

Le 2/06/2010

<p><b>Origine :</b> Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE avec la contribution de Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN Bernard BAYLE Pierre SCHAAL Jacques CHANLIAU Bernard BENSADOUN</p>	<p><b>Destinataires :</b> Yves Jean DUPUIS, David CAUSSE</p>
<p><b>Suivi par :</b> Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE, David CAUSSE</p>	<p><b>Copie à :</b> Equipe sanitaire, Comité Dialyse.</p>
<p><b>Objet :</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RDV IGAS mercredi 2 juin 2010 17 H</b></p>	

## 1. Contexte général

### Quelques chiffres de ce que représente la FEHAP en dialyse

Minoritaire dans l'offre de soins MCO, le secteur associatif est en revanche prédominant concernant les alternatives au centre dans le domaine de la dialyse (il s'agit essentiellement d'établissements OQN). L'offre associative se caractérise donc par un très fort développement des alternatives à la dialyse en centre : 80% des séances de Dialyse Péritonéale, près de 72 % des séances d'hémodialyse en Unité de Dialyse Médicalisée, 71.4 % des séances en UAD (Unité d'Autodialyse). Le secteur privé à but non lucratif réalisait globalement 41% des séances de dialyse en France, soit près de 15 000 patients traités sur les 39 000 pris en charge en 2008.

### Les décrets de septembre 2002 une avancée mais désormais la nécessité d'évaluer l'impact de la mise en œuvre des décrets.

Ces Décrets ont prévu d'une part les modalités réglementaires de la création , de l'installation des équipements de postes d'hémodialyse en centre , en unités de dialyse médicalisée , en auto-dialyse assistée , en auto-dialyse simple , en dialyse à domicile et en dialyse péritonéale ;

Dans chaque région les comités régionaux de l'insuffisance rénale ont permis l'écriture par les ARH d'un SROSS IRC dès 2003 et différentes circulaires ont précisé les modalités techniques de fonctionnement des différentes structures ainsi que des nouvelles tarifications. Un délai de trois ans a été prévu pour permettre à l'existant de se mettre en conformité avec ces nouveaux textes.

8 ans après la publication de ces textes novateurs, il convient de procéder à l'évaluation de leur mise en œuvre et ce dans chaque région et d'identifier précisément le développement des parts atteintes par chaque modalité.

### Annnonce de la Ministre de la santé lors de la Journée REIN et du 50<sup>ème</sup> anniversaire de la Société Française de néphrologie une nouvelle étape pour le secteur de la dialyse.

La Ministre Roselyne Bachelot a annoncé lors de cette journée une mission IGAS ainsi que sa volonté de développer la DP de 7 à 25 % permettant ainsi de réaliser 150 millions d'euros d'économies (économies escomptés coût de la séance et les transports, cf. Scandinavie).

Pour mémoire, l'enquête CNAMTS de 2003 prévoyait un taux de 9% de DP, les schémas régionaux IRC de 12 à 13 % et en réalité on note un recul significatif de la DP. Ce recul de la DP en France s'explique en partie par le développement des autorisations de Centres lourds (d'où la nécessité d'évaluer les décrets) et par une tarification insuffisamment incitative.

## 2. Les problématiques et propositions de la FEHAP

**a ) Les consultations en dialyse : HPST une avancée notoire pour les médecins salariés des établissements. Le dispositif doit être complété par la possibilité d'intégrer les consultations externes (pré dialyse et post greffe) essentielles en termes de santé publique et en toute logique d'une prise en charge de proximité.**

Pour rappel l'article 29 de la Loi HPST introduit un article L 162-26-1 dans le Code de la sécurité sociale qui prévoit la possibilité pour les établissements ex OQN de travailler avec des médecins salariés et de facturer leurs actes à l'assurance maladie. Le dispositif permet le remboursement aux établissements des actes techniques et cliniques correspondant aux activités en relation avec l'hospitalisation (des actes réalisés pendant un séjour ou à l'occasion de soins avec ou sans hébergement en relation avec les prestations d'hospitalisation GHS, GHT, D).

Si la Loi HPST avec l'article 29 a reconnu la possibilité aux associations de participer aux actions de prévention de l'insuffisance rénale chronique au travers de la reconnaissance des consultations néphrologiques des médecins salariés, à ce jour aucune réponse n'a été apportée à l'enjeu que représente l'intégration des consultations externes en dialyse (IRC non dialysé et post-greffe) au dispositif de l'article 29 de la loi HPST.

Pour la FEHAP l'enjeu n'est pas financier. La possibilité de pratiquer des consultations pour les néphrologues de notre secteur est essentielle à plusieurs titres :

En terme de santé publique il convient de développer les consultations de prévention pour retarder la phase terminale de l'IRC, l'accès précoce à un suivi spécialisé est pourtant décisif pour prévenir la survenue et l'aggravation de l'insuffisance rénale chronique. Des délais d'attente peuvent atteindre jusqu'à 6 mois (cf. en Lorraine). Ce point est étroitement lié au développement de la dialyse hors centre, qui est naturellement plus volontiers mis en place par des praticiens qui le connaissent et le pratiquent.

La situation actuelle est d'autant moins compréhensible que la réglementation en vigueur, commune à toutes les structures de dialyse, quelque soit leur statut juridique, autorise les consultations spécialisées en néphrologie et parfois même les impose. Le décret n° 2002-1198 du 23 septembre 2002 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé qui exercent l'activité de traitement de l'insuffisance rénale chronique par la pratique de l'épuration extra-rénale prévoit ces consultations.

La reconnaissance d'une telle activité est un enjeu important pour le devenir de nos structures : non pas sur le plan financier, la mise en place de consultations avancées est tout sauf une activité « rentable », mais en termes d'attractivité pour nos praticiens alors que la pratique métropolitaine en centre comporte moins de sujétions. Par ailleurs, l'impossibilité de développer une activité de consultation spécialisée hors du cadre strict du suivi de la dialyse, restreint de fait l'exercice des médecins salariés de nos établissements et entretient la crainte d'une perte de compétences en néphrologie générale.

Cette situation freine l'intérêt des jeunes professionnels pour l'activité de dialyse, déjà souvent insuffisamment enseignée durant l'internat. Or, le salariat des médecins néphrologues a été et reste l'unique solution au maintien et au développement de ce type de prise en charge, en particulier au sein des territoires où l'offre libérale s'avère défailante. Et le dispositif HPST est une alternative entre le « tout » (le centre de santé en zone urbaine, mais trop lourd) et le rien actuel.

Au regard des enjeux de la démographie médicale : le secteur PNL représente 20% de la population des néphrologues en France.

En conclusion, la possibilité pour les établissements de santé privés à but non lucratif de dialyse de développer une activité de soins externes marquerait la reconnaissance d'une véritable mission d'intérêt général et contribuerait à répondre aux défis soulevés par la progression rapide de la prévalence de l'insuffisance rénale chronique dont la prévention et le traitement ont été reconnus comme des priorités à la fois au plan national et dans les SROS de troisième génération.

### **c) Les médicaments en Dialyse : l'EPO et Vénofer**

#### **Éléments explicatifs pour le maintien de l'EPO en dehors du forfait de dialyse**

Les agents stimulant l'Erythropoïèse (ASE) sont des médicaments essentiels pour les patients dialysés et ont fait la preuve de leur efficacité. Ils sont tarifés hors forfait dans la majorité des pays européens sauf en Pologne et au Portugal.

La disponibilité de l'EPO a été une avancée majeure pour le traitement de l'insuffisance rénale. Dans le cadre de la dialyse, rappelons que ces produits ont été intégrés dans la liste des spécialités facturables en sus afin de permettre leur sortie du tarif forfaitaire de dialyse.

Cette sortie du tarif forfaitaire de dialyse a été nécessaire devant la difficulté d'accès au traitement des patients dialysés. L'idée était de pouvoir donner un accès égalitaire au traitement de l'anémie à tous les patients le nécessitant, sans que ces derniers ne dépendent des problèmes d'équilibre financier des établissements de santé.

Le gouvernement a tenté dans le cadre de la campagne 2010 une radiation de l'EPO de la liste des spécialités facturables en sus et sa réintégration dans les forfaits de dialyse. Cette démarche a finalement été abandonnée pour 2010 mais toute tentative de réintégration mettrait les patients face à la même situation antérieure d'inégalité d'accès au traitement pour ces molécules, et serait pénalisante pour tous les patients dialysés, quelle que soit leur modalité de traitement.

En effet, les doses d'Agents Stimulant l'Erythropoïèse par semaine peuvent varier énormément d'un patient à l'autre, et la forfaitisation n'est pas adaptée à ce type de produits.

Le besoin des malades en EPO est extrêmement variable, d'un individu à l'autre et selon les circonstances pour un même individu, allant de zéro à une dose plus de dix fois supérieure à la moyenne utilisée chez les dialysés pour les patients souffrant de pathologies particulières (hémopathies, cancers). Vu la diversité des cas traités, une intégration « standard » de l'EPO dans le forfait n'est donc pas pertinente, voire dangereuse (pratiques médicales hétérogènes du fait des besoins patients différents, pas d'intégration à la moyenne possible du fait de la trop grande variabilité).

Toute mesure pouvant conduire à une baisse de la qualité du traitement de l'anémie risque d'avoir un impact financier néfaste à mettre en balance avec les éventuelles économies réalisées.

En ce qui concerne le fer, nécessaire à un traitement de l'anémie par l'EPO et permettant de diminuer le besoin en EPO, il doit suivre le sort de l'EPO : hors du forfait dialyse. Les deux médicaments sont indissociables.

#### **La prise en charge de l'anémie par ASE n'est pas une thérapeutique spécifique de la dialyse argument allant dans le sens d'un maintien sur la liste en sus.**

Le rapport REIN 2008 apporte des éléments informatifs sur ce point : l'analyse des patients incidents en dialyse montre que en moyenne 48% des patients arrivant en dialyse en France sont traités par ASE avant la mise en dialyse, avec une médiane d'hémoglobine à 10.4g/l, correction insuffisante au regard des cibles préconisées (11-12g). Seuls, 20% de patients arrivent en dialyse avec une hémoglobine dans la cible préconisée, et, 63% des patients n'atteignent pas les 11g d'hémoglobine. Cela confirme que l'ASE est bien un traitement de l'anémie de l'insuffisance rénale chronique avant dialyse, et qu'il reste sous utilisé. Et cela implique à l'arrivée en dialyse une compensation de ce retard. Ceci est confirmé par le constat que les patients débutant l'hémodialyse en urgence sont plus souvent anémiés et sans ASE que les malades en hémodialyse programmée ou en dialyse péritonéale.

Par ailleurs, le traitement par ASE en insuffisance rénale est une hormonothérapie substitutive de l'insuffisance rénale, pathologie fréquente atteignant bientôt 3 millions de sujets si l'on inclut les stades précoces. A ce titre, elle doit être prise en charge comme toutes les hormonothérapies substitutives des défaillances organiques par l'assurance maladie : insuline dans le diabète, hormone thyroïdienne dans l'insuffisance thyroïdienne, que le patient ait ou non atteint le stade de la dialyse.

A notre sens, il convient donc de considérer les ASE comme traitement de l'insuffisance rénale chronique et non comme traitement associé à la dialyse, et de travailler sur l'optimisation de la prescription d'ASE en dehors du champ de la dialyse, particulièrement avant la mise en dialyse. Son intégration dans les forfaits dialyse irait à l'encontre de cette démarche d'optimisation de prise en charge optimisée de la filière IRC.

Enfin à noter également que 80 % des dépenses d'EPO aujourd'hui préviennent des chimiothérapies, le contrat de bon usage obligatoire pour les médicaments en sus a produit ses effets avec une diminution globale en dialyse des volumes prescrits.

Conscient de la situation de notre déficit d'assurance maladie, le Comité dialyse tient à rappeler le contexte

- La mesure annoncée par Mme PODEUR le 29 janvier 2010 était liée à une considération technique (faire sortir l'EPO de la liste des médicaments en sus pour permettre l'entrée d'autres molécules) et aussi à une considération financière puisque chaque année le volume global de cette enveloppe médicaments augmente fortement.

=> Cette progression n'est pas due au secteur de la dialyse mais à la cancérologie qui représente 80% des prescriptions

Grâce aux négociations avec les fournisseurs, à une certaine stabilité du nombre de patients et à la maîtrise des prescriptions, les dépenses supportées par l'assurance maladie sur ces produits et ce secteur diminuent chaque année

### **Le Vénofer**

En l'absence d'informations claires sur ce sujet la pratique est extrêmement contrastée selon les départements, certaines pharmacies hospitalières refusent la rétrocession au motif que le coût de ce médicament serait intégré dans le calcul des forfaits de dialyse, ce qui n'est pas le cas (écrits de la DGOS et de la CNAMTS).

Le Veinofér est sur la liste des médicaments susceptibles d'être rétrocédés, étant entendu que la rétrocession ne concerne que des patients tiers non suivis par l'établissement de santé auquel la PUI est rattaché.

L'opération de rétrocession réalisée par une PUI doit être distinguée de celle de dispensation de ces mêmes médicaments aux patients suivis par une structure de soins de l'établissement.

### **d) Développement du hors centre :**

**Une politique incitative au développement du hors centre plutôt qu'une politique dé-incitative au développement du centre. La FEHAP souhaite que soient levés les freins au développement du hors centre par une reconnaissance de la dialyse de proximité (renforcement des UAD en zone rurale) et notamment de la Dialyse Péritonéale, démarche qui doit s'inscrire dans un processus de développement de la prise en charge de proximité et de réduction des dépenses (séances et coûts de transports).**

**Dialyse de proximité et coût de transports : des marges de manœuvre potentielles pour soutenir financièrement le développement de la dialyse hors centre.**

Les structures de dialyse FEHAP prennent en charge 80% des séances de dialyse à domicile et leur maillage territorial leur permet d'offrir une prise en charge de proximité à leurs patients dialysés.

Cette prise en charge de proximité favorise l'autonomie du patient, lui permettant éventuellement de maintenir une activité professionnelle mais aussi et surtout une vie sociale.

A côté de la qualité de vie du patient dialysé à proximité de son domicile, la diminution des temps de transport (domicile/centre de dialyse) évite d'imposer au patient une fatigue supplémentaire s'accumulant à celle de la séance en elle-même.

La prise en charge de proximité diminue également le coût des transports sanitaires de ces patients. Un patient dialysé réalise en moyenne trois séances de dialyse par semaine, soit environ 156 par an.

Par exemple un patient résidant à 50 km du centre de dialyse où il est pris en charge parcourra en moyenne 15 600 km par an, soit 46 279 € par an.

Les associations de dialyse FEHAP ont réalisé une étude comparative sur le coût des transports en fonction du lieu de prise en charge. Ils ont décidé de retenir le centre lourd, l'unité de dialyse médicalisée (UDM) et l'unité d'autodialyse (UAD).

Le cout global (médical et transport) pour un établissement prenant en charge 100 patients, dont 80 en centre lourd et 20 en UDM, est de 9 293 798€ par an.

Le cout global (médical et transport) pour un établissement prenant en charge 100 patients, dont 80 en centre lourd et 20 en UAD, est de 9 200 198€ par an.

Enfin, si cet établissement prend en charge ces 100 patients en centre lourd, le cout global est de 10 074 172€.

Cette différence de cout s'explique grâce à deux éléments :

\* le cout du transport, les structures de centre lourd étant moins nombreuses, elles sont en général plus éloignées du domicile des patients. Ces derniers effectuent donc plus de distance en véhicule de transport sanitaire.

\* le montant du forfait de la prise en charge, selon la lourdeur du patient et ses besoins en termes de prise en charge, le forfait est de 349.12€ en centre lourd, 253€ en UDM et 223€ en UAD.

Le résultat de cette enquête est primordial, et nous permet de dire que si seulement 20% des patients d'un centre lourd étaient pris en charge dans une structure répondant au mieux à leur besoin, ni plus ni moins, les structures associatives de dialyse hors centre permettraient à l'assurance maladie de réaliser une économie importante, (pour 100 patients : 780 374€ d'économie -7.74% pour l'UDM et 873 974€ d'économie-8.67% pour l'UAD).

Les premiers résultats de cette étude donnent des pistes intéressantes tant d'un point de vue de la qualité de la prise en charge que des marges de manœuvre disponibles pour une revalorisation des forfaits de dialyse hors centre et notamment un soutien à la dialyse de proximité et à domicile. (L'étude complète est jointe au dossier)

Si les décrets de 2002 ont souhaité apporter toutes les garanties pour que les établissements de santé titulaires d'autorisation d'IRC proposent tous les types de prises en charges, il est fort regrettable de constater que cette volonté ne se soit pas accompagnée d'une réflexion pour les approches territoriales.

Il ne s'agit pas de comparer la dialyse des villes et la dialyse des champs ou la dialyse du nord et la dialyse du sud, mais les modalités Centre/ UDM/ autodialyse sont devenus de véritables statuts juridiques servant de base de facturation et non des modalités de prises en charges cohérentes et adaptées.

A titre d'exemple, à partir du constat de 50 à 55 patients dialysés par tranche de 100 000 habitants, et que 50% des patients peuvent bénéficier du hors centre, il est fort compréhensible qu'une activité de centre de 25 patients ne soit pas suffisant « pour faire vivre » une équipe néphrologique d'un minimum de 2 Médecins. De ce fait, et des territoires de santé ou bassin de vie de 40/50 ou 70 000 hab. existent en France, une dérive vers le centre est inévitable actuellement ;

Et si des associations continuent de maintenir ces UAD de proximité, les contraintes budgétaires vont inciter à des suppressions de sites regrettables (augmentation mécanique des coûts de transports).

Les évolutions tarifaires depuis 2005 parlent d'elles mêmes

2005 tarif autodialyse assistée D13 =>224,57 Euros

2010 tarif autodialyse assistée D13 => 222,77 Euros

Alors même que l'inflation sur la période 2005/2010 s'élève à plus de 6%.

Le tableau de l'évolution des tarifs et des forfaits est joint au dossier.

La FEHAP propose le concept de dialyse de proximité qui s'appuie sur les collaborations hôpitaux /généralistes ou cliniques afin de maintenir les patients à proximité des lieux de vies et éviter des coûts de transports tout ne garantissant une sécurité de la prise en charge (lien avec les services d'urgence, proximité des plateaux techniques et des services de médecine)

La coordination avec les services de long séjour ou de SSR de ces hôpitaux publics ou privés en sera facilitée

N'oublions que le développement de la DP nécessite de pouvoir rapidement transférer le patient d'une technique à l'autre (DP=> hémodialyse)

Et si maintenir un patient à domicile constitue un premier objectif (éducation et de suivi), le transfert vers de l'hémodialyse ne devra pas se concevoir que vers les Centres d'hémodialyse

Le bénéfice escompté sur les coûts de transport en sera limité

Alors que la loi HPST va instaurer des projets médicaux de territoire, l'exemple de la dialyse de proximité constitue un véritable exemple de mise en oeuvre

**Mais Le développement du hors centre n'est pas qu'une question de qualité de vie et d'économies : l'accès aux consultations externes pour les néphrologues des associations est également indispensable cf. supra.**

Dans ce cadre, il serait intéressant de réfléchir au statut juridique des données rassemblées par l'Agence de Biomédecine (ABM) au titre du registre REIN. La FEHAP souhaite, à l'instar de ces autres travaux exploiter ces données dans une optique de santé publique, mais l'ABM invoque l'opposition des néphrologues pour se soustraire aux obligations de « l'espace public statistique ».

**e) Le développement du hors centre nécessite de lever les blocages comme ceux relatifs aux cotisations des infirmiers libéraux.**

Dès 2008, la FEHAP a alerté les pouvoirs publics en signalant les possibles conséquences de la signature de la Convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie pour les structures ayant recours à des infirmières libérales.

En effet, à ce jour l'ensemble des actes pratiqués par les infirmiers libéraux bénéficiaient d'une cotisation maladie maternité à hauteur de 0,11% des bénéfices sur laquelle l'assurance maladie complétait 9,70%. Depuis la convention, sont considérés comme "actes hors convention" les actes pratiqués par les infirmiers libéraux dont les honoraires sont assurés par les établissements. Ces actes font l'objet d'une cotisation à taux plein de 9,81%.

En conséquence, les infirmiers libéraux auraient un manque à gagner en intervenant dans les structures de HAD de SSIAD et de dialyse. Cette disposition va à l'encontre de la volonté de développement des structures de prise en charge de proximité et ne peut conduire qu'à un désinvestissement des intervenants libéraux auprès des structures intervenant à domicile au détriment des patients en zone rurale et contrairement à toute dynamique de coopération ville/hôpital.

**f) Le développement du hors centre nécessite de travailler à la promotion de la télésurveillance**

Nombreux établissements FEHAP ont depuis longtemps travaillé à une offre de dialyse de proximité, la plus autonome possible, construite en adéquation avec les besoins des patients.

Plusieurs expériences réussies en télésurveillance dans le domaine de la dialyse péritonéale et à domicile, menées par des établissements de dialyse FEHAP, sont reconnues de façon nationale et internationales comme améliorant l'offre de soins : Diatelic (ALTIR) , Cahier intelligent (Calydial, rapport Lasbordes 2009).

Les décrets N° 2002-1197 et N° 2002-1198 du 23 septembre 2002 ont défini une nouvelle modalité : l'unité de dialyse médicalisée, modalité intermédiaire en termes de graduation de l'environnement médical, entre le centre et l'autodialyse. L'UDM accueille des patients qui nécessitent une présence médicale non continue pendant les séances de traitement et qui ne peuvent ou ne souhaitent pas être pris en charge à domicile ou en unité d'autodialyse.

La publication en janvier 2010 des recommandations HAS sur la mise en place des UDM télésurveillées est pour notre secteur un enjeu majeur et une nouvelle occasion de mettre au service de ses patients un savoir faire dans le domaine de la télémédecine, porté par plusieurs établissements FEHAP (Altir, Calydial.).

Une UDM télésurveillée est composée de 3 briques :

Une solution de visioconférence permettant la télésurveillance et la téléconsultation

Une solution de remontée d'information des équipements,

Une solution de dossier médical informatisé permettant d'assurer la traçabilité des téléconsultations et événements se produisant dans l'UDM Télésurveillée.

La FEHAP dans le cadre du groupe de travail TIC, s'engage à répondre de façon rapide et efficiente à la mise en oeuvre de ces nouvelles modalités d'offre de d'hémodialyse télésurveillées . Ses établissements travaillent des projets sur plusieurs régions, (Lorraine, Rhone- Alpes, Pays de Loire, Bretagne, Aquitaine) et s'organisent pour renforcer leur offre de dialyse hors centre de proximité, en maximisant la sécurité de prise en charge d'une population de plus en plus âgée, en UDM dans un premier temps et à terme sur

toutes les modalités de dialyse hors centre.

### **Les autres chantiers tarifaires**

Le chantier financier visera notamment à permettre un rééquilibrage entre la tarification des modalités de dialyse en centre et celles hors centre pour rendre plus incitatif le hors centre et faciliter le développement de la dialyse à domicile. Doivent être également traitées les problématiques actuelles liées à la dialyse en EHPAD et en SSR.

Préoccupation FEHAP sur la révision des tarifs de Dialyse Péritonéale : la France constate un recul de cette modalité de traitement. Un des freins au développement de la DP est d'ordre tarifaire. La FEHAP propose de travailler à la construction d'une tarification incitative au développement de la DP (révision du tarif). Evolution des forfaits DPA et DPCA 2005/2010 : +3.6% (ex OQN) et - 0.7% (Ex DG).

Préoccupation FEHAP portant sur l'intervention des établissements de dialyse en SSR ou en EPHAD : la prise en charge en dialyse péritonéale des patients hospitalisés en SSR ou en EPHAD se heurte aujourd'hui à des difficultés liées à la rémunération des infirmières libérales spécifiquement formées à la dialyse qui seraient appelées à intervenir. Sauf accords locaux, les patients concernés sont donc pris en charge dans des centres lourds pour un coût de prise en charge et de déplacement élevé.

Le coût des médicaments est également un sujet en soi. A titre d'exemple le prix « rénagel » (qui n'est pas dans le forfait dialyse) est équivalent à un PJ de SSR.

### **Enquête nationale de Coûts de l'ATIH**

La FEHAP est sans nouvelle de ce chantier et des méthodes envisagées. Deux précautions méthodologiques lui paraissent devoir figurer dans l'analyse des coûts.

Un certain nombre de structures hors centre n'assurent leur équilibre économique que grâce à deux phénomènes :

- Un effet de solidarité financière entre le centre et le hors centre pour les institutions qui gèrent les deux modalités,
- Un effet de « gratuité » de temps médical, qui s'estompe sous l'impact de la T2A dans les hôpitaux publics : un certain nombre de praticiens hospitaliers apportaient du temps médical gratuit aux associations de dialyse sous la forme de « mission d'intérêt général ».

Si les hôpitaux demandent la facturation de ce temps dans le cadre de convention, le déséquilibre économique des tarifs du hors centre sera accentué.

Par ailleurs il y a lieu de réfléchir à certaines missions d'intérêt général en dialyse comme l'éducation thérapeutique.

**En conclusion, nous pourrions dire que la FEHAP mène une réflexion sur le contenu de la séance de dialyse ; sont développées ci après les premiers éléments de réflexion.**

La séance de dialyse vise à assurer : l'épuration des toxines et le rééquilibrage hydro-électrolytique du métabolisme.

La séance de dialyse n'a donc pas vocation à gérer

- les complications de l'insuffisance rénale telles
  - o l'anémie
  - o le trouble minéral osseux
  - o l'HTA qui classiquement préexistent à la mise en dialyse, et pour lequel le patient reçoit des traitements spécifiques dès le stade 3 d' l'IRC. Tout au plus, lors de l'initiation de la dialyse, les traitements injectables sont assurés au décours de la dialyse pour la qualité de vie du patient (préserver le capital vasculaire) et optimiser les coûts (éviter le recours aux IDE libérales au domicile pour assurer les injections d'ASE).
  - o Les complications infectieuses fréquentes du fait d'un déficit immunitaire induit par l'IRC.
- La préparation à la dialyse :

- o La création de l'abord vasculaire
- o Le contrôle de sa fonctionnalité, avec si besoin actions de reperméabilisation
- Les pathologies associées telles le diabète, la maladie cardiovasculaire, les pathologies liées au vieillissement.

Par conséquent, le forfait de dialyse, tel qu'il a été retenu lors de la préparation des décrets de 2002, vise à rémunérer ce qui est strictement nécessaire à la réalisation de la séance de dialyse.

En première conclusion, la séance n'est pas le traitement de l'insuffisance rénale chronique et de ses complications spécifiques :

Anémie (cf. supra)

Trouble minéral osseux

Hypertension artérielle

Déficit immunitaire de l'insuffisance rénale

Elle n'est pas de traitement des pathologies associées

Le rapport Rein 2008 confirme que 33% des patients qui arrivent en dialyse sont porteurs de néphropathie diabétique, 38 % de néphropathie vasculaire et hypertensive et 47% des patients de diabète et maladie cardiovasculaires, avec des variations régionales importantes.

La maladie diabétique ou cardiovasculaire est désormais prise en charge de façon optimisée, tant sur le plan diagnostique (radiologique, biologique) que thérapeutique, avec des modalités de prise en charge qui ne peuvent être confondues avec la séance de dialyse.

Par confort pour le patient et économie du capital veineux du patient, par souci de ne pas multiplier les dépenses d'assurance maladie (éviter les prélèvements sanguins à domicile), certains actes à visée diagnostique (biologique notamment) et ou thérapeutique (insuline) peuvent être réalisés en séance. Ils ne doivent pas être considérés comme des actes nécessaires à la séance de dialyse, et leur coût ne peut être imputé à la séance de dialyse.