

◆ **Proposition 15 - Mener une réflexion sur les flux démographiques des professionnels et leur cohérence avec les besoins et les objectifs financiers**

La gestion des flux démographiques des différentes professions et la planification des ressources humaines nécessaires au système de santé de demain sont des exercices difficiles dans tous les pays. La difficulté à anticiper suffisamment se traduit souvent par des politiques de stop and go, notamment pour la profession médicale dont les durées de formation initiale demanderaient des visions à très long terme.

Néanmoins, il est tout aussi évident qu'il n'est pas possible de disjoindre la question des objectifs de progression des dépenses d'assurance maladie de celle de l'évolution quantitative et qualitative des ressources humaines du système. En médecine de ville, la croissance rapide et continue des effectifs des professions paramédicales (infirmières libérales et à un moindre degré masseurs-kinésithérapeutes) induit une pression sur les dépenses de soins correspondantes. Si cette problématique des médecins est différente aujourd'hui, il faut aussi, comme rappelé ci-dessus, anticiper les évolutions de long terme.

Ces questions sont d'autant plus complexes que l'impact des décisions nationales peut être contrebalancé par les possibilités de formation à l'étranger et la circulation des professionnels au sein de l'UE (exemple des masseurs-kinésithérapeutes formés dans les pays limitrophes ou en Europe de l'Est).

Il serait souhaitable d'améliorer la réflexion collective sur cette question (besoins en main d'œuvre, l'impact sur les soins des évolutions démographiques actuelles et projetées).

4.2. Optimiser les processus en améliorant la qualité des soins et la qualité de vie des patients

◆ **Proposition 16 - Améliorer le dépistage de l'insuffisance rénale chronique et la prévention de l'insuffisance rénale chronique terminale**

L'insuffisance rénale chronique terminale est une pathologie grave qui a des répercussions lourdes en termes de diminution de la survie et en termes de qualité de vie des personnes, notamment lorsqu'elles traitées par dialyse. Retarder la progression de la maladie rénale chronique et son arrivée à ce stade terminal est donc un enjeu de santé publique majeur. C'est aussi un enjeu économique, compte tenu du coût des traitements (63 000 € en moyenne par an pour la dialyse).

Pour ralentir l'aggravation de la maladie rénale chronique et en réduire les complications, des recommandations ont été élaborées par les sociétés savantes et la Haute Autorité de santé.

Le premier objectif est **d'améliorer la détection et la prise en charge de la maladie à des stades précoces** parmi les populations à risque (au premier rang desquels le diabète et l'hypertension). En présence d'une maladie rénale, le médecin traitant doit adapter la posologie des médicaments à élimination rénale, éviter certains médicaments toxiques (tels que les anti-inflammatoires non stéroïdiens, AINS), prescrire des mesures hygiéno-diététiques. Chez les personnes avec un diabète ou une hypertension, un traitement par IEC ou ARA-2 est préconisé. Le contrôle de la pression artérielle et de l'alimentation (protéines) sont essentiels pour ralentir l'évolution de la maladie ; l'information du patient et son implication dans la gestion de sa santé sont, comme dans beaucoup d'autres pathologies chroniques, des facteurs-clés (surveillance de la tension, modification des habitudes alimentaires, vigilance concernant l'automédication,...).

Une première campagne de sensibilisation des médecins traitants sur le dépistage de l'IRC chez les patients diabétiques a été réalisée en 2012 et 2013. Il est proposé de mener une nouvelle action d'accompagnement sur l'importance de cette identification des stades précoces de la maladie rénale chronique en élargissant les populations à risque, notamment aux patients hypertendus, et des recommandations sur la conduite à tenir (contrôle de la tension, importance du choix des anti hypertenseurs,...)

Des objectifs concernant le dépistage de l'IRC chez les patients à risque (diabète et HTA) pourraient également être intégrés à la ROSP des médecins traitants, sur la base d'indicateurs pouvant être mesurés à partir des données de remboursement.

A moyen terme, le projet de cohorte CKD-REIN (Chronic Kidney Disease - REIN), lancé en mars 2012 et qui doit suivre l'évolution de la maladie sur 10 ans pour 3600 patients, devrait permettre de mieux comprendre les facteurs influençant l'évolution de la maladie rénale chronique jusqu'au stade l'IRCT et de modéliser l'efficacité des mesures de prévention, afin d'améliorer l'efficacité des stratégies poursuivies.

En complément, la CNAMTS constituera à partir des bases de remboursement une cohorte rétrospective permettant de retracer le parcours de soins des malades avant l'arrivée au stade de la suppléance. Sous réserve de l'accord de la CNIL, les données pourraient être mobilisées rétrospectivement depuis 2006. Cette cohorte sera mise à disposition des équipes de recherche pour modéliser l'impact d'actions de prévention sur la survenue de l'IRCT.

Economies attendues

- Les économies sont potentiellement importantes, mais attendues uniquement à moyen terme. Un objectif d'infléchissement du nombre de patients incidents en IRCT pourrait être visé à partir de 2018. Les modélisations médico-économiques auront pour objectif d'identifier les actions ayant le meilleur rapport coût-efficacité.

Proposition 17 – Améliorer l'accès à la greffe rénale

Par rapport à la dialyse, la greffe de rein apporte une amélioration de la qualité de vie, de la durée de vie et réduit les coûts de la prise en charge de l'IRCT. C'est donc la stratégie à mettre en œuvre en priorité, et il y a un consensus sur cet objectif. Mais **le nombre de greffons disponibles ne permet pas de faire face aux besoins** : ainsi en 2012, parmi 13 329 candidats à une greffe rénale, seuls 3 044 ont été greffés et chaque année, le nombre de greffes rénales est inférieur au nombre de nouveaux malades inscrits sur la liste d'attente.

Cette problématique n'est pas nouvelle et un nouveau plan greffes a été lancé pour la période 2012-2016, après celui de 2000-2003, pour développer les dons et les greffes. Le plan a pour objectifs d'augmenter le nombre de greffes réalisées à la fois à partir de donneurs décédés et de donneurs vivants, ainsi que d'améliorer le suivi à long terme des patients greffés et des donneurs vivants prélevés.

Une campagne de communication grand public sur les donneurs vivants a été menée par l'Agence de Biomédecine fin 2013.

Deux actions complémentaires pourraient être proposées pour :

1. **réduire les inégalités territoriales** dans ce domaine : à partir d'une analyse par centre de dialyse du nombre d'inscrits, il serait souhaitable de fixer des objectifs de réduction des écarts concernant les taux et délais d'inscription sur la liste d'attente des greffes, et d'améliorer la transparence sur la gestion de la liste d'attente à la greffe ;
2. **faciliter les conditions du don d'organe** pour les donneurs vivants : améliorer la prise en charge des dons pour supprimer le reste à charge et organiser un soutien des donneurs par l'Assurance Maladie (aide dans les démarches, en cas de question ou de difficultés rencontrées pour les prestations liées au don).

➔ Economies attendues :

- Compte tenu des coûts moyens observés l'année de la greffe et les années ultérieures pour le suivi (coût moyen qui intègre des complications pour une fraction des patients), une augmentation du nombre de greffes sur donneurs vivants de 80 par an sur 5 ans générerait à 5 ans 49 M€ d'économies. L'enjeu financier est limité du fait du petit nombre de patients concernés. Pour mémoire, le nombre de greffes sur donneur vivants s'est élevé à 400 en 2013 et il a augmenté d'environ 40 en moyenne tous les ans depuis 4 ans ; l'objectif de 80 greffes supplémentaires par an est donc ambitieux, même s'il ne paraît pas hors de portée.

◆ **Proposition 18 - Optimiser la prise en charge de la dialyse**

L'objectif largement partagé est **d'accroître la part des modalités alternatives à la dialyse en centre** : la dialyse péritonéale, l'hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM), l'autodialyse et l'hémodialyse à domicile dont le développement va être favorisé par les développements technologiques. Il s'agit d'offrir un choix plus large aux patients, la possibilité d'être plus autonome, et de permettre les soins les plus proches possibles du domicile. Ces enjeux de qualité des soins rejoignent par ailleurs des enjeux économiques, l'hémodialyse en centre étant la modalité de dialyse la plus chère et entraînant des coûts de transports très élevés.

Les directeurs généraux d'ARS ont souligné, lors du bilan des actions de gestion du risque dans ce domaine, la nécessité de **baisser progressivement les tarifs en centre** pour laisser de la place aux techniques à domicile et appuyer leur action locale.

Plusieurs leviers sont à mobiliser conjointement :

✓ **Ajuster les tarifs de la dialyse en centre et réduire les capacités en centre pour favoriser le développement des techniques alternatives**

Le niveau élevé de la rémunération de la dialyse en centre et les marges qu'elle procure aux établissements et aux praticiens n'incitent pas au développement des modalités hors centre. Les forfaits des structures devraient donc être revus et la rémunération des néphrologues rééquilibrée pour éviter de favoriser la modalité la plus coûteuse. Les évolutions tarifaires ont été timides jusqu'à présent (-1,6% en 2013 pour le public et -2,6% pour le privé) et pourraient être plus importants.

Ces ajustements devraient être opérés dans le cadre d'une refonte plus globale de la tarification des différentes modalités de dialyse (structure et honoraires) sur un mode de forfait hebdomadaire, et d'inclure dans ce nouveau schéma de tarification les nouvelles techniques (notamment l'hémodialyse quotidienne, rémunérée à la séance dans le mode de tarification actuel).

Parallèlement des plans d'actions devraient être mis en place par les ARS pour accompagner la réduction des capacités en centre d'hémodialyse.

✓ **Permettre aux prestataires de service à domicile d'intervenir dans le domaine de la dialyse à domicile à l'instar de la prise en charge de l'oxygénothérapie**

L'objectif est de faciliter le développement de la dialyse à domicile en levant notamment les freins liés à la logistique et à la disponibilité des dialysats à domicile tout en optimisant leur coût.

L'article 43 de la LFSS 2014 a déjà modifié l'article L. 4211-1 du code de la santé publique pour étendre la dérogation de dispensation par une pharmacie à usage intérieur (PUI), aux dialysats (à l'instar des gaz à usage médical) afin que le prestataire puisse les distribuer sous la responsabilité d'un pharmacien inscrit à l'Ordre. Cette possibilité a cependant été limitée à quelques territoires dans un cadre expérimental, pour quatre ans. Cette limitation en termes de territoires et de durée n'incite pas les prestataires à investir ce champ.

Il serait donc souhaitable de permettre plus largement l'intervention des prestataires, en créant une prestation de dialyse ambulatoire au titre I de la LPP pour garantir son contenu (évaluation CNEDIMTS) et son tarif (CEPS) ; un forfait plus réduit devrait être créé pour l'établissement de santé pour tenir compte des missions assumées par le prestataire et celles restant, le cas échéant, à la charge de l'établissement.

✓ **Permettre la prise en charge d'une prestation réalisée par une infirmière libérale dans le cadre de la dialyse à domicile**

Aujourd'hui la facturation d'une infirmière n'est pas possible dès lors qu'un forfait est versé à l'établissement alors que l'assistance d'une infirmière est parfois nécessaire pour certains patients. Il s'agirait de lever un frein en permettant le recours à une infirmière libérale mais en ajustant le forfait versé à l'établissement.

✓ **Revoir le dispositif des autorisations par les ARS**

Les autorisations d'activité de dialyse sont délivrées par les agences régionales de santé selon un schéma régional d'organisation sanitaire spécifiquement établi pour l'insuffisance rénale chronique terminale (volet IRCT des schémas régionaux d'organisation sanitaire ou SROS). Ces autorisations ne sont délivrées qu'à des établissements de santé qui doivent proposer au moins les trois modalités de dialyse en centre, en unité d'autodialyse et à domicile. Il est proposé de simplifier ce régime d'autorisation pour faciliter le développement de la dialyse à domicile. A court terme, les ARS devraient vérifier que les établissements proposent bien la dialyse à domicile et des pénalités en cas de non respect de l'obligation d'offrir les différentes techniques de dialyse pourraient être envisagées. Une réflexion devrait être menée avec le ministère de la santé sur la suppression de l'autorisation préalable de la dialyse à domicile au profit de contrôles du respect de la qualité.

✓ **Elargir les forfaits de rémunération pour la dialyse péritonéale aux nouvelles techniques de dialyse à domicile**

Ce forfait permettra notamment de financer des solutions de télésurveillance conçues d'emblée pour les nouveaux appareils de dialyse à domicile. Il pourrait être financé par redéploiement dans le cadre du rééquilibrage entre les différentes modalités de dialyse.

Ces nouvelles techniques de dialyse à domicile devront être évaluées par la HAS dans des délais rapides.

✓ **Mieux informer les patients pour leur donner le choix et former les professionnels de santé à ces techniques de prise en charge à domicile**

Moins de 30% des patients dialysés s'estiment bien informés sur la dialyse péritonéale ou l'hémodialyse à domicile. Des documents d'information sur les différentes modalités de traitement devraient être élaborés, remis à chaque patient et relayé sur les sites d'information aux patients.

La formation initiale et continue des néphrologues, des urgentistes et des paramédicaux à la dialyse autonome en hors centre devrait également être développée (travail avec les Universités, priorité du DPC, relais au travers des CPOM cet engagement de formation au sein des centres de dialyse).

➡ Economies attendue :

- Une baisse de 10% des tarifs en centre sur 3 ans représenterait 110 M€ (37 M€ par an).
- Si l'on parvenait, sur 5 ans, à diminuer la part de l'hémodialyse en centre de 10% au profit de l'UDM (+4%), de l'autodialyse (+4%) et de la dialyse péritonéale (+2%), le montant économisé serait de 100 M€. L'ordre de grandeur serait le même avec +6% en UDM et seulement +2% en autodialyse (on constate en effet une certaine désaffection des patients pour ce mode de traitement). Cette estimation comprend les économies sur les forfaits mais aussi sur les coûts de transports.

◆ **Proposition 19 - Maîtriser les dépenses de transport pour la dialyse en centre**

L'augmentation des prises en charge à domicile ou à proximité du domicile est un premier levier pour réduire les coûts de transports : les **choix d'implantation des unités de dialyse médicalisées et des unités d'autodialyse** peuvent permettre dans certains cas de réduire les distances parfois très longues parcourues par les patients (cf proposition précédente).

Au-delà, les actions de maîtrise médicalisée auprès des prescripteurs de transport des centres de dialyse doivent être poursuivies, car les **variations géographiques relatives au type de véhicules utilisés** ne correspondent pas à une réalité médicale et les pratiques doivent converger vers un recours aux véhicules strictement adaptés aux besoins du patient. Elles devront être suivies dans un deuxième temps de procédures de mise sous objectifs pour les centres pour lesquels on ne constate pas d'évolution suffisante des pratiques.

Le rapport sur les charges et produits pour 2014 avait proposé d'expérimenter une « carte de transport » pour les patients ayant besoin de transports répétitifs, sur la base d'une évaluation faite par le médecin conseil de l'état du patient et du type de véhicule adapté. Une expérimentation de ce dispositif a été lancée dans une vingtaine de départements ; il faudra faire un bilan de son fonctionnement et de ses résultats pour l'améliorer le cas échéant à partir de ces premières expériences, et il sera nécessaire de lui donner une base juridique pour permettre l'opposabilité aux transporteurs.

- ➡ Economies : 30 M€ en 2016 (uniquement sur le type de transport utilisé – l'économie de transport liée à la réduction de la dialyse en centre est incluse dans les estimations précédentes)