

QUESTIONNAIRE : SYNTHÈSE DES AVIS DES PARTIES PRENANTES

ACTUALISATION DU GUIDE PARCOURS DE SOINS MALADIE RENALE CHRONIQUE

GUIDE

INTEGRATION DU GRAPHIQUE DE STRATIFICATION DU RISQUE DE PROGRESSION DE LA MRC (PAGE 15)

COMMENTAIRES

Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT) :

Outil indispensable par son impact visuel et sa validation internationale (KDIGO).

A noter : plusieurs erreurs sur le graphique résultant de la traduction (+++). Légende verticale à gauche, il ne s'agit pas de Maladie Rénale Chronique mais des « Catégories de DFG (description et valeurs) ».

Noter que dans la nomenclature internationale (KDIGO), les stades sont assortis de G majuscule (G1, G2, etc.) pour différencier des stades d'albuminurie (A1, etc.). Le stage G3 est subdivisé en G3a et G3b : a et b s'écrivent en minuscule, et ceci doit être répercuté partout dans le texte à la place des majuscules. Le stade G2 n'est pas une insuffisance rénale, à corriger par « DFG légèrement diminué ».

La légende « Albuminurie doit être corrigée en « Stades ou catégories d'albuminurie persistante ».

Il serait utile de préciser que cette stratification du risque concerne à la fois le risque de progression rénale, de risque d'événements cardiovasculaires, et enfin de mortalité de toute cause.

Le score de risque rénale (KFRE) n'est pas assez mis en avant. Les NICE UK le propose désormais comme outil majeur de triage pour l'adressage des patients (KFRE > 5% à 5 ans OU RAC > 650 mg/g).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng203>

Noter aussi que les valeurs seuils internationales pour l'adressage sont les suivantes :

- < 5% à 5 ans : suivi MG
- >5% -<15% à 5 ans : suivi spécialisé
- >15% à 5 ans : suivi spécialisé urgent (ou rapide)

**Prognosis of CKD by GFR
and Albuminuria Categories:
KDIGO 2012**

				Persistent albuminuria categories Description and range		
				A1	A2	A3
				Normal to mildly increased	Moderately increased	Severely increased
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
GFR categories (ml/min/ 1.73 m ²) Description and range	G1	Normal or high	≥ 90			
	G2	Mildly decreased	60-89			
	G3a	Mildly to moderately decreased	45-59			
	G3b	Moderately to severely decreased	30-44			
	G4	Severely decreased	15-29			
	G5	Kidney failure	< 15			

Green: low risk (if no other markers of kidney disease, no CKD); Yellow: moderately increased risk; Orange: high risk; Red, very high risk.

Conseil National Professionnel (CNP) de néphrologie :

- Pas de commentaire
- OK

Collège de la Médecine Générale (CMG) : La présentation est trop succincte. Elle est déconnectée du texte précédent qui parle des comorbidités.

Conseil National Professionnel Cardio-Vasculaire (CNP CV) : Pas de commentaire

France Rein : RAS

Renaloo : Aucun commentaire

**INTEGRATION DE LA DAPAGLIFOZINE SUITE A L'AVIS DE LA CT DU 27/10/21
(PAGE 25)**

COMMENTAIRES

SFNDT : En début de page 25, les « conseils » sur les cibles tensionnelles sont obsolètes et en désaccord avec les données récentes (STEP, méta-analyse Trialists Lancet 2022) et recommandations internationales :

- Recours à la mesure standardisée de Pression Artérielle (<https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2022.12.015>)
- Cible de PA systolique par défaut : **< 120 mmHg**, en mesure "standardisée"
- **individualisation < 130 mmHg** si :
 - diabète (KDIGO Diabetes 2022, ADA 2023)
 - G4-G5 (dfge < 30)
 - sujets très âgés (> 90 ans), ou très fragiles (ehpad)

Paragraphe sur les gliflozines :

Suite à l'étude Empa-kidney, l'empagliflozine sera probablement validée dans l'indication MRC. Je propose un libellé plus large « une gliflozine avec une efficacité démontrée dans les essais »

Proposition de rédaction :

Chez les patients diabétiques avec une maladie rénale chronique, et suite aux recommandations KDIGO Diabetes 2022 et ADA 2023, une gliflozine avec une efficacité démontrée dans les essais est systématiquement indiquée chez tous les patients A2-A3 et chez tous les patients G3 à G5ND quel que soit l'albuminurie, ainsi chez les patients diabétiques à haut/très haut risque cardiovasculaire, les patients diabétiques avec une insuffisance cardiaque ou à risque d'insuffisance cardiaque.

Dans les néphropathies non diabétiques, une gliflozine d'efficacité démontrée est indiquée chez la plupart des patients avec une albuminurie A2-A3.

Dans les 2 cas, la gliflozine est initiée si le DFGe est > 20 ml.min/1,73m² et peut être poursuivie jusqu'au traitement de suppléance. La gliflozine est indiquée en sus du traitement IEC/ARA2 à la dose maximale tolérée ou isolément en cas de contreindication ou mauvaise tolérance des IEC/ARA2.

La fonction rénale doit être contrôlée dans le mois suivant l'introduction de la gliflozine et une chute de plus de 30% du DFGe doit faire rechercher et corriger un surdosage en antihypertenseurs, un néphrotoxique, une hypovolémie, etc. Le traitement par gliflozine, comme le traitement IEC/ARA2 doit être interrompu temporairement en cas de maladie intercurrente avec risque d'hypovolémie.

CNP de néphrologie :

- Accord
- Une « MRC » insuffisamment contrôlée ne signifie rien. Reformuler

CMG : Le Collège propose :

4.2.1 Mesures non médicamenteuses

4.2.2 Recours médicamenteux : qui inclue l'iatrogénie, les IEC et la dapagliflozine : cela semble un peu copier-coller et manque de mise en perspective (pas de progression thérapeutique claire proposée).

Le 4.2.3 pourrait être mis en 4.3

CNP CV : D'accord sur le principe et le texte proposé.

A signaler :

- Guide principal ; page 23 : 1^e paragraphe : « *dans le cas d'épisodes intercurrents sévères : l'interruption partielle ou totale de médicaments. Dans certaines circonstances (diarrhée, vomissements, fièvre, exposition à de fortes chaleurs, activité sportive intense), certains médicaments peuvent provoquer une insuffisance rénale aiguë fonctionnelle et doivent être interrompus partiellement ou totalement (médicaments à élimination rénale : agents bloqueurs du système rénine-angiotensine, diurétiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS), metformine, lithium, digoxine) (17) ;* » → **ajouter les gliflozines**

France Rein : RAS

Renaloo : Aucun commentaire

INTEGRATION DE LA FINERENONE SUITE A L'AVIS DE LA CT DU 19/10/2022 (PAGE 26)

COMMENTAIRES

SFNDT : La finérénone est un antagoniste non-stéroïdien du récepteur des minéralocorticoïdes (ARMns) mais d'autres molécules sont en développement (esaxérénone).

Proposition de rédaction :

L'efficacité de la finérénone sur la réduction de la progression rénale et de la mortalité cardiovasculaire a été démontrée chez les patients diabétiques de type 2 avec une atteinte rénale dans les études FIDELIO et FIGARO en addition au traitement par IEC/ARA2 à la dose maximale tolérée.

A l'époque de la conception de ces études, les gliflozines n'étaient pas intégrées dans le standard de soins du diabète avec atteinte rénale, mais une analyse d'un sous-groupe de FIDELIO suggère un effet conservé de la finérénone chez les patients recevant IEC/ARA2 + gliflozine. Le consensus KDIGO-ADA 2023 et les NICE UK 2023 proposent l'addition d'un ARMns avec une efficacité démontrée, en sus du standard de soins (IEC/ARA2 + gliflozine) chez les patients diabétiques avec atteinte rénale A2-A3 persistante, une kaliémie < 4,8 mmol/L et un DFG_e > 25 ml/min/1,73m².

L'addition d'un ARMns implique une surveillance du DFG_e et de la kaliémie au laboratoire (≠ domicile) 1 mois après puis tous les 4 mois et l'adaptation de la posologie selon la kaliémie. La combinaison d'une gliflozine ou d'un diurétique thiazidique réduit significativement le risque d'hyperkaliémie sous ARMns.

CNP de néphrologie : accord

CMG : même remarque (que la question précédente)

CNP CV : D'accord sur le principe et le texte proposé.

Deux remarques :

- Guide principal, page 26, dans l'encart concernant la finérénone : « Au vu de l'absence de données comparatives versus un inhibiteur du SGLT2 (ou gliflozine) et du faible effectif (moins de 5 %) de patients inclus dans l'étude de phase III traités par un inhibiteur du SGLT2, la finérénone ne peut être positionnée par rapport aux inhibiteurs du SGLT2 dans la maladie rénale chronique (stades 3 et 4 avec albuminurie) du patient diabétique de type 2 ; le bénéfice clinique de l'association finérénone + traitement standard optimisé par IEC ou sartan + gliflozine n'étant pas établi, l'instauration d'une trithérapie dans la maladie rénale chronique n'est pas recommandée. » → **les analyses en sous-groupe ne montrent pas d'alerte particulière concernant l'association finérénone + iSGLT2 (il y aurait même moins d'hyperkaliémie, avec les réserves au regard d'analyse en sous-groupe). Mais ces patients peuvent être sous iSGLT2 pour de l'insuffisance cardiaque. Un patient sous IEC/ARA-2 + finérénone qui est en insuffisance cardiaque peut avoir une prescription de iSGLT2. Le fait de marquer dans votre document « n'est pas recommandé » pourrait faire croire – à tort – que la prescription d'un iSGLT2 dans la situation ci-dessus imposerait l'arrêt de la finérénone, ce qui semble discutable au vu de l'intérêt de la finérénone dans la prévention de la MRC, qui semble indépendante de la prescription des iSGLT2 (du moins absence d'interactions dans les analyses en sous-groupe).**
- Guide principal ; page 46 : chapitre hyperkaliémie : « *Le risque d'hyperkaliémie est équivalent chez les sujets âgés et est souvent favorisé par la prise d'IEC et/ou de supplémentation*

potassique (69). La survenue d'un épisode d'hyperkaliémie doit faire systématiquement réévaluer la prescription d'un bloqueur du SRAA » → ce chapitre doit être complété en soulignant une vigilance particulière en cas d'adjonction de finérénone aux IEC/ARA2.

France Rein : Appuyer davantage sur le fait qu'il n'y ait pas de bénéfice clinique.

Renaloo : Aucun commentaire

INTEGRATION DE LA POSSIBILITE DE TELESURVEILLANCE MEDICALE (PAGES 38 ET 47)

COMMENTAIRES

SFNDT : Page 38 :

La télésurveillance médicale du patient peut être proposée. Elle constitue une alternative au suivi conventionnel seul, mais ne remplace pas la surveillance en consultation, pour tout patient dont la prise en charge nécessite une période de suivi (annexe 18).

Elle implique une organisation des soins fondée sur une coordination efficiente, orchestrée de plusieurs types d'acteurs (professionnels médicaux, paramédicaux, industriel, analystes de données...) autour du patient. Cette organisation nécessite des moyens humains supplémentaires.

CNP de néphrologie :

- Attention à ce que la télésurveillance n'oublie pas la médecine et les professionnels de santé de territoire en instaurant un lien privilégié entre l'hôpital et le patient.
La revalorisation des forfaits a été actée pour la diabétologie et la cardiologie sur des critères d'âge et de comorbidité qui sera le plus souvent l'insuffisance rénale associée. La télésurveillance en Néphrologie doit aussi suivre cette évolution tarifaire.
- La télésurveillance n'est pas un objectif thérapeutique spécifique mais un moyen, comme la téléconsultation, pour atteindre les objectifs thérapeutiques spécifiques

CMG : Le Collège n'est pas pour le suivi par le médecin généraliste, en revanche, pas de commentaire pour le suivi par le néphrologue.

CNP CV : Pas de commentaire

France Rein : RAS

Renaloo : P47, permettre, en complément du suivi régulier en présentiel du patient, la mise en œuvre...

- INTEGRATION DES DISPOSITIFS IPA, PROTOCOLES DE COOPERATION, DISPOSITIF D'APPUI A LA COORDINATION
- SUPPRESSION DES PLATEFORMES TERRITORIALES D'APPUI (DECRET N°2021-295 DU 18 MARS 2021) (PAGE 48 ET ANNEXE 17 PAGES 78/79)

COMMENTAIRES

SFNDT : J'ajouterais pour l'IPA page 78 « cette pratique recouvre des activités d'orientation.. des actes de surveillance clinique et paraclinique et des actes de télésurveillance. »

Cependant l'efficacité et l'appropriation des dispositifs de suivi à distance ne se fera en pratique que si les outils sont intégrés dans une seule plate-forme (en lien avec les laboratoires de ville pour accéder instantanément aux résultats biologiques)

La télésurveillance doit être mieux valorisée financièrement pour les prof. de santé qui assurent le suivi que pour les prestataires informatiques qui mettent une plate-forme à disposition une fois pour toute et n'ont pas les contraintes de la gestion du patient au quotidien.

Les établissements doivent effectivement garantir la mise à disposition de ressources humaines (équipe pluridisciplinaire médicale et paramédicale) pour organiser un parcours de soins fiable du patient.

CNP de néphrologie :

- OK
- Ne pas reposer la coordination sur des structures lourdes, peu souples, longues à mettre en œuvre comme les CPTS. Une organisation simple de professionnels de territoire autour d'un projet de santé doit suffire. Il faut s'appuyer sur les professionnels de ville libéraux et se faire aider par les URPS.
On est en monopathologie, et même si le projet de convention (Non signées) les avait tuées avant qu'elles ne naissent, une échelle de type ESS devrait suffire comme outil de coordination du parcours MRC.

CMG : Cette partie n'a pas vraiment sa place dans le document.

CNP CV : pas de commentaire

France Rein :

Intégration IPA, Protocole coopération, DAC - RAS

Suppression PTA, il faut être cohérent - RAS

Renaloo :

Aucun commentaire

REECRITURE DU PARAGRAPHE RELATIF AUX OUTILS DE COORDINATION¹ (PAGE 48)

COMMENTAIRES

SFNDT : Difficile sans connaître les outils qui seront validés et leur articulation.

Là encore, nécessité d'une plate-forme unique regroupant toutes les fonctionnalités.

Il me paraît important que le prescripteur puisse avoir aussi accès à la délivrance des médicaments (dossier pharmaceutique) ce qui n'est pas le cas actuellement. Ceci faciliterait le suivi de l'observance, les interactions médicamenteuses potentielles et les doublons en cas de prescripteurs multiples (ce qui est fréquent (eg diabète)).

¹ Dans le précédent guide, les outils se situaient au point 6.5 et en annexe 17

CNP de néphrologie :

- Le Néphrologue, pourtant l'expert de cette pathologie est plutôt absent de ces dispositifs de coordination ! Il faut lui rétablir sa place.
- Rajouter les données de télésurveillance des patients télésuivis

CMG : La coordination décrite ne précise pas les spécificités de cette situation, les centres de néphrologie étant pourtant des acteurs très singuliers.

Cette partie mériterait d'être bien plus détaillée sans céder à la tentation d'un inventaire de toutes les inventions récentes, mais en réfléchissant aux besoins des patients et en proposant une répartition efficiente des tâches.

Exemple :

« Les patients bénéficient de nombreuses prises de sang, chaque médecin traitant ou néphrologue est invité à s'assurer que le patient dispose bien d'un DMP ouvert et que les dernières informations de biologie sont à jour afin d'éviter toute redondance prescriptives ».

CNP CV : pas de commentaire

France Rein : RAS

Renaloo : Aucun commentaire

- **CORRECTION DES SEUILS DE DFG COMME FDR DE NEPHROPATHIE AIGUE AUX PRODUITS DE CONTRASTE SELON LES RECOMMANDATIONS DE L'ESUR 2018**
- **PRECISIONS SUR LES TYPES D'INJECTIONS INTRA-ARTERIELLES (PAGE 68)**

COMMENTAIRES

SFNDT : Page 69 : Ne réintroduire les traitements interférant avec l'hémodynamique glomérulaire (IEC/ARA2/diurétiques, **gliflozines**) et la metformine qu'après avoir pu constater l'absence d'aggravation de la fonction rénale.

- Rajouter « gliflozine »

CNP de néphrologie : pas de commentaire

CMG : Le Collège est en accord avec ces modifications.

CNP CV : Aucun commentaire

France Rein :

Correction des seuils – RAS

Précisions types d'injections - RAS

Renaloo : Aucun commentaire

INTEGRATION D'UNE PRECISION SUR LA POSSIBILITE D'INJECTION DE PRODUITS DE CONTRASTE IODES EN CAS D'ALTERATION DU DFG (PAGE 68)

COMMENTAIRES

SFNDT : OK

CNP de néphrologie : Document globalement très complet et documenté

CMG : Le Collège est en accord avec cette modification.

CNP CV : Guide principal ; page 69, à propos de la néphrotoxicité des agents de contraste : « mesurer le débit de filtration glomérulaire (DFGe) entre 48 et 96 h après la procédure. Ne réintroduire les traitements interférant avec l'hémodynamique glomérulaire (IEC/ARA2/diurétiques) et la metformine qu'après avoir pu constater l'absence d'aggravation de la fonction rénale. » → **ce paragraphe est à actualiser pour introduire aussi la question des patients sous glifozines. Cf document de l'ADA : DOI: [10.2337/dc16-2200](https://doi.org/10.2337/dc16-2200).**

France Rein : RAS

Renaloo : Aucun commentaire

AJOUT DE PRECISIONS COMPLEMENTAIRES SUR LES MAISONS DE SANTE, LES CENTRES DE SANTE ET LES CPTS (PAGE 77)

COMMENTAIRES

CNP de néphrologie : Place des ESS et des coordinations individuelles de terrain. Des réseaux de prise en charge informels entre professionnels de santé sont encore majorité sur le territoire

CMG : Les définitions sont certainement correctes, mais ces précisions ne montrent pas une grande utilité.

CNP CV : pas de commentaire

France Rein : RAS

Renaloo : Les auxiliaires médicaux ne sont-ils pas des professionnels médicaux ?

INTEGRATION DE L'ANNEXE 18 SUR LES OUTILS NUMERIQUES EN SANTE (PAGE 80/81)

COMMENTAIRES

SFNDT : Au niveau de l'annexe 18 page 80, remplacer le titre « outils numériques » par « Dispositifs médicaux numériques » car ces DMN doivent être inscrit sur une liste.

page 81 : à mon sens, il y a redondance des deux premières lignes de cette page avec le descriptif de la page 80 des actes de télésanté déjà énumérés

j'ajouterai page 81 un chapitre Dispositifs médicaux numériques :

Le dispositif médical numérique utilisé dans le cadre des actes de télésanté doit satisfaire aux conditions suivantes :

- l'inscription dans le référentiel dédié de la Haute autorité de santé
- l'obligation de conformité aux cadres juridiques applicables aux données de santé (RGPD, marquage CE) ;
- Des spécifications techniques minimales obligatoire des DMN mais également, le recueil de données obligatoires (biologiques, physiologiques, machine) selon la catégorie de patients éligibles.
- L'hébergement des données de santé par l'exploitant ou un sous-traitant disposant d'une certification HDS délivrée par un organisme certificateur accrédité par le COFRAC

L'efficacité et l'appropriation des dispositifs de suivi à distance ne se fera en pratique que si les outils sont intégrés dans une plate-forme unique.

L'avantage principal des dispositifs médicaux numériques est d'abolir les distances et de permettre une surveillance plus en « temps réel » que le suivi présentiel classique. Pour le centre de soins, cette « réactivité » est aussi une contrainte supplémentaire d'organisation et ne peut s'envisager sans l'intervention de personnel ou de temps dédiés.

La télésurveillance doit être mieux valorisée financièrement pour les prof. de santé qui assurent le suivi que pour les prestataires informatiques qui mettent une plate-forme à disposition une fois pour toute et n'ont pas les contraintes de la gestion du patient au quotidien.

CNP de néphrologie :

- Commentaire plus haut
- Les patients avec syndrome cardio-rénal au stade IV MRC et bénéficiant d'une télésurveillance cardiologique doivent être adressés au néphrologue pour avis

CMG : oui

CNP CV : pas de commentaire

France Rein : RAS

Renaloo : La télésurveillance ne doit pas se substituer totalement à la surveillance en présentiel.

FICHE

AJOUT DE PRECISIONS SUR LE TRAITEMENT CONSERVATEUR (DERNIER PARAGRAPHE PAGE 3 ET HAUT DE LA PAGE 4)

COMMENTAIRES

SFNDT : La prise en charge de la MRC stade 5 sans dialyse envisagée, parfois appelé aussi « traitement conservateur », est une alternative thérapeutique légitime et doit être exposé de façon objective au patient.

Cette partie est presque un peu longue par comparaison avec les premiers points qui sont très importants (dépistage, risque de progression, néphrotoxicité, adaptation posologique)

Je ne suis pas d'accord avec la section 5 « Personnes âgées : pas plus de 3 anti-hypertenseurs » qui met trop l'accent sur les effets indésirables des antihypertenseurs et pas assez sur les bénéfices maintenant bien démontrés sur la prévention de l'insuffisance cardiaque, des AVC et des troubles cognitifs voire la mortalité (HYVET, SHEP, SPRINT, STEP). Les KDIGO recommandent des seuils stricts chez les sujets âgés valides, et une individualisation chez les sujets âgés fragiles et institutionnalisés. Si l'on souhaite se limiter à 3 classes d'antihypertenseurs, il faut préciser que ce sont les IEC/ARA3, dihydropyridine et diurétiques thiazidiques qui sont les seules à faire l'objet d'une validation.

CNP de néphrologie : Souhaité car encore très confidentiel. La coordination des acteurs leur intercommunication est dans ce domaine indispensable. Le gériatre aussi d'ailleurs !

CMG : oui

CNP CV : pas de commentaire

France Rein : Le traitement conservateur est une alternative pour le patient qui n'est pas prêt psychologiquement à la dialyse ou à la greffe. Ce traitement permet de donner du temps à la réflexion, à l'acceptation de la dialyse ou de la greffe.

C'est également un traitement actif en soins palliatifs, mais pas que.

Renaloo : Dans le titre : « sans dialyse **ni greffe** envisagée »

Encadré : ce traitement ne peut pas concerner tous les patients, il doit être réservé aux patients dont l'espérance de vie résiduelle est courte.

La prise en charge de la MRC stade 5 sans dialyse **ni greffe** envisagée, aussi appelée traitement conservateur, est une alternative légitime pour des patients dont l'espérance de vie est limitée, ...

C'est un processus de soins actifs qui met en œuvre des traitements...

Ce traitement ne peut pas être présenté à l'égal de la dialyse ou de la transplantation. Il s'agit d'une alternative pour des situations très spécifiques où l'espérance de vie résiduelle est limitée.

Dans le guide SFNDT du traitement conservateur, la phrase "Quel que soit l'âge, l'option du traitement conservateur et son contenu doivent être exposés clairement au même niveau que celles de la suppléance » est directement suivie par : « Dans le cadre du suivi néphrologique, une information complète et explicite sur le pronostic associé à chaque option — transplantation, dialyse et traitement conservateur — doit être prodiguée ».

Cette précision change tout !!! Le fait de l'omettre modifie complètement le sens de la reco.

Le paragraphe qui commence par « En présence de multiples comorbidités... » devrait se situer au tout début du chapitre.

SYNTHESE

SUR LE DOCUMENT WORD DE SCHEMA RECAPITULATIF D'ORGANISATION DES PARCOURS :

- AJOUT DES MESURES DE NEPHROPROTECTION POUR LE NEPHROLOGUE ET LE MEDECIN TRAITANT
- AJOUT DES FONCTIONS DE DEPISTAGE, DIAGNOSTIC ET COORDINATION POUR LE MEDECIN TRAITANT

COMMENTAIRES

SFNDT : Pas très clair sur le document pdf à ma disposition.

Le dépistage et la coordination sont à l'évidence l'apanage du médecin traitement de même que les mesures de néphroprotection de 1^{ère} ligne (IEC/ARA2 + gliflozine).

Mais si ces mesures ne sont pas mises en place, comment s'assurer que le patient sera adressé au spécialiste ?

CNP de néphrologie : La MRC du sujet âgé doit avoir été au moins une fois l'objet d'un avis de consultant par le Néphrologue+++

Il y a des atteintes rénales spécifiques curables chez le sujet âgé

CMG : vision très statique

CNP CV :

- Guide principal ; page 25 (concernant la prise en charge de l'HTA) : « *de ramener la PAS à moins de 140 mm Hg et la PAD à moins de 90 mm Hg* ». → **Sans mettre en cause ce seuil en consultation, il est important à souligner que l'efficacité de la prise en charge d'une HTA est de nos jours essentiellement basée sur les mesures ambulatoires, avec comme objectif un tension artérielle diurne <135/85 (en automesure) et <130/80 sur les 24h (MAPA). A aucun moment le document actuel fait état, ou du moins renvoie vers une référence spécifique sur la prise en charge d'HTA, de la surveillance en ambulatoire de la pression artérielle et des objectifs en fonction de celle-ci.**
- Guide principal ; page 27 : à propos du risque thrombotique : « *l'aspirine en prévention primaire chez le diabétique, en l'absence de risque hémorragique (36)* ». Cette mesure préventive chez le diabétique est débattue et n'est plus recommandée de manière systématique (recommandation de niveau IIb dans les dernières recommandations ESC 2018 coeur & diabète), et le rapport bénéfice risque en cas de MRC est incertaine (car le risque ischémique est certes plus élevé, mais c'est aussi le cas du risque hémorragique).
- **Dans le texte, les complications athéromateuses de la MRC ont été soulignées, mais il n'est pas fait mention du risque d'insuffisance cardiaque chez ces sujets. Il semble nécessaire que dans l'évaluation clinique des patients avec MRC, la recherche d'insuffisance cardiaque par l'interrogatoire et l'examen clinique soit clairement stipulée. En cas d'éléments d'orientation vers une suspicion d'insuffisance cardiaque, les particularités de l'interprétation des niveaux des peptides natriurétiques doivent être mentionnés, en précisant la préférence vers le dosage de BNP plutôt que du NT-pro-BNP (à l'exception du patient sous Entresto) car le BNP est moins sensible aux variations de la fonction rénale. (voir : doi:10.1002/ejhf.1494)**

France Rein : Dans le paragraphe « Prise en charge initiale », rajouter : « - Orienter le patient vers une association de malades pour l'informer sur la vie avec la maladie ». Cela est mentionné dans le schéma mais pas dans les différents documents.

Ajout des mesures de néphroprotection ... – OK

Ajout des fonctions de dépistage ... - OK

Renaloo : Aucun commentaire

MODIFICATIONS COMMUNES AU GUIDE, A LA FICHE ET A LA SYNTHESE

SUPPRESSION DANS TOUS LES DOCUMENTS DE LA NOTION DE « TRAITEMENT PALLIATIF » ET CONSERVATION UNIQUEMENT DU TERME « TRAITEMENT CONSERVATEUR »

COMMENTAIRES

SFNDT : ok

CNP de néphrologie : OK

CMG : oui

CNP CV : Pas de commentaire

France Rein : OK

Rajouter dans les 3 documents : Guide, Fiche, Synthèse : « - Orienter le patient vers une association de malades pour l'informer sur la vie avec la maladie ». L'intervention de membres d'associations de patients aide beaucoup les patients sur le plan psychologique, parce qu'ils sont experts de la vie avec la maladie, les messages sont beaucoup mieux perçus.

Renaloo : OK

- INTEGRATION D'UN COMPLEMENT DE DEFINITION DU TRAITEMENT CONSERVATEUR SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA SFNDT

- **SUPPRESSION DE LA NOTE DE BAS DE PAGE « La terminologie traitement conservateur, non consensuelle, fait l'objet de discussion »**

(GUIDE : PAGES 6 ET 36, FICHE : PAGE 3, SYNTHÈSE : PAGE 4)

COMMENTAIRES

SFNDT : Je propose la formulation suivante :

La prise en charge de la MRC stade 5 sans dialyse envisagée, **parfois appelée « traitement conservateur »**, est un processus de soins actif

Ne pas mentionner que la terminologie n'est pas consue, mais en revanche dire que le périmètre de cette prise en charge n'est pas figé et susceptible d'évoluer avec le temps et les connaissances.

Je pense utile dans le document de préciser qui prend la décision de traitement conservateur. Si c'est le MG tout seul, c'est un retour en arrière et on risque de voir arriver au dernier moment des patients qui auraient été éligibles à la suppléance.

CNP de néphrologie :

- OK. Palliatif est affreux, il faudrait même trouver mieux que conservateur qui ne veut rien dire

CMG : oui

CNP CV : pas de commentaire

France Rein : Intégration d'un complément de définition du traitement conservateur – OK (voir mon commentaire de la Fiche)

Suppression « terminologie ... non consensuelle ... » - OK

Renaloo : Prise en charge de la MRC stade 5 sans dialyse ni greffe envisagées, aussi appelée traitement conservateur, envisageable pour des patients dont l'espérance de vie est limitée.

CNP de néphrologie :

Manquent pour moi les cibles HB sous ASE

Peu de détail sur l'hémodialyse quotidienne à domicile

Rester vague sur RCP (terme qui fait d'ailleurs référence à la cancérologie faussement car il ne s'agit pas ici de processus malin) car la disponibilité des personnels est variable selon les équipes et les territoires.

Il faut actualiser le paragraphe demande d'ALD page 18 avec les données juillet 2021 de l'assurance maladie : nouvelle définition ALD 19 DFG <60ml/m.