

Note sur le dépistage de la maladie rénale chronique (MRC) en vue de l'élaboration de nouvelles recommandations par la Haute Autorité de Santé

I. Contexte

La maladie rénale chronique (MRC) est une pathologie fréquente, grave, qui entraîne une mortalité élevée et pour laquelle le rôle de la défaveur sociale est important.

- Le nombre de personnes atteintes d'une MRC en France a été estimé en 2020 à 5,9 millions (EHESP), **en augmentation constante**.
- La MRC est plus fréquente que les maladies neuro-vasculaires (5,3M), les maladies respiratoires chroniques (3,6M), le diabète (4,2M), les cancers (3,4M) (Assurance Maladie).
- Outre ses risques de progression, la MRC est également **un facteur de risque cardio-vasculaire** très important.
- D'ici 2040, la MRC deviendra **la 5ème cause de décès au monde** (OMS).
- **Elle touche de façon disproportionnée les populations pauvres et défavorisées**.
- Elle provoque une **mortalité prématurée massive**, entraîne handicap et invalidité, altère profondément la qualité de vie, empêche de travailler, appauvrit des personnes touchées¹.
- La détresse provoquée par les symptômes (douleur, fatigue...) de l'insuffisance rénale avancée est analogue à celle des cancers terminaux².
- Lorsque la MRC commence dans l'enfance, elle altère la croissance, la scolarité et toutes les activités.
- **La survie en dialyse à 5 ans est inférieure à celle de la plupart des cancers**³.

La MRC est donc un fardeau considérable pour les patients et leurs familles, mais aussi pour le système de santé.

- **La dialyse et la greffe ont un coût annuel de 4,4 milliards d'euros, pour un peu plus de 100.000 patients (Assurance Maladie)**
- **82%** de ce montant est consacré à la **dialyse**, pour **56%** des patients, qui constitue **la prise en charge la plus coûteuse par patient pour l'Assurance Maladie**.
- Le nombre de patients concernés et les coûts associés sont en croissance constante.
- Ces montants ne prennent pas en compte les coûts, probablement très élevés, de toutes les conséquences de la MRC, notamment cardiaques, avant le stade de suppléance.

¹ Luyckx VA, Tonelli M, Stanifer JW. The global burden of kidney disease and the sustainable development goals. *Bull World Health Organ.* 2018; 96: 414-422D

² Kalantar-Zadeh, K. et al. Patient-centred approaches for the management of unpleasant symptoms in kidney disease. *Nat. Rev. Nephrol.* 18, 185–198 (2022).

³ Naylor KL, Kim SJ, McArthur E, Garg AX, McCallum MK, Knoll GA. Mortality in Incident Maintenance Dialysis Patients Versus Incident Solid Organ Cancer Patients: A Population-Based Cohort. *Am J Kidney Dis.* 2019;73(6):765-776. doi:10.1053/j.ajkd.2018.12.011

Le dépistage et la prévention de la MRC présentent plusieurs défis :

- La plupart des personnes concernées par une MRC l'ignorent, les symptômes n'apparaissant qu'à un stade très avancé.
- Diabète et hypertension artérielle (HTA) représentent respectivement environ un quart des causes de dialyse (REIN 2021), en augmentation.
- La prise en charge de l'HTA en France est sous optimale⁴.
- Les liens entre la MRC, les affections cardio-vasculaires, le diabète et l'obésité sont forts, conduisant à l'émergence récente du concept **de syndrome cardio-néphro-métabolique**.

Jusqu'à une période récente, les moyens thérapeutiques pour traiter ou ralentir la MRC étaient limités. Son évolution était souvent considérée comme inévitable.

Après l'introduction d'un contrôle strict de la pression artérielle et des inhibiteurs du SRAA pour la protection des reins et du cœur, beaucoup de temps a été nécessaire avant que de nouvelles thérapies de la MRC émergent. Depuis peu, ces innovations commencent à être accessibles.

L'une de ces avancées est l'utilisation d'inhibiteurs du cotransporteur sodium-glucose-(SGLT2). De vastes essais ont montré que les inhibiteurs du SGLT2 apportent une protection cardiaque et rénale chez les patients atteints d'IRC avec ou sans diabète de type 2.

En outre, plusieurs autres nouvelles classes de médicaments semblent apporter un bénéfice rénal supplémentaire et une réduction de l'albuminurie, spécifiquement pour les patients atteints d'IRC et de diabète de type 2, même lorsqu'ils sont traités avec des inhibiteurs du SRAA ou du SGLT2, tels que les agonistes du récepteur du peptide-1 de type glucagon (GLP-1) et l'antagoniste non stéroïdien du récepteur des minéralocorticoïdes (ARM), la finérénone, autorisée mais non commercialisée en France.

D'autres nouvelles classes de médicaments protecteurs des reins sont en phase avancée de développement clinique afin d'améliorer l'arsenal thérapeutique contre la MRC, comme les antagonistes des récepteurs de l'endothéline, les activateurs de la guanylate-cyclase soluble et les inhibiteurs de l'aldostérone synthase.

Des traitements spécifiques de certaines néphropathies rares sont également attendus, pour certain de façon imminentes.

Cela signifie qu'une fois les patients dépistés, y compris à un stade précoce de l'IRC, il existe désormais des options thérapeutiques puissantes à leur proposer pour réduire le risque cardiaque et rénal, ralentir ou stopper l'évolution de la MRC, retarder ou éviter la nécessité d'un traitement de suppléance par dialyse ou greffe rénale.

⁴ <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2023/hypertension-arterielle-en-france-17-millions-d-hypertendus-dont-plus-de-6-millions-n-ont-pas-connaissance-de-leur-maladie/>

Ces constats ont notamment conduit l'Assemblée Mondiale de Santé à adopter une résolution en mai 2025 qui fait de la maladie rénale une des pathologies non transmissibles prioritaires pour l'OMS⁵.

Cette situation nouvelle peut conduire à s'interroger sur les opportunités suivantes :

1. **Optimiser le dépistage de la MRC**, tel qu'il est actuellement recommandé, chez les personnes « à risque », notamment en⁶ :
 - Renforçant l'implication et le rôle des médecins généralistes, en les aidant à mieux traiter et/ou orienter les patients dépistés vers les néphrologues
 - Permettant, de façon complémentaire, que ce dépistage puisse être réalisé en dehors du circuit classique médecin généraliste / laboratoire de biologie, via différents outils
 - L'associant éventuellement au dépistage d'autres pathologies étroitement liées à la MRC, comme le diabète ou l'HTA, pour s'inscrire dans une démarche de dépistage du syndrome cardio-néphro-métabolique
2. **Élargir les publics cibles du dépistage**. Le dépistage exclusif des patients à risque exclut des populations importantes : les personnes qui n'ont pas encore été identifiées comme étant à risque et celles qui souffrent de MRC sans facteurs de risque.
3. **Définir la marche à suivre optimale pour les personnes dépistées**, afin de garantir qu'elles pourront bénéficier d'une prise en charge optimale.

5 https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF6-en.pdf

⁶Il s'agit de patient avec :

- diabète ;
- hypertension artérielle traitée ou non ;
- maladie cardiovasculaire athéromateuse ;
- insuffisance cardiaque ;
- obésité (IMC > 30 kg/m²) ;
- maladie de système ou auto-immune (lupus, vascularite, polyarthrite rhumatoïde...) ;
- affection urologique (malformation urinaire, infections urinaires récurrentes...) ;
- antécédents familiaux de maladie rénale avec insuffisance rénale évolutive ;
- antécédents de néphropathie aiguë ;
- traitement néphrotoxique antérieur (AINS au long cours, chimiothérapie, radiothérapie...) ;
- exposition aux produits de contraste iodés ;
- exposition à des toxiques professionnels (plomb, cadmium, mercure) ;

II. Comment optimiser le dépistage de la MRC ?

Différents outils de dépistages existent pour la MRC :

Outils diagnostiques	Type de prélèvement	Type de dépistage	Lieux
RAC	Échantillon d'urine	Marqueur pronostique de MRC	Laboratoire biologie
Créatinine / DFG	Prise de sang	Fonction rénale	Laboratoire biologie
Créatinine / DFG	Goutte de sang / dispositif digital	Fonction rénale	Cabinet médical Pharmacie Entreprises Divers lieux de dépistage
Bandelette urinaire	Échantillon urine	MRC : Albuminurie / Protéinurie Micro-albuminurie Hématurie Diabète : glucose corps cétoniques	Domicile Cabinet médical Pharmacie Entreprises Divers lieux de dépistage
Mesure de la pression artérielle	n/a	HTA	Domicile Cabinet médical Pharmacie Divers lieux de dépistage

1. Quelle place pour les différents outils de dépistage ?

a) Le « gold standard » : fonction rénale (DFG) et ratio albumine /créatinine sur un échantillon urinaire (RAC)

DFG : débit de filtration glomérulaire

RAC : rapport albumine/créatinine

Le DFG peut être mesuré (clairance d'un produit injecté, rarement réalisé mais le plus fiable) ou estimé (à partir d'une formule mathématique incluant notamment la créatininémie, l'âge et le sexe). Son interprétation peut être influencée par l'état nutritionnel, la masse musculaire, etc.

Le RAC et la recherche spécifique de la micro-albuminurie sur échantillon urinaire sont bien adaptés pour les néphropathies protéinuriques (diabète, lupus, exposition à certaines chimiothérapies, HTA, maladie de Berger, etc.), qui correspondent à des populations ciblées, « à risque ».

Cependant, de nombreuses néphropathies sont peu ou pas protéinuriques (néphropathies vasculaires, polykystose, néphropathies interstitielles etc.). Le RAC est alors moins adapté.

b) Comment aider les médecins généralistes à mieux prescrire et utiliser DFG et RAC ?

Leur interprétation peut rester complexe (que prescrire à qui ? valeurs pathologiques, quand adresser au néphrologue, etc.) ? Quels outils mettre en œuvre pour favoriser cette appropriation ? Quelles actions de standardisation des prescriptions et de présentation des résultats ? Quel rôle pour les laboratoires de biologie ?

Comment prendre en compte **l'évolution physiologique de la fonction rénale et l'espérance de vie résiduelle** dans les stratégies de dépistage / prise en charge ?

Faut-il **personnaliser le seuil de DFG selon l'âge**⁷ pour l'orientation vers le néphrologue ? Par exemple : < 70 ml/min pour les moins de 30 ans ? ; < 45 ml/min après 80 ans ?

Faut-il **développer des courbes d'évolution normale du DFG en fonction de l'âge** à destination des médecins traitants, comme ça existe chez l'enfant pour le poids, la taille, l'IMC, etc. ?

Objectifs :

- éviter d'adresser toutes les personnes âgées, dont la diminution de la fonction rénale est physiologique au néphrologue
- adresser les jeunes patients atteints de néphropathies débutantes

Faut-il généraliser dans les résultats de biologie la présentation graphique des **courbes d'évolution historique de la fonction rénale**, ou **de droite de régression linéaire** ?

Quels critères pour l'orientation vers le néphrologue ?

c) Place du Score de Risque Rénal

Le Score de Risque Rénal (SRR ou S2R) connu sous la dénomination anglaise Kidney Failure Risk Equation (KFRE), qui intègre l'âge, le sexe, le DFG_e et le RAC, est considérée comme très précis et validé dans de grandes cohortes^{8 9}. Il correspond à **la probabilité d'une progression vers l'insuffisance rénale terminale dans un délai de cinq ans**.

Comment accompagner la généralisation de la présentation de ce score dans les résultats de biologie, à destination des médecins généralistes mais aussi des patients ?

⁷ Astley ME, Chesnaye NC, Hallan S, et al. Age- and sex-specific reference values of estimated glomerular filtration rate for European adults. *Kidney Int.* 2025;107(6):1076-1087. doi:10.1016/j.kint.2025.02.025
[https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538\(25\)00252-2/pdf](https://www.kidney-international.org/article/S0085-2538(25)00252-2/pdf)

⁸ Tangri N, Stevens LA, Griffith J, et al. A predictive model for progression of chronic kidney disease to kidney failure. *JAMA* 2011; 305:1553–1559.

⁹ Grams ME, Brunskill NJ, Ballew SH, et al. The Kidney Failure Risk Equation: evaluation of novel input variables including eGFR estimated using the CKD-EPI 2021 Equation in 59 Cohorts. *J Am Soc Nephrol* 2023; 34:482–494.

Le score de Risque Rénal peut permettre d'**optimiser l'adressage d'un patient au néphrologue** :

- **SRR à 5 ans > 15 %** : adressage au néphrologue nécessaire
- **SRR à 5 ans entre 5 % et 15 %** : adressage au néphrologue recommandé
- **SRR à 5 ans < 5 %** : un avis spécialisé peut être souhaitable si
 - Rapport albumine/créatinine (RAC) > 500 mg/g
 - Microalbuminurie persistante (RAC > 30 mg/g) chez un diabétique
 - DFGe < 30 ml/min/1,73m²
 - DFGe en diminution de plus de 10% par an.
 - Hyperkaliémie > 5,5 mmol/L à au moins 2 reprises
 - Néphropathie héréditaire ou kystique
 - Maladie générale à risque rénal connue (diabète, drépanocytose, etc.)

Pour les patients à des stades plus précoces de la maladie, l'équation de risque CKD-PC est un exemple de modèle validé, publié en 2022, qui permet de prédire une baisse de 40 % du DFG¹⁰.

Stratification du risque de progression de la maladie rénale chronique

Consensus ADA-KDIGO 2022²

■ Risque faible (si pas d'autres marqueurs de maladie rénale, pas de MRC)

■ Risque modéré

■ Risque élevé

■ Risque très élevé

				CATÉGORIES DU RAC (ratio albuminurie/créatininurie)		
				A1 Normalement à légèrement augmenté	A2 Modérément augmenté	A3 Sévèrement augmenté
				< 30 mg/g < 3 mg/mmol	30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	> 300 mg/g > 30 mg/mmol
CATÉGORIES DE DFGe (mL/min/1,73 m ²)	Stade 1	Normal ou élevé	≥ 90	Dépister 1	Traiter 1	Traiter et adresser 3
	Stade 2	Légèrement diminué	60-89	Dépister 1	Traiter 1	Traiter et adresser 3
	Stade 3a	Légèrement à modérément diminué	45-59	Traiter 1	Traiter 2	Traiter et adresser 3
	Stade 3b	Modérément à sévèrement diminué	30-44	Traiter 2	Traiter et adresser 3	Traiter et adresser 3
	Stade 4	Sévèrement diminué	15-29	Traiter et adresser 3	Traiter et adresser 3	Traiter et adresser 4+
	Stade 5	Insuffisance rénale terminale	< 15	Traiter et adresser 4+	Traiter et adresser 4+	Traiter et adresser 4+

Chiffre de 1 à 4+ : Fréquence de suivi recommandée du DFGe et du RAC (nombre de fois/an)

d) La bandelette urinaire (BU)

La BU peut apporter plusieurs informations (albuminurie, protéinurie et désormais micro-albuminurie, mais aussi hématurie, leucocyturie, glycosurie...) pour un coût limité.

Elle peut être réalisée simplement et interprétée en dehors des laboratoires de biologie.

¹⁰ Grams ME, Brunskill NJ, Ballew SH, et al. Development and validation of prediction models of adverse kidney outcomes in the population with and without diabetes. *Diabetes Care* 2022; 45:2055–2063.

Elle peut permettre le dépistage de patients jeunes, qui seraient passés au travers des campagnes ciblant les personnes à risque.

Cependant, elle est de moins en moins réalisée en médecine du travail, médecine scolaire, etc.

- **Faut-il renforcer / faciliter le recours à la BU, et comment ?**
- **Faut-il renforcer / systématiser le recours à la BU en médecine scolaire, universitaire, du travail ? Faut-il prévoir des recommandations dans ce sens ?**
- **Quelle place de la BU des dépistages en officine, en centres de santé, en entreprises, via des associations communautaires, etc. ?**
- **Quelle place pour la BU dans des démarches ciblant le syndrome cardio-néphro-métabolique, associant par exemple le dépistage du diabète, la mesure de la pression artérielle ?**

e) Le dosage capillaire de la créatinine

Ce dispositif semble manquer à ce jour de précision, mais peut cependant permettre d'identifier une fonction rénale altérée de façon importante.

Les recommandations KDIGO 2024 pour l'évaluation et la prise en charge de la maladie rénale chronique¹¹ soulignent ainsi l'intérêt des « Point Of Care Tests » (POCT), définis comme des tests de diagnostic de laboratoire médical effectués à proximité du patient, généralement à l'endroit même où les soins et les traitements sont donnés, et en dehors du laboratoire lui-même. « *Les POCT pour la créatinine et l'albumine urinaire présentent plusieurs avantages potentiels. Les POCT peuvent conduire à un diagnostic plus précoce et, par conséquent, à un traitement plus rapide de l'IRC. Ils peuvent également être utilisés pour surveiller la progression de l'IRC, ce qui permet de prendre des décisions thérapeutiques plus rapides. La rapidité du rapport, le faible coût et la commodité pour les personnes atteintes de MRC par rapport aux tests en laboratoire sont également des avantages importants des POCT* ».

- **Quelle pertinence pour des dépistages délocalisés reposant sur le dosage capillaire de la créatinine et associant éventuellement la BU ? Ces dépistages pourraient-ils relever d'une validation HAS en vue d'un remboursement ?**
- **Quelle place pour le dosage capillaire dans des démarches ciblant le syndrome cardio-néphro-métabolique, associant par exemple le dépistage du diabète, la mesure de la pression artérielle ?**
- **Quelle place du dosage capillaire en officine pour permettre l'adaptation des médicaments néphrotoxiques ?**
- **Intérêt d'une étude destinée à l'évaluation de différents outils de dépistages de la MRC, sur le modèle de celle réalisée pour l'évaluation des trod triplex par l'APHP ?**

¹¹ *Kidney Disease : Improving Global Outcomes, page S194 (KDIGO) CKD Work Group*

L'avis de la Commission d'évaluation des technologies de santé diagnostiques, pronostiques et prédictives de la HAS devrait-il être recherché, indépendamment des recommandations ?

f) Quelles organisations optimales pour le dépistage des personnes à risque de MRC ?

- **Intérêt du dépistage du syndrome cardio-néphro-métabolique ? Avec quels outils ?**
- **Place pour des dépistages hors laboratoires de biologie ?**
- **Quels questionnaires pour identifier les patients à risque de MRC et comment les administrer ?**
- **Optimisation du diagnostic familial et prénatal dans les maladies héréditaires**

III. Faut-il élargir les critères de dépistage de la MRC ?

- **Compte-tenu de l'arrivée de nouveaux traitements enfin efficaces pour ralentir l'évolution de la MRC, quelle place pour des dépistages plus larges, y compris en population générale ? Faut-il élargir les cibles du dépistage ?**
- **Les recommandations françaises ne prévoient notamment aucun critère d'âge pour le dépistage. Faut-il prévoir un critère d'âge pour les populations à risque ?**

Le dépistage exclusif des patients à risque exclut une importante population : les personnes qui n'ont pas encore été identifiées comme étant à risque et celles qui souffrent de MRC sans facteurs de risque tels que l'hypertension ou le diabète.

La recommandation de 2021 de la Société européenne de cardiologie (ESC) va dans cette direction¹². Elle propose de réaliser un dépistage opportuniste de la maladie rénale chronique chez toutes les personnes pour lesquelles une estimation du risque cardiovasculaire est recommandée, incluant toutes les personnes ayant au moins un facteur de risque vasculaire majeur connu, les hommes de plus de 40 ans et les femmes ménopausées ou âgées de plus de 50 ans, en l'absence de facteurs de risque de maladie cardio vasculaire connus.

- **Quelle place pour un dépistage de la MRC pour les populations cibles du dépistage du risque cardiovasculaire ?**

¹² Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. ESC National Cardiac Societies, ESC Scientific Document Group. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J 2021; 42:3227–3337.

1. Comment améliorer le dépistage des néphropathies rares ?

Les maladies rénales rares concernent fréquemment des personnes qui ne sont pas considérées comme « à risque » et échappent donc aux critères actuels du dépistage. **Or, si elles ne représentent au total que 10% des maladies du rein, les maladies rénales rares seraient globalement à l'origine de 25% des mises en dialyse¹³**, c'est à dire plus que le diabète ou l'hypertension artérielle (respectivement 22,5% en France¹⁴). De plus, les patients qui en sont atteints, sur une période de cinq ans, ont un risque 28 fois plus élevé que les autres malades du rein de progresser jusqu'au stade de la dialyse ou de la greffe. Ces maladies concourent donc fortement au fardeau de l'insuffisance rénale terminale. L'Assurance Maladie a en outre publié en juillet 2024, dans son rapport Charges et produits 2025, les résultats d'une étude, qui montre que sur les deux années précédant le début de la dialyse, les patients de moins de 60 ans semblent moins bien suivis que les plus âgés. Notamment, 34 % n'ont pas consulté de néphrologue dans l'année précédant la dialyse. De plus, 14 % n'ont pas eu de dosage de créatininémie sur cette même année. Les auteurs évoquent la possibilité que chez ces patients le dépistage soit réalisé plus tardivement et soulignent que les patients les plus jeunes présentent les néphropathies les plus rapidement progressives, qui sont des maladies rénales rares.

- **Pour ces populations jeunes et sans facteurs de risque, comment renforcer le dépistage par BU en médecine scolaire, universitaire, du travail ?**
- **Quelle place pour un dépistage de la MRC lors de chacun des bilans de prévention aux différents âges de la vie ?**

2. Dépistage systématique en population générale par le DFG et le RAC

Une étude de modélisation en population générale aux États-Unis a montré que l'espérance de vie et les QALY seraient considérablement augmentées par un dépistage systématique par le DFG et le RAC, suivi d'un traitement adapté¹⁵. Le rapport coût-efficacité différentiel était d'environ 80.000 à 100.000 \$ par QALY gagnée dans tous les groupes d'âge, soit des niveaux inférieurs aux seuils de disposition à payer couramment utilisés aux US. En outre, le rapport coût-efficacité de cette intervention diminuerait encore avec la disponibilité d'inhibiteurs SGLT2 génériques, un coût inférieur des tests de dépistage avec l'augmentation des volumes dans les laboratoires de biologie ou le recours à des tests à domicile.

De plus, l'intérêt pourrait encore être renforcé par l'arrivée attendue de nouveaux traitements de la MRC, par exemple les traitements anti-obésité ou des médicaments spécifiques à certaines néphropathies rares.

- **Quelle place pour un dépistage systématique en population générale par le DFG et le RAC ?**

¹³ Effects of rare kidney diseases on kidney failure: a longitudinal analysis of the UK National Registry of Rare Kidney Diseases (RaDaR) cohort

Wong, Katie Abat, Sharirose et al.

The Lancet, Volume 403, Issue 10433, 1279 - 1289

¹⁴ Registre REIN

¹⁵ Cusick MM, Tisdale RL, Chertow GM et al. Population-wide screening for chronic kidney disease: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med 2023; 176 :788-97.

3. Dépistage systématique par la mesure de la fonction rénale

Un dosage de la créatininémie a été proposé à tous les patients se présentant dans un laboratoire Biogroup une journée donnée (le 11/03/2022), afin d'évaluer la fonction rénale, estimée par le débit de filtration glomérulaire (DFGe par CKD-Epi)¹⁶.

24 799 patients ont participé à cette étude, dont 10 % avaient une maladie rénale connue. Un DFGe < 60 ml/mn/1,73 m² a été retrouvé chez 1537 patients (6,2 %). Au total, 1043 patients (4,2 %) qui n'avaient pas connaissance d'une maladie rénale ont pu être alertés.

- **Quelle place pour un dépistage systématique par le dosage de la créatininémie ?**

4. Dépistage de l'albuminurie sur des critères d'âge

La publication déjà citée de Cusick et al¹⁷ a aussi évalué le rapport coût-efficacité d'un dépistage de l'albuminurie à l'échelle de la population chez les adultes aux États-Unis. Un dépistage unique de la population générale à l'âge de 55 ans, avec l'ajout d'un traitement par inhibition du SGLT2 en plus du traitement conventionnel par inhibition du SRAA pour les personnes identifiées avec une IRC, avait un coût de 86 300 \$ par QALY gagnée.

Le coût variait entre 82.100 et 95.800 dollars par QALY pour toutes les tranches d'âge étudiées (35-75 ans) et passait à 92.500 dollars par QALY lorsque le dépistage était répété tous les 10 ans jusqu'à l'âge de 75 ans. Aucun résultat cardiovasculaire n'a été pris en compte dans cette étude ; leur intégration dans l'analyse aurait certainement amélioré le rapport coût-efficacité.

- **Quelle place pour un dépistage de l'albuminurie à l'échelle de la population ?**

5. Dépistage généralisé de l'albuminurie à domicile

L'essai THOMAS (*Towards Home-Based Albuminuria Screening*), mené aux Pays-Bas, dont les résultats ont été publiés dans The Lancet¹⁸, a comparé deux méthodes de dosage à domicile de l'albumine.

Environ 15000 habitants âgés entre 45 et 80 ans de la ville de Bréda ont été invités à réaliser un dépistage à partir d'un échantillon d'urine recueilli à domicile. En cas d'albuminurie confirmée sur l'échantillon prélevé, les personnes ont été invitées à un dépistage plus poussé de leurs facteurs de risque de MRC et de maladies cardiovasculaires.

Sur les 4.484 personnes ayant reçu et réalisé leur test de dépistage, une augmentation de l'albumine a été constatée chez 150 personnes. Et parmi les 124 d'entre elles qui ont bien effectué

¹⁶ I. Rivière, P. Zaoui, N. Jourde-Chiche, B. Faller, I. Tostivint, E. Plaisier, C. Guillon, G. Penaranda, L. Kbaier, P. Cartlany, Résultats d'un dépistage de la Maladie Rénale Chronique (MRC) évalué par le DFGe dans le réseau de laboratoires de biologie médicale Biogroup, en France, Néphrologie & Thérapeutique, Volume 18, Issue 5, 2022

¹⁷ Cusick MM, Tisdale RL, Chertow GM, et al. Population-wide screening for chronic kidney disease. *Ann Intern Med* 2023; 176:788–797.

¹⁸ Cost-effectiveness of home-based screening of the general population for albuminuria to prevent progression of cardiovascular and kidney disease. Pouwels, Xavier G.L.V. et al. *eClinicalMedicine*, Volume 68, 102414.

un dépistage plus poussé, 77 albuminuries, 44 hypertensions, 30 hypercholestérolémies et 27 réductions de la fonction rénale (débit de filtration glomérulaire estimé inférieur à 60 ml/min/1,73 m²) ont été diagnostiquées.

Par rapport aux soins standards, un dépistage à domicile de la population générale permettrait de réduire de 11,1% l'incidence de greffe rénale, de 10,7% le recours à la dialyse, de 5,1% le nombre d'infarctus du myocarde non fatals, de 4,1% les accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de 1,6% les décès de cause cardiovasculaire.

Cela a été associé à un gain, à l'échelle de la population, de 0,17 QALY pour un coût moyen de 1.607 € par personne, qui comprend 643 € pour le dépistage, 931 € pour les traitements et 524 € pour les soins liés à la MRC.

Ainsi, le coût moyen par QALY gagné est estimé à 9.225 €/QALY, très inférieur à ceux évoqués dans les études précédemment citées, l'intervention est coût-efficace.

De plus, une analyse par sous-groupe conclut que le gain est plus important en ciblant les adultes entre 45 et 64 ans, avec un gain de 0,27 QALY et un coût de 7.946 €/QALY, contre 0,15 QALY et 10.310 €/QALY pour les 65-80 ans.

- **Quelle place pour un dépistage de l'albuminurie à domicile ?**

6. Compte tenu du rôle de la défaveur sociale dans la MRC, quelle place pour un dépistage systématique de la MRC dans certaines populations défavorisées, comme c'est le cas pour le diabète ?

7. Intérêt d'une étude destinée à évaluer en France l'intérêt médico-économique de différentes stratégies de dépistage de la MRC, sur différentes populations cibles, prenant en compte les nouvelles stratégies thérapeutiques ?

IV. Quelle conduite à tenir optimale pour les personnes dépistées ?

Face à un dépistage positif, comment informer la personne concernée, quels documents et conseils délivrer, et comment permettre qu'elle puisse bénéficier ensuite d'un diagnostic et d'une prise en charge adaptés ?

V. Conclusion

Compte-tenu de l'ampleur des questions posées et des enjeux de santé publique, médicaux et humains qu'elles couvrent, nous demandons à la HAS d'inscrire à son programme de travail 2026 l'élaboration d'une recommandation sur l'optimisation du dépistage de la MRC.

Cette démarche serait en outre cohérente avec les travaux récents et à venir de la HAS sur les parcours MRC, qu'elle compléterait utilement.