**Titre du protocole : Insuffisance rénale chronique**

**Thème listé sur annexe 3 de l’ACI oui**

**Lequel** : Patients pour lesquels le risque iatrogénique ou l’équilibre thérapeutique nécessitent l’intervention concertée récurrente de plusieurs acteurs (pharmacien, biologiste, infirmier, médecin généraliste ou autre spécialiste…)

Maison de santé de XXX

**Date de la création initiale du protocole par l’équipe :** XX/XX/XXXX

**Délai prévu avant l’évaluation du protocole par l’équipe de la MSP :** 6 mois

**Date(s) de modification(s) effectives(s) du protocole :** au fil de l’eau

**Dernière date de validation par l’équipe du protocole en cours :**XX/XX/XXXX

**Membres du groupe de travail ayant participé à l’élaboration (écriture) de ce protocole**

**Référent de ce protocole, personnes ressources**

**Liste des professionnels de la MSP adhérant à la prise en charge**

**Liste éventuelle du(es) professionnel(s) extérieur(s) à la MSP mais signataire(s) du projet de santé et/ou adhérant à la prise en charge après information et consentement du patient sur le partage des données médicales nécessaires**.

**Problématique**

Le nombre de patients porteurs d’une insuffisance rénale chronique est estimé à 3 millions. Chaque année en France, environ 10 000 personnes débutent un traitement de suppléance. Près de 85 000 personnes sont ainsi traitées, dont 55 % par dialyse et 45 % par greffe rénale.

**Objectif général**

Améliorer la qualité des soins pour ces patients

Réduire les hospitalisations pour ces patients

**Objectifs secondaires (opérationnels)**

1 - Définir de nouvelles conditions qualitatives de suivi de cohortes de patients porteurs d’insuffisance rénale chronique

2 - Démontrer que ce suivi protocolé et renforcé est porteur de meilleur qualité des soins

3 - Démontrer la réduction du recours à l’hospitalisation pour ces patients en suivi coordonné

**Patients concernés**

**Diminution du DFG** (DFG < 60ml/mn/1.73 m²) sur deux examens consécutifs à 3 mois d’intervalle avec la même technique de dosage de la créatininémie (de préférence CKD EPI)

**Ou une albuminurie** sur deux examens consécutifs positifs réalisés à 3 mois d’intervalle.

**Rôle de chaque intervenant et coordination des intervenants impliquant plusieurs catégories de PS de l’équipe**

***•* MG : consultation d’identification** : sur la biologie, ou symptômes.

***•* MG : consultation d’explications** : explications, examen, vaccinations, contrôle des prescriptions, bilan biologique initial, indicateurs, inscription dossier en RCP.

**• IDE : consultation 1 :** bilan, info, explications, remise de documents.

**• IDE : consultation 2 :** alimentation, néphroprotection.

**• Pharmacien**: information, conseils, surveillance poids et TA

**• Diététicienne** : si stade 3B ou pire

**Echanges entre professionnels et/ou en réunions de concertation pluriprofessionnelles**

Le dossier de chaque patient est traité en RCP réunissant les acteurs concernés.

**Fréquence des réunions**

Une fois par an, ou plus en cas de sortie du patient du protocole ou en cas de souci ressenti par un professionnel ou d’échec sur les objectifs fixés avec le patient et ses parents.

**EVALUATION**

- Identifier le nombre de patients identifiés et suivis pour insuffisance rénale chronique : **XXX** *(31/12/20XX)*

- Déclencher une RCP pour tout patient ayant accepté de bénéficier d’une ETP avec contrôle du parcours de soins, des traitements et des drapeaux rouges : **XX** en 20XX

- Identifier le nombre ayant bénéficié d’une ETP IRC : **XX** patients pour XX séances en 20XX

**Bibliographie, références scientifiques**

*Risk profile, quality of life and care of patients with moderate and advanced CKD : The French CKD-REIN Cohort Study,* [*Bénédicte Stengel*](javascript:;)*,* [*Marie Metzger*](javascript:;)*,*[*Christian Combe*](javascript:;)*,*[*Christian Jacquelinet*](javascript:;)*,* [*Serge Briançon*](javascript:;)*,*[*Carole Ayav*](javascript:;)*,*[*Denis Fouque*](javascript:;)*,* [*Maurice Laville*](javascript:;)*,*[*Luc Frimat*](javascript:;)*,* [*Christophe Pascal*](javascript:;)*Nephrology Dialysis* Transplantation*,*[*https://doi.org/10.1093/ndt/gfy058*](https://doi.org/10.1093/ndt/gfy058)

[*Repérage et prise en charge du patient adulte atteint de maladie rénale chronique*](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272490/fr/reperage-et-prise-en-charge-du-patient-adulte-atteint-de-maladie-renale-chronique)*, outil d'amélioration des pratiques professionnelles - 19/7/2006*

**Annexes avec la liste des documents associés**

Liste des actions

Fascicule remis au patient

**Lieu de consultation du protocole pluriprofessionnel, des annexes**

Fichier informatique sur le serveur sécurisé de la MSP

**PROTOCOLE MALADIE RENALE CHRONIQUE**

**MSP XXX**

1. **Consultation médicale d’identification**

Identification d’un patient avec :

* **Diminution du DFG** (DFG < 60m l/min/1,73 m2) sur deux examens consécutifs à trois mois d’intervalle et avec la même technique de dosage de la créatininémie (de préférence CKD EPI)
* **Ou une albuminurie** sur deux examens consécutifs positifs réalisés à 3 mois d’intervalle.

***A faire :***

1. **Proposer une consultation spécifique d’explications**
2. **Inscrire le diagnostic** dans ATCD médicaux en texte libre, et en codage CIM 10 (N18.X)
3. **Ecrire le diagnostic dans le pavé de synthèse**
4. **Consultation médicale d’explications**

***A faire :***

1. Expliquer le diagnostic avec l’abaque IRC-DFG
2. Recherche ATCD et éventuelle exposition à des toxiques (profession, médicaments, autres)
3. Examen clinique complet : poids, TA, cœur, vasculaire, aires lombaires, etc.
4. Proposer le bilan initial étiologique et de complication : imagerie et biologique inscrit dans Chorus (selon HAS)
5. Contrôler le statut vaccinal hépatite B (si 3B ou plus)
6. Mise en route d’un traitement si HTA et/ou albuminurie (IEC, ARA II)
7. Proposer un « suivi renforcé » à expliquer selon le stade :

|  |  |
| --- | --- |
|  | CS + Biologie |
| Stade 3A | annuel |
| Stade 3B | tous les 6 mois |
| Stade 4 | tous les 3 à 6 mois |

1. Demander l’autorisation de présenter le dossier en RCP
2. Demander une ALD
3. Remettre la prescription d’intervention de l’IDE concernée
4. Remettre prescription diététicienne si au moins 3B
5. Inscrire les noms de IDE et pharmacie dans le dossier dans « Identité / Correspondants »
6. **RCP**

***A faire :***

1. Exposé du dossier
2. Accord de l’équipe sur traitement et/ou suivi
3. **Consultation n°1 chez l’IDE (50’)**

Après le bilan complet initial

***A faire :***

1. Bilan de ce qui a été compris
2. Compléter les infos
3. Expliquer les éléments à surveiller
4. Remise des documentations
5. Recueil de l’accord sur le traitement et sur le suivi
6. **Consultation n°2 chez l’IDE (30’)**

A J 21 après la 1ère consultation.

***A faire :***

1. Alimentation
2. Notions de néphroprotection
3. Expliquer à nouveau les éléments à surveiller
4. **Consultations de la diététicienne : si au moins 3B**

2 consultations espacées d’une semaine

Coordination avec le médecin traitant avant les consultations pour synthèse sur le patient

***A faire :***

1. Bilan alimentaire
2. Expliquer les éléments à surveiller
3. Remise des documentations
4. Editer un papier à remettre au secrétariat pour le médecin prescripteur indiquant les dates de Cs diététiques + éventuelles remarques
5. **Délivrance à la pharmacie**

Identification des patients via listes de personnes étiqueté IRC et liste de patients suivi

Lors des passages pour délivrance de médicaments ou en automédication

***A faire :***

1. Information sur les médicaments
2. Eventuelle alerte
3. Surveillance TA
4. Expliquer les éléments à surveiller
5. **Consultation chez le médecin généraliste**

Toutes consultations ultérieures

***A faire :***

1. Surveillance des constantes
2. Application du protocole HAS
3. Recueil de satisfaction concernant le suivi
4. **Consultation de rappel chez l’IDE (50’)**

Au bout de 18 à 24 mois, après le bilan annuel

***A faire :***

1. Bilan de ce qui a été compris
2. Compléter les infos
3. Expliquer les éléments à surveiller
4. Remise des documentations
5. Recueil de l’accord sur le traitement et sur le suivi
6. **Consultations de Rappel de la diététicienne : si au moins 3B**

2 consultations espacées d’une semaine

Coordination avec le médecin traitant avant les consultations pour synthèse sur le patient

***A faire :***

1. Bilan alimentaire
2. Expliquer les éléments à surveiller
3. Remise des documentations
4. Editer un papier à remettre au secrétariat pour le médecin prescripteur indiquant les dates de Cs diététiques + éventuelles remarques
5. **En cas de souci ou problème**

***A faire :***

1. Inscription du dossier en RCP
2. Analyse du souci
3. Pistes à trouver
4. **Orientation vers le néphrologue**

* Formes évolutives, quel que soit le stade :
* Déclin rapide du DFG : ↓DFG > 5 ml/an
* Albuminurie A/C > 70 mg/mmol ou albuminurie associée à une hématurie
* Pression artérielle non contrôlée.
* Présence de complications
* Doute sur le diagnostic étiologique

***A faire :***

1. Editer un VMS
2. ***Téléexpertise***