

Faire de la lutte contre la maladie rénale chronique (MRC) une priorité de santé publique en France

La maladie rénale chronique, un fardeau méconnu, coûteux... et mortel !

La maladie rénale chronique (MRC) est une des pathologies les plus fréquentes et les plus mortelles.

Elle est aussi l'une des plus négligées¹.

- 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, elle est également un facteur de risque cardio-vasculaire très important
- **D'ici 2040, la MRC deviendra la 5ème cause de décès au monde (OMS)**
- **La MRC 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 touchées. **La détresse provoquée par les symptômes (douleur, fatigue...) de l'insuffisance rénale avancée est analogue à celle des cancers terminaux²**

- La survie en dialyse à 5 ans est inférieure à celle de la plupart des cancers³
- 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. Il s'agit de **la prise en charge la plus coûteuse par patient pour l'Assurance Maladie**, mais aussi la plus lourde pour les patients. Le nombre de patients concernés et les coûts associés sont en croissance constante (Assurance Maladie).
- Si le coût de la dialyse est extrêmement élevé, **le coût global de la maladie rénale chronique aux stades antérieurs est encore plus important⁴**, en raison de sa prévalence beaucoup plus élevée et de ses multiples complications associées, en particulier les événements cardiovasculaires.

La MRC constitue un fardeau considérable pour les patients et leurs familles, mais aussi pour le système de santé. Or, des stratégies adaptées pourraient permettre de le réduire fortement tout en soignant mieux. Accélérer les sorties de dialyse vers la greffe, réduire le nombre de personnes parvenant au stade de la dialyse, diminuer la fréquence de la MRC, constituent donc des enjeux sociaux, humains et médico-économiques majeurs.

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

⁴ Vanholder R, Annemans L, Brown E et al. Reducing the costs of chronic kidney disease while delivering quality health care: a call to action. *Nat Rev Nephrol* 2017; 13 :393–409. <https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.63>

De la fatalité au blocage de la maladie

- 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.
- La prise en charge de l'HTA en France est sous optimale⁵.
- **Les liens entre la MRC, le cardio-vasculaire, le diabète et l'obésité sont forts.**
- Les maladies rénales rares, qui concernent 5 à 10% des patients atteints de MRC, sont à l'origine de 25% des mises sous dialyse⁶, en particulier chez les patients jeunes.

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

L'arrivée de nouveaux médicaments puissants remet en cause ces perceptions : médicaments « ralentisseurs », apportant une protection conjointe cardiaque et rénale (*gliflozines / Inhibiteurs des SGLT2*) ; médicaments de la maladie rénale liée au diabète et à l'HTA (*finerenone*) ; médicaments permettant la rémission de certaines maladies rénales rares (maladie de Berger / néphropathie à IgA et autres glomérulopathies, hyperoxalurie, Shu atypique, lupus, etc.) ; médicaments de l'obésité (*analogues du GLP1 et futurs analogues du GLP1/GIP*) ; etc.

La promesse est celle d'une rémission durable, de la régression, voire de la guérison, et l'opportunité de réduire considérablement le fardeau de la MRC, pour les personnes concernées, mais aussi pour le système de santé.

L'exemple des gliflozines : économies possibles 650M€ sur 5 ans.

- La CEESP de la HAS considérait en 2021 que « la mise à disposition des gliflozines dans la nouvelle indication générerait une économie de 68 millions d'euros pour le traitement de 134 774 patients avec les gliflozines en cumulé sur 3 ans »⁷
- Une autre étude⁸ (modélisation sur une cohorte virtuelle) tend à démontrer que **le recours aux gliflozines conduirait sur cinq ans à une économie de -650 millions d'euros et permettrait à 7536 patients d'éviter la dialyse.**

Dans un modèle où l'action de santé publique est renforcée (campagnes de dépistages conduisant à un nombre de patients traités plus élevé), l'économie cumulée sur 10 ans pourrait atteindre 5,88 Mds euros (entre 2,6 dans un scénario « bas » et 12,1 dans un scénario « haut »), compte non tenu des efforts financiers à dégager dans ces campagnes de santé publique.

Une prévention adéquate est impossible sans un dépistage efficace. Le dépistage est également le seul moyen d'obtenir des chiffres précis de prévalence, actuellement basés sur des extrapolations probablement sous-estimées, car la MRC précoce reste largement sous-diagnostiquée (et sous-traitée).

L'annonce de la réalisation en 2026 par la HAS de recommandations sur le dépistage de la MRC en 2026, suite à la saisine de Renaloo et du CNGE, est une réelle opportunité de mieux définir les outils, les acteurs, les lieux de ce dépistage.

⁵ <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>

⁶ Effects of rare kidney diseases on kidney failure: a longitudinal analysis of the UK National Registry of Rare Kidney Diseases (RaDaR) cohort
Wong, KatieAbat, Sharirose et al. The Lancet, Volume

403, Issue 10433, 1279 - 1289

⁷ https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-12/forxiga_9112022_avis_economique_biffe.pdf

8 de Pourvoirville G, Rossignol P, Boussahoua M, et al. Budget Impact Analysis of Expanding Gliflozin Coverage in the CKD Population: A French Perspective. Adv Ther. 2023;40(9):3751-3769. doi:10.1007/s12325-023-02574-2

Propositions

Proposition 1 : à l'instar de la résolution récente de l'OMS⁹, faire de la maladie rénale chronique une priorité de santé publique en France.

Proposition 2 - Verser dans le SNDS les données de fonction rénale de l'ensemble de la population, collectées par les laboratoires de biologie afin de faire progresser les connaissances, évaluer en vie réelle l'efficacité des stratégies de dépistage et les nouvelles thérapeutiques, développer des outils prédictifs et des stratégies de prévention ciblées.

Proposition 3 : Organiser une démarche structurée de sensibilisation du public et des personnes à risque¹⁰, de dépistage et de prévention.

- Des campagnes régulières de sensibilisation du grand public sur l'importance des reins et de la santé rénale.
- Des campagnes répétées et ciblées vers les personnes à risque sur le dépistage et la prévention de l'évolution de la MRC.

Proposition 4 : Optimiser le dépistage de la MRC.

- Généraliser le dépistage annuel des populations à risque, reposant sur la mesure du rapport albumine/créatinine urinaire (RAC), via la mobilisation des laboratoires de biologie.
- Faire de la MRC une thématique de « mon bilan prévention ».
- Remobiliser la médecine scolaire, universitaire et du travail à l'importance de la santé rénale en systématisant le dépistage de la MRC (bandelettes

urinaires) lors des entretiens périodiques (art. L541-1 du code de l'éducation, art. L4622-2 code du travail, etc.).

- Évaluer et expérimenter le dépistage systématique de l'albuminurie. Il permet de détecter la MRC à un stade précoce, mais c'est aussi un marqueur indépendant de risque cardiovasculaire. Ce test est particulièrement intéressant en raison de son rapport coût-efficacité¹¹ ;
- Développer l'engagement des OCAM dans la prévention et le dépistage des « tueurs silencieux » : MRC (albuminurie), diabète, HTA, auprès de leurs adhérents et bénéficiaires.
- Favoriser la participation des collectivités territoriales, au premier rang desquelles les communes, à des actions concertées de communication, d'information et de dépistage, notamment au travers des centres de santé municipaux et des CCAS.

Proposition 5 : structurer le parcours des patients atteints de MRC.

- Renforcer la sensibilisation, l'information et la mobilisation des médecins généralistes sur la MRC.
- Généraliser les dispositifs (hotlines) permettant aux médecins généralistes d'obtenir un avis néphrologique et d'adresser rapidement et simplement un patient lorsque c'est nécessaire.
- Favoriser le déploiement auprès des médecins généralistes de Néphrocliv, outil d'aide à la décision thérapeutique digital sur le dépistage et

⁹ https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB156/B156_CONF6-en.pdf

¹⁰ Hypertension, diabète, maladies cardio-vasculaires, antécédents familiaux de MRC, Maladies systémiques touchant les reins, obésité, facteurs de risque génétiques (p. ex. PKRAD), expositions environnementales aux néphrotoxines, données démographiques – âge plus avancé, race/origine ethnique, antécédents d'insuffisance

rénale aigüe.

¹¹ Pouwels X, van Mil D, Kieneker LM et al. Cost-effectiveness of home-based screening of the general population for albuminuria to prevent progression of cardiovascular and kidney disease. *EClinicalMedicine* 2024; 68 :102414. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102414>

la prise en charge de la MRC, librement accessible sur internet, sur le modèle d'antibioclic.

- **Structurer le parcours de soins primaires** des personnes dépistées atteintes de MRC, afin qu'elles puissent bénéficier d'un parcours intégrant l'accès aux innovations thérapeutiques, à la néphroprotection et à des mesures d'accompagnement : recommandations, financements au parcours, place des IPA, ETP, contrôle et auto-contrôle tensionnel, diététique, etc.
- **Élargir le forfait MRC jusqu'au stade 3b voire 3a**, impliquant d'autres médecins que les néphrologues (en particulier généralistes, mais aussi cardiologues, diabétologues...) et les autres acteurs de la ville, pour retarder l'évolution mais aussi pour orienter vers le néphrologue au bon moment.
- **Structurer des dispositifs de pair-aidance portés par les associations de patients** pour accompagner les patients diagnostiqués.