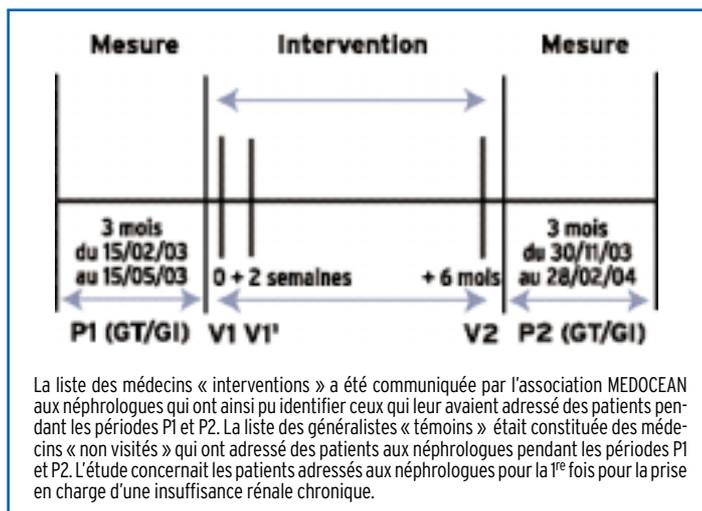


Fig. 1 – Périodes de l'étude dans les groupes intervention (GI) et témoin (GT).

logue s'était fait plus précocement, conformément au message donné par les médecins visiteurs aux médecins « visités » sur la base des recommandations de l'Anaes.

La comparaison du nombre de patients adressés par les médecins « visités » avant et après l'intervention devait fournir des informations sur un dépistage et un recours plus important au néphrologue. Les données du mini-audit de pratique devaient permettre d'obtenir des informations sur les pratiques des médecins « visités ».

RÉSULTATS

Données recueillies par les néphrologues

Nombre de nouveaux patients adressés dans les 2 périodes P1 et P2. Le recueil des données a concerné 391 patients adressés par leur médecin généraliste pour la prise en charge d'une insuffisance rénale pendant la période P1 (du 15/02/2003 au 15/05/2003) et P2 (du 30/11/2003 au 28/02/2004).

Le nombre de nouveaux patients adressés par les généralistes est passé de 148 (51 du GI et 97 du GT) en P1 à 243 patients (87 du GI et 156 du GT) en P2, soit une augmentation globale de 64 % (+ 71 % chez les médecins du groupe intervention et + 61 % chez ceux du groupe témoin).

Clairance de la créatinine. Pour 10 nouveaux patients sur 391, la clairance de la créatinine n'a pas pu être calculée (poids et [ou] âge manquants). Pour les 381 patients, le chiffre moyen de la clairance était de 48 mL/min en P1 et de 44 mL/min en P2 (p > 0,10 [NS]) [tableau 1].

TABLEAU 1 – CHIFFRES DE LA CLAIRANCE DE LA CRÉATININE (mL/min) CALCULÉS PAR LES NÉPHROLOGUES LORS DU 1^{er} CONTACT AVEC LE PATIENT

Période de recueil	Moyenne clairance	Écart-type clairance	Minimum clairance	Maximum clairance	Nombre de patients	p
P1 : global	48,30	28,91	6,52	181,79	143	p > 0,1
P2 : global	43,88	24,11	7,77	137,00	238	
P1 : GI	51,05	25,41	13,00	120,35	49	p < 0,02
P2 : GI	41,44	19,80	8,45	116,54	84	
P1 : GT	46,87	30,60	6,52	181,79	94	p > 0,6
P2 : GT	45,21	26,13	7,77	137,00	154	

P1 : du 15/02/2003 au 15/05/2003 ; P2 : du 30/11/2003 au 28/02/2004.
 GI : groupe intervention ; GT : groupe témoin.

Pour les patients adressés par les généralistes « visités », le chiffre moyen de la clairance a diminué entre les 2 périodes de recueil passant de 51 à 41 mL/min ($p < 0,02$ [différence significative à 5 %]), pour ceux adressés par les généralistes « non visités », le chiffre moyen de la clairance a très peu varié ($p > 0,64$ [NS]) (tableau 1).

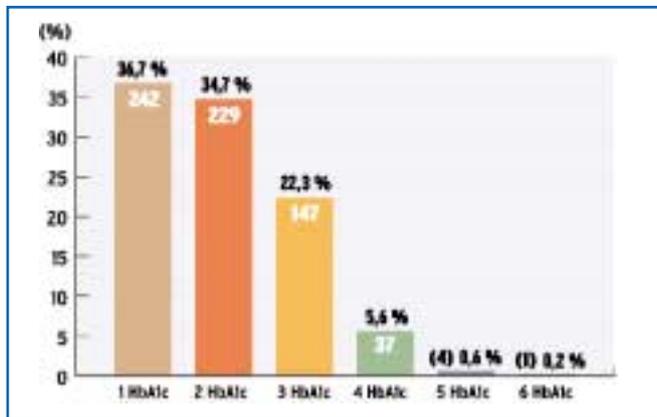


Fig. 2 – Répartition des patients diabétiques par nombre de résultats d'hémoglobine glyquée (n = 660).

TABLEAU 2 – NOMBRE DE DOSAGES DE LA MICROALBUMINURIE PAR PATIENT (N = 573)

Nombre de dosages de microalbuminurie	Nombre de patients	% de patients
1 dosage	419	73,1
2 dosages	124	21,6
3 dosages	30	5,2

Encadré 1 – Microalbuminurie

Selon les recommandations de l'Anaes sur le suivi du patient diabétique, le dosage de la microalbuminurie doit être effectué une fois par an. Il s'agit d'un marqueur de gravité, notamment du risque cardiovasculaire plus que d'atteinte rénale. Ce dosage est réalisé si le test à la bandelette standard pour la recherche d'une protéinurie, d'une hématurie et (ou) d'une infection urinaire est négatif. Si la microalbuminurie et (ou) la protéinurie sont pathologiques et les résultats confirmés à 2 reprises, il convient de les quantifier sur les urines de 24 heures.¹⁰

Selon les recommandations de l'Anaes sur le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans, la périodicité de la recherche d'une protéinurie par la bandelette urinaire dans le cas d'une HTA contrôlée non compliquée est de 12 mois.¹¹ Il s'agit d'un examen de dépistage de la néphropathie. En cas de positivité de la recherche de protéinurie, une quantification est nécessaire par mesure sur les urines de 24 heures.

Chez le patient ayant une clairance de la créatinine < 90 mL/min, il est nécessaire de réaliser un bilan d'atteinte rénale et notamment la recherche de protéinurie³ dont la valeur sur les urines de 24 heures est pathologique au-delà 300 mg/24 heures.³ La valeur pathologique de la microalbuminurie faite sur un échantillon d'urine est supérieure à 20 mg/L et sur les urines de 24 heures supérieure à 30 mg/24 heures.³

Mini-audit de pratique des médecins visités

Au total, 133 généralistes ont reçu la visite d'un médecin visiteur, soit un peu plus de 20 % des 640 généralistes réunionnais. Ces médecins ont relevé les données de 777 dossiers de patients diabétiques et (ou) hypertendus. Ces données représentaient 97 % du nombre de patients initialement prévu (798), chacun des 133 médecins « visités » devant recueillir les données de 6 patients au total sur les 2 tours du mini-audit de pratique (2 x 3 patients).

Hémoglobine A1c (HbA1c). Au total, sur les 2 tours, 37 % des patients diabétiques (660/777) dont eu un seul dosage d'HbA1c (33,5 % au 1^{er} tour et 40 % au 2^e tour) et 35 % en ont eu 2 (35 % au 1^{er} tour et 34 % au 2^e tour) ; seuls 29 % des patients ont bénéficié d'au moins 3 examens biologiques d'HbA1c sur l'année conformément aux recommandations de bonne pratique (26 % au 1^{er} tour et 19 % au 2^e tour en ont eu 3) [fig. 2]. Le taux moyen d'hémoglobine glyquée sur l'ensemble des patients était de 9,48 % (8,15 lors du 1^{er} audit, et de 10,83 lors du 2^e audit).

Microalbuminurie. Les résultats du dosage de la microalbuminurie étaient connus pour 74 % des patients (573/777) parmi lesquels 73 % (419/573) avaient eu une seule microalbuminurie sur les 2 tours d'audit (tableau 2).

Cette répartition restait la même sur les 2 tours d'audit : 72 et 75 % des patients ont eu un seul dosage de microalbuminurie respectivement au 1^{er} et au 2^e tour d'audit.

Le taux moyen de microalbuminurie, pour les 536 patients pour lesquels la donnée était fournie, était de 113,14 mg/L, et pour les 41 patients ayant eu une mesure sur les urines des 24 heures, le chiffre moyen était de 98,5 mg/24 heures.

Clairance de la créatinine. La donnée sur la clairance a pu être recueillie pour 84 % des patients (656/777). Certains patients ont eu plusieurs résultats de clairance de créatinine. Selon la classification de sévérité des maladies rénales et de l'insuffisance rénale des recommandations de l'Anaes, 36 % des patients avaient une insuffisance rénale (clairance de la créatinine < 60 mL/min) : 30 % une insuffisance rénale modérée, 5,5 % une insuffisance rénale sévère et 0,6 % une insuffisance rénale terminale.

Sur l'ensemble des 656 patients, le chiffre moyen de clairance de la créatinine était de 71,8 mL/min (rappelons qu'ont été inclus dans l'étude 3 patients consécutifs hypertendus ou diabétiques, qu'ils soient insuffisants rénaux ou non).

Ce chiffre moyen était peu différent entre les 2 tours d'audit : 70,3 et 73,2 mL/min respectivement au 1^{er} et au 2^e tour d'audit ($p > 0,22$) [tableau 3].

1^{er} contact avec un néphrologue et valeur de la clairance lors de ce recours. Parmi les 777 patients diabétiques et (ou) hypertendus, seulement 134 avaient déjà eu un premier recours auprès d'un néphrologue, soit 17 %. Le chiffre moyen de la clairance lors de ce 1^{er} recours (clairance connue pour 120 des 134 patients) s'élevait à 45,5 mL/min.

Ce chiffre moyen de clairance de la créatinine au 1^{er} contact était plus élevé au 2^e tour d'audit : 49,7 mL/min versus 41,2 mL/min au 1^{er} tour d'audit ($p > 0,05$ [NS]) [tableau 4].

Parmi les 120 patients dont on connaissait le niveau de clairance, 59 % avaient une insuffisance rénale modérée (71/120), 21 % une insuffisance rénale sévère (26), 3 % une insuffisance rénale terminale (4) et 16 % avaient une clairance entre 60 et 80 mL/min (19) [tableau 5].

Ainsi, 101 des 240 patients insuffisants rénaux (clairance < 60 mL/min) avaient été adressés à un néphrologue, soit 42 %.

TABLEAU 3 – CLAIRANCE DE LA CRÉATININE (mL/min) À CHAQUE TOUR D'AUDIT

Tour d'audit	Moyenne clairance	Écart-type clairance	Minimum clairance	Maximum clairance	Nombre de patients
1 ^{er} tour	70,3	28,9	8	165	305
2 ^e tour	73,2	31,4	10,4	201,9	351

TABLEAU 4 – CHIFFRES MOYENS DE LA CLAIRANCE DE LA CRÉATININE (mL/min) LORS DU RECOURS À UN NÉPHROLOGUE AUX 2 TOURS DU MINI-AUDIT

Tour d'audit	Moyenne clairance	Écart-type clairance	Minimum clairance	Maximum clairance	Nombre de patients
1 ^{er} tour	41,2	15,8	4	77	59
2 ^e tour	49,7	30,8	17	150	60

TABLEAU 5 – RÉPARTITION DES PATIENTS EN FONCTION DU NIVEAU DE LA CLAIRANCE LORS DU 1^{er} RECOURS

Stade clairance	Nb patients avec 1 ^{er} contact
Clairance entre 60 et 80 mL/min	19
Insuffisance rénale modérée (30 < cl. < 60)	71
Insuffisance rénale sévère (15 < cl. < 30)	26
Insuffisance rénale terminale (cl. < 15)	4

Encadré 2 – Clairance de la créatinine

Une clairance de la créatinine inférieure à 60 mL/min est indiscutablement une insuffisance rénale. Pour les niveaux de clairance entre 60 et 89, le diagnostic d'insuffisance rénale est porté si un certain nombre de marqueurs d'atteinte rénale sont présents. Chez ces patients, une surveillance de la fonction rénale et des marqueurs est nécessaire, car les données épidémiologiques sont insuffisantes pour porter le diagnostic d'insuffisance rénale ou de maladie rénale chronique.³

Selon les recommandations de l'Anaes, un dosage de la clairance de la créatinine doit être réalisé chaque année chez le patient diabétique de type 2;¹⁰ il en est de même chez le patient hypertendu lors du bilan initial et dans un délai de 1 à 2 ans dans le cadre de la surveillance du patient souffrant d'une HTA contrôlée non compliquée.¹¹

DISCUSSION

Limites de l'étude

Les médecins du groupe intervention étaient volontaires pour participer à l'étude ; il n'y a pas eu de randomisation. Les médecins du groupe témoin étaient des généralistes qui avaient adressé leurs patients aux néphrologues pendant les périodes de recueil choisies. Le profil des patients concernant l'âge et l'hypertension était similaire avant et après intervention. Le pourcentage de patients hypertendus était comparable entre les groupes de patients des médecins « visités » avant et après l'intervention et entre les groupes de patients des médecins du groupe témoin dans les 2 périodes.

La réalisation des examens de surveillance selon les recommandations de l'Anaes n'est qu'un des aspects de la qualité des soins, d'autres aspects étant à prendre en compte : qualité de la réalisa-

tion des examens, qualité de la prise de décision suite aux résultats de ces examens, et résultats en termes de santé des patients. Les résultats de cette étude s'appuient sur les données transmises par les médecins généralistes aux néphrologues et, pour le mini-audit de pratique, sur les données des dossiers médicaux des médecins visités.

Analyse des données recueillies auprès des néphrologues

Les résultats de l'étude ont mis en évidence un fort accroissement du nombre de patients insuffisants rénaux adressés aux néphrologues après l'intervention. Les médecins du groupe témoin ont été exposés pendant la période de l'étude aux mêmes sollicitations que les médecins du groupe intervention en matière de formation ou d'enseignement post-universitaire ; ils ont donc reçu les mêmes informations. Cela peut expliquer que cette augmentation concerne le groupe intervention mais aussi le groupe témoin dans une moindre mesure.

En ce qui concerne la comparaison des valeurs moyennes de la clairance de la créatinine avant et après intervention, les tests statistiques ne permettent pas d'énoncer que les patients adressés aux néphrologues se situaient davantage à un niveau de dépistage précoce. Ce constat est explicable, dans la mesure où les généralistes incités au dépistage ont probablement commencé leur sélection parmi des patients en situation critique.

Analyse des résultats du mini-audit de pratique

Concernant l'hémoglobine glyquée, le taux moyen sur l'ensemble des patients était de 9,48 % correspondant à un diabète mal équilibré. Ce résultat confirme ce qui avait été observé dans l'étude réunionnaise DREAM en 2002 où le taux d'HbA1c était supérieur à 8 %.⁷ Plus de 2 patients sur 3 (71 %) n'avaient pas bénéficié d'examen réguliers d'hémoglobine glyquée conformément aux recommandations^{9,10} alors que l'on sait que le taux de complications chez le diabétique est corrélé à son équilibre, apprécié essentiellement par le dosage de l'HbA1c. Les résultats concernant ce critère n'ont pas montré d'amélioration des pratiques entre les 2 tours.

Concernant le dosage de la microalbuminurie ou de la protéinurie, seulement 3 patients sur 4 ont eu un seul dosage sur les 12 derniers mois précédant le recueil des données au 1^{er} tour comme au 2^e tour d'audit. Les pratiques professionnelles sont donc conformes aux recommandations dans 72 % des cas concernant ce critère, et les pratiques ne se sont pas améliorées entre les 2 tours de l'audit. Le taux moyen de microalbuminurie calculée sur échantillon d'urines de 536 patients était pathologique (113,14 mg/L), la valeur normale étant inférieure à 20 mg/L. Notons que 41 patients sur 573 avaient eu une mesure sur les urines des 24 heures dont le chiffre moyen était normal (98,5 mg/24 h), la normale étant inférieure à 300 mg/24 heures.

Concernant la clairance de la créatinine, les pratiques étaient conformes dans 84 % des cas concernant ce critère. La répartition des patients en fonction du nombre de résultats de clairance disponibles (1, 2 ou 3) était assez proche pour les 2 tours d'audit. Plus d'un tiers des patients (36 %) souffraient d'une insuffisance rénale. Sur l'ensemble des 656 patients diabétiques et (ou) hypertendus, le chiffre moyen de clairance de la créatinine était de 71,8 mL/min, ce qui ne correspond pas obligatoirement à une maladie rénale chronique.

Premier contact avec le néphrologue et valeur de la clairance. Sur les 777 patients diabétiques et (ou) hypertendus, seulement 17 % avaient déjà eu un 1^{er} recours auprès d'un néphrologue. Le chiffre moyen de la clairance lors de ce 1^{er} recours s'élevait

Encadré 3 – Acceptabilité de l'intervention

Comme toute action financée par le FAQSV, cette étude a été évaluée par un évaluateur externe. Celui-ci a vérifié, d'une part que l'intervention avait été mise en œuvre conformément au protocole, et d'autre part il a interviewé les généralistes du groupe « intervention » pour analyser leur attitude ainsi que les néphrologues ayant participé à l'étude d'impact de l'action. Ci-dessous, nous rapportons quelques résultats de cette évaluation externe.

Perception des médecins visités à l'égard de l'étude REIN

Les comptes rendus rédigés par les médecins visiteurs après la fin de l'étude ont porté sur les 3 temps de leur intervention auprès des médecins visités et sur les pratiques relatives à la prise en charge des patients insuffisants rénaux.

Concernant les pratiques relatives à la prise en charge des patients insuffisants rénaux chroniques : une quinzaine de généralistes (sur 133) se déclaraient très à l'aise sur ce sujet lors de la 1^{re} visite ; la moitié « se sont mis à la clairance de la créatinine » ; la plupart des généralistes se sont montrés très attentifs, et une dizaine avaient signalé « n'être pas à l'aise » dans le dépistage des IRC, et « mal percevoir le rôle des néphrologues ».

Concernant le vécu de la 1^{re} visite de pairs. Dans une proportion quasi identique, l'accueil du médecin visiteur a été positif ou, au contraire, réservé, voire très méfiant. Plusieurs médecins visiteurs ont noté que le généraliste était débordé, pressé, bousculé.

Concernant le vécu de la 2^e visite de pairs. Environ un quart des généralistes donnaient déjà la preuve d'une amélioration de leurs pratiques à l'égard des IRC : majoritairement les généralistes ont déclaré une prise de conscience et une remise en cause personnelle, affirmant qu'ils amélioraient leurs pratiques en devenant plus rigoureux et plus vigilants. Certains ont précisé qu'ils avaient découvert des lacunes dans leurs dossiers, avec des cas graves de clairance trop basse. Environ un quart des généralistes ont assuré au médecin visiteur que tout était en ordre, qu'ils étaient satisfaits, qu'ils avaient bien compris, ou qu'ils avaient déjà de bonnes connaissances, ou même qu'ils avaient depuis longtemps changé leurs pratiques. Un peu moins d'un quart des médecins ont indiqué qu'ils n'avaient pas le temps (pas même pour lire les recommandations de l'Anaes) ou qu'ils n'avaient pas de patients concernés ; certains, enfin, estimaient qu'il était inutile de changer leurs pratiques, ou qu'ils n'étaient pas favorables aux calculs de clairance.

Concernant le vécu de la 3^e visite de pairs. Pour un quart des généralistes, les médecins visiteurs ont indiqué qu'ils avaient enregistré

une nette amélioration de la surveillance des patients grâce à la réalisation plus systématique de la clairance. Ils ont également signalé que certains ne changeront rien dans leurs pratiques et se limiteront aux examens de créatinine, car soit ils n'ont pas assimilé la notion de seuil pour la clairance, soit ils trouvent peu d'intérêt dans le rôle accordé aux néphrologues.

Impact perçu par les 12 néphrologues à l'égard de l'action REIN

Le recueil de leurs opinions a été réalisé par entretiens semi-directifs pour connaître :

- l'impact des visites de pairs sur l'effectif des patients venus en 1^{re} consultation ;
- le degré de confiance qu'ils accordaient aux visites de pairs pour assurer une plus grande précocité dans la prise en charge des patients, et une amélioration des pratiques des généralistes ;
- l'intérêt perçu à l'égard de l'étude REIN, initiée par MEDOCEAN.

Avis sur l'intérêt de l'étude. Trois néphrologues étaient vraiment enthousiastes ; ils considéraient que le premier objectif visé était atteint, et qu'il convenait de poursuivre cette action. Trois autres néphrologues ont affirmé qu'ils étaient convaincus de l'efficacité de cette action et qu'elle avait été très utile. Quatre néphrologues se sont déclarés plus réservés, ou moyennement satisfaits tout en précisant que c'était bien de sensibiliser les généralistes à l'insuffisance rénale chronique. Les deux autres, enfin, n'étaient pas convaincus (l'un a affirmé ne pas avoir participé).

Globalement, la très grande majorité des néphrologues a adopté une attitude bienveillante.

Jugements sur l'efficacité. Six néphrologues reconnaissaient qu'ils avaient enregistré un afflux de patients, y compris des patients avec une clairance limite envoyés précocement par les généralistes, alors qu'un afflux de cas plus graves (ou de personnes âgées) a également alourdi les prises de rendez-vous.

Mais tous les six se sont déclarés favorables à un développement d'actions par des visites de pairs auprès des généralistes dans un intérêt de santé publique.

Certains étaient convaincus de la dynamique créée par cette démarche, de son objectivité, et de l'importance d'une formation transmise par une équipe de médecins visiteurs spécifiquement formés afin de sensibiliser les généralistes pour l'envoi précoce des patients : cela permet à tout le monde de bénéficier d'un travail d'équipe très positif.

Efficacité selon les généralistes visités

Un échantillon de 40 médecins a été constitué par sélection aléatoire parmi les 133 généralistes ayant reçu un médecin visiteur en

1^{re} visite. Ils ont été interrogés par téléphone sur la base d'un questionnaire visant à mesurer leur satisfaction en ce qui concerne la santé de leurs patients, leurs acquis en formation sur ce thème par la visite de pairs, l'évolution de leurs pratiques depuis ces visites, et l'étude réalisée par MEDOCEAN à partir de leur audit de pratique.

Utilité pour faire évoluer les pratiques. Tous les médecins interrogés ont estimé que cette action avait été utile pour faire évoluer les pratiques des généralistes, dont 22 considéraient que c'était « très utile ».

37 médecins ont estimé que le travail demandé dans cette étude avait été utile pour faire personnellement le point sur leurs pratiques à l'égard des patients insuffisants rénaux.

28 médecins ont déclaré que ces visites de pairs les avaient conduits à modifier le mode de gestion des dossiers de leurs patients concernés.

Évolution du nombre de patients adressés aux néphrologues. 28 médecins interviewés, sensiblement les mêmes que ci-dessus, ont personnellement considéré que le nombre de patients adressés aux néphrologues avait augmenté depuis cette étude et que la communication avec les néphrologues en était facilitée.

Adhésion à la démarche des visites de pairs. 9 généralistes sur 10 ont estimé que ce travail effectué sur certains dossiers de leurs patients avait permis d'obtenir des résultats fiables sur leurs pratiques. La démarche adoptée par MEDOCEAN pour cette étude sur la base de visites de pairs était donc très bien accueillie par les généralistes.

24 médecins ont jugé que ces visites de pairs avaient été « assez utiles » en complément d'une formation sur l'insuffisance rénale, et 15 autres ont affirmé qu'elles avaient été « très utiles ».

Ainsi, les médecins interrogés ont perçu que cette démarche contribuait utilement à un complément de formation sur l'insuffisance rénale.

Utilité pour une formation sur d'autres thèmes. 37 médecins estimaient que d'autres sujets devraient donner lieu à des visites de pairs à la Réunion, dans un but de formation, d'amélioration des pratiques et de suivi des patients. Ils ont spontanément cité des pathologies comme le diabète, l'hypertension, les maladies cardiovasculaires.

Devenir médecin visiteur. Onze des généralistes interrogés (dont 8 avaient plus de 50 ans et plus de 15 ans d'expérience à la Réunion) envisageraient favorablement d'intervenir comme « médecin visiteur » auprès de généralistes.

à 45,5 mL/min, correspondant à une insuffisance rénale modérée. Il y a eu une tendance à l'amélioration des pratiques concernant le niveau de la clairance de la créatinine lors du 1^{er} recours au néphrologue : 41,2 mL/min et 49,7 mL/min respectivement au 1^{er} et au 2^e tour d'audit ($p > 0,05$ [NS]). Parmi les 120 patients dont on connaissait le niveau de clairance lors du 1^{er} recours, 59 % avaient une insuffisance rénale modérée, 21 % une insuffisance rénale sévère, 3 % une insuffisance rénale terminale et 16 % une clairance entre 60 et 80 mL/min. Parmi les 240 patients insuffisants rénaux chroniques (clairance < 60 mL/min), 101 ont été adressés à un néphrologue, soit 42 %.

La marge de progression en termes d'amélioration des pratiques est donc importante. Il faut noter que les pratiques étudiées concernaient des médecins qui avaient accepté d'entrer dans une démarche d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins.

CONCLUSION

L'étude REIN a montré un impact sur les pratiques des médecins généralistes « visités ». Ces derniers ont été sensibilisés au dépistage et à la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique. Cependant, le nombre important de patients dépistés semble avoir conduit les professionnels à faire des choix concernant les patients à adresser aux néphrologues. Ce choix s'est porté naturellement vers les patients dont le niveau de clairance de la créatinine était bas, c'est-à-dire les patients les plus « sévèrement atteints ».

Les résultats du mini-audit de pratique ont par ailleurs montré que la performance des médecins volontaires était peu satisfaisante.

Les éléments de l'étude qualitative semblent souligner les problèmes de coordination existant entre les généralistes et les néphrologues. L'amélioration du dépistage de l'IRC à la Réunion devrait pourtant conduire à une nouvelle organisation de la prise en charge, car il semble difficile, voire impossible, de faire suivre tous les nouveaux patients par les néphrologues.

Les difficultés concernant l'information et l'éducation des patients insuffisants rénaux semblent aussi limiter la mise en œuvre des recommandations.

Il serait par conséquent utile de mener des études qualitatives et quantitatives qui prennent en compte les caractéristiques des médecins et des patients et celles de leur environnement, et de mener des expérimentations sur de nouvelles collaborations entre les néphrologues et les généralistes dans le contexte réunionnais (bassin captif, prévalence haute de l'IRC et forte démographie). Enfin, nous pouvons nous interroger sur la stratégie qui permettrait de mettre en œuvre cette méthode à une plus large échelle en précisant la notion de coût et de diffusion de ce service. ■

Remerciements :

– **Aux médecins qui ont accepté de devenir des visiteurs et d'effectuer l'intervention** : les docteurs P. de Chazournes, M. der Kasbarian, K. Dussouillez, R. Foubert, P. Gaillard, S. Journeaux, P. Maillot, D. Perriaux, G. Potier, C. Vacher Coponat.

– **Aux médecins généralistes « visités »** : les docteurs J-P. Ah Sing, C. Allain, E. Allane, R. Almarcha B Andriamanjato, S. Andriamiakatra, Ph. Andriantavy, C. Armoudom, S. Audrain, Y. Badetti, P. Becu, F. Belon, V. Bendera, P.Y. Bertaut, P. Bogo, H. Bonneville, C. Boquel, E. Bourdais, P. Bourles, G. Brottier, K. Cadinouche, C. Capdeville, J.L. Carmeille, J.L. Carre, J.L. Cheron, V. Cochet, C. Coppin, I. Cournot, P. Dalon, J.C. Dard, J.P. Degui, C. Derkasbarian, J.C. Desagneaux, L. Domercq, L. Duprat, C. Dupret, K. Durgauhee, M.A. Durrieu, P. Durrieu, H. Dyall, C. Etheve, D. Fechner, E. Fontaine, C. Fontaine, L. Franceschini, K. Galaup Bichet, M. Gaudin, V. Gerome-Cuginin, B. Geoury, M. Gueon, F. Guilbaud, F. Guillard, C. Habis Hoarau, J.F. Hallet, L. Herzog, C. Hoarau, F. Hoarau, B. Hubert Delisle, P. Humbert, L. Imbart Comte, N. Issac Ismael,

S. Jarre, P. Jeu, J. Joyet, D. Jurine, C. Kowalczyk, B.A. Kieser, C. Kon Sun Tack, J.L. Labat, G. Lallet Czechowski, M.N. Lan Nang Fan, C. Laureau, C. Lauret, D. Le Peru, D. Lebihan, C. Lebrun, B. Legris, D. P. Lemaire, C. Leroy, C. Leveque, C. Limbe Charlette, C. Lo Line Mei, O. Lupa, E. Manche, P. Marchesseau, R. Marimoutou, E. Martin-Champetier, F. Mazier, S. Mercier, J. Mete, M. Mondon Banabera, S. Montury, C. Morel, M. Mossello, N.L. NGuyen, J.L. Noel, F. Omarjee, C. Ottenwalder, P.L. Pastor, J.M. Payet, R. Payet, A. Pelerin, P. Pierron, F. Pierson, A.C. Pothier, G. Rahoelina, A. Ramassamy, R. Ramassamy, J. Raveloson, M.H. Ray, D. Riemens, G. Rossier, M. Roussel, L. Safy Manche, A. Salinas, L. Salza, D. Sapin, A. Satsou, M. Say Liang Fat, F. Semel, I. Teyssevre Francois, P. Thia Kime, R. Thuong Hime, M. Touzet, P. Tregout, N. Verguin, J.M. Vian, P.L. Vidal, A. Vienne, P.A. Vittori, P. Welmant, B. Winteler.

– **Aux médecins néphrologues** : les docteurs H. Atchia, R. Genin, J. Guitard, T. Wong, P. Parent, B. Bourgeon, A. Aizel, C. Chuet, D. Schohn, M. Fen Chong, M. Ramdane, A. Amaouche.

– **Aux membres de l'équipe de coordination et d'évaluation** : les docteurs H. Falcoff, S. Razafimahefa et R. Foubert ; mesdames B. Dennemont et S. Delvoje ; messieurs P. Burgaud (D.E.M. Saint-Denis de la Réunion. demordis@wanadoo.fr.) A. Couteau ; Madame M.D. Chabernaud, assistante de l'association MEDOCEAN.

Références

- Guiserix J, Finielz P. Insuffisance rénale chronique terminale dans le sud de la Réunion. *Épidémiologie, survie en dialyse. Néphrologie* 1997;18:107-11.
- Jungers P. Screening for renal insufficiency: is it worth while ? is it feasible ? *Nephrol Dial Transplant* 1999;14:2082-4.
- ANAES. Diagnostic de l'insuffisance rénale chronique chez l'adulte. Recommandations. Paris: septembre 2002. 21 p.
- Papoz L, Schwager JCS, Boyer MC, Favier F. Rapport de fin d'étude REDIA (PHRC 1997). Direction de la recherche clinique, CHU de Montpellier et Direction des hôpitaux; janvier 2002.
- Albitar S, Bourgeon B, Genin R, Schohn D, Fen-Chong M, Serveau M, et al. Epidemiology of end-stage renal failure in the Reunion Island (results from the registry of the Indian Ocean Society of Nephrology). *Nephrol Dial Transplant* 1998;13:1143-5.
- Franco JM, Chazournes (de) P, Falcoff H. Impact des « visites de pairs ». Étude randomisée à l'île de la Réunion sur l'amélioration du suivi des patients diabétiques. *Rev Prat Med Gen* 2005;19:164-8
- Falcoff H, Chazournes (de) P, Franco JM. Improving the follow-up of type 2 diabetic patients in la Réunion : a randomised controlled study. In: Implementing quality improvement using examples from general practice. *EQUIP, Dutch College of General Practitioners. Euro Soc Fam Med*; juin 2004. p. 58-63.
- ANAES. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Paris: janvier 2000.
- ANAES. Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion de la prise en charge des complications. Paris: mars 2000. 161 p.
- ANAES. Suivi du patient diabétique de type 2 à l'exclusion du suivi des complications. Paris: janvier 1999. 151 p.
- ANAES. Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans. Paris: septembre 1997.

SUMMARY

OBJECTIVES: TO IMPROVE THE SCREENING AND MANAGEMENT OF EARLY ONSET CRF (CHRONIC RENAL FAILURE) IN PATIENTS AT RISK (HYPERTENSION AND/OR TYPE 2 DIABETES) IN REUNION.

METHOD: A STUDY BEFORE/AFTER AN INTERVENTION ASSOCIATING OUTREACH VISITS AND AN AUDIT OF MEDICAL PRACTICE. TEN GENERAL PRACTITIONERS MET 133 VOLUNTARY GENERAL PRACTITIONERS AT THEIR PLACE OF PRACTICE AND MADE THEM AWARE OF THE ANAES (NATIONAL AGENCY OF ACCREDITATION AND EVALUATION OF HEALTH-CARE) RECOMMENDATIONS. FURTHERMORE, 12 NEPHROLOGISTS COLLECTED DATA CONCERNING NEW PATIENTS REFERRED BY THE VISITED GPs (INTERVENTION GROUP) OR BY THE NON-VISITED GPs (CONTROL GROUP) FOR MANAGEMENT OF CRF.

RESULTS: AFTER THE INTERVENTION, THE NUMBER OF NEW PATIENTS REFERRED TO THE NEPHROLOGISTS HAD INCREASED, ESPECIALLY IN THE "VISITED" GP GROUP. THE AVERAGE LEVEL OF THE CREATININE CLEARANCE OF PATIENTS REFERRED BY THESE DOCTORS HAD REDUCED SIGNIFICANTLY ($p < 0,02$) GOING FROM 51 TO 41 mL/MIN AFTER THE INTERVENTION.

CONCLUSION: THIS OBSERVATION COULD INDICATE THAT THE GENERAL PRACTITIONERS, ENCOURAGED TO SCREEN NUMEROUS NEW PATIENTS, HAD REFERRED IN PRIORITY THOSE PATIENTS WHO WERE IN A CRITICAL SITUATION. AT A QUALITATIVE LEVEL, THE VISITED DOCTORS WHO WERE INTERVIEWED THOUGHT THAT THIS COLLABORATIVE ACTION HAD BEEN USEFUL IN IMPROVING THEIR PRACTICE, AND THE NEPHROLOGISTS HAD INDICATED THAT IT HAD IMPROVED THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH CRF.

REV PRAT MED GEN 2005 ; 19 : 1444-9.