



Présidente

Maryvonne HOURMANT

Vice-Président

Luc FRIMAT

Vice-Président Transplantation

Bruno MOULIN

Vice-Président Dialyse

François VRTOVSNIK

Secrétaires Généraux

François BABINET

Agnès CAILLETTE-BEAUDOIN

Trésoriers

Walid ARKOCHE

Didier AGUILERA

**A l'attention de Madame Sophie MOATI
Doyenne des Présidents de la Chambre
Faisant office de Premier Président**

13, rue Cambon - 75100 Paris Cedex 1

Madame La Présidente,

Réponse au rapport de la Cour des comptes

La Cour des Comptes épingle à nouveau les néphrologues pour leur gestion du traitement de l'insuffisance rénale terminale. Mais focalisée uniquement sur la réduction de son coût et ignorante de la réalité des centres de dialyse et du profil de la majorité des patients pris en charge, elle propose des solutions qui ne conviennent qu'à une frange de patients et en oublie la qualité du traitement et la qualité de vie des patients.

La Cour des Comptes regrette que les néphrologues n'aient pas pris suffisamment en compte les recommandations de son rapport de 2015 ; mais elle se base, dans son analyse actuelle, sur le rapport REIN 2017. Cette période est trop courte pour obtenir des résultats sensibles d'un changement de pratique. Pour mémoire, l'expérimentation IRC, adoptée par le parlement en 2013, n'a été ouverte qu'en décembre 2017.

La Cour des Comptes regrette l'absence d'actions de prévention efficaces mais les néphrologues n'en sont pas les seuls concernés. En effet, depuis 2012, l'augmentation de l'incidence de l'IRC au stade 5 est entièrement expliquée par la prolongation de survie des diabétiques et par le vieillissement de la population chez les non-diabétiques. Réduire l'incidence de l'insuffisance rénale chronique revient à réduire celles de l'obésité et du diabète, travail immense et qui dépasse de loin la néphrologie.

Et que dire de la disparition de la médecine scolaire, universitaire et du travail, qui en mesurant la pression artérielle et en recherchant la présence d'albumine ou du sang dans les urines, dépitait des maladies rénales. Il faut quand même savoir

Responsable Administrative

Nataly REVEL

24 Montée des Roches

SAINT-SORLIN

F-69440 CHABANIERE

+33 (0) 6 37 56 09 27

secretariat.sfndt@gmail.com

que l'association de patients France-Rein, qui fait des dépistages par bandelettes urinaires à grande échelle lors de la Semaine du rein, est réclamée par des entreprises qui n'ont plus de médecine du travail.

Concernant la pré-dialyse, la SFNDT souligne que des études françaises en population, (Moranne O et al. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012 ; Faller B et al. BMC Nephrology 2013 ; Ayav C et al. BMC Nephrology 2016) sont disponibles. Il en ressort, clairement, que le recours aux néphrologues dans les sous-populations âgées concerne des patients dont les maladies associées et les troubles cognitifs sont moins fréquents que dans la population générale. Pourtant, parmi ces patients adressés aux néphrologues, le risque de mortalité aux stades 3B et 4 est 2,5 fois plus élevé que le risque d'évolution vers la dialyse. Qui plus est, les néphrologues se sont massivement engagés dans la mise en place de la prise en charge aux forfaits qui va permettre de renforcer le suivi et, nous l'espérons, de ralentir la progression vers la suppléance. Les néphrologues adhèrent au choix de l'information du patient sur les options thérapeutiques, comme indicateur préalable au versement du forfait.

La Cour des Comptes omet de citer la situation difficile des DOM-TOM, où la prévalence du diabète est plus élevée qu'en métropole dans la population générale et dans la population des dialysés (2 patients sur 3). Ces régions méritent une aide particulière, à la fois en ce qui concerne la prévention, la dialyse ou l'accès à la transplantation.

La Cour des Comptes élude complètement une des causes de l'augmentation continue de la prévalence des patients dialysés, de 561 par millions d'habitants en 2008 à 712 en 2017. Les causes de cette évolution ont été explorées aux États-Unis (Foster BJ. CJASN 2018), ainsi qu'en Europe (présentation registre EDTA 2007 – 2015, Budapest 2019) : amélioration de la survie des transplantés et des dialysés qui dépasse l'amélioration de la survie en population générale. En dialyse, l'excès de mortalité diminue de 3% par an avec une réduction de 35% des causes de décès athéromateuses. En définitive, tout autant voire plus que l'accès limité à la transplantation rénale, c'est bien l'amélioration de la qualité de la dialyse et des soins, en général, qui explique la prévalence élevée des patients dialysés. La SFNDT ne peut souscrire à la stratégie proposée par la Cour des comptes qui, sur la base d'un argumentaire uniquement centrée sur un objectif d'augmentation de la transplantation, vise à réduire le financement de la dialyse et, par conséquent, de réduire la qualité du traitement par dialyse. En passant, il faut souligner que, dans plusieurs régions françaises, l'offre de soins de dialyse est insuffisante par rapport aux besoins. Par conséquent, la « sous-dialyse » s'installe de facto.

A la lecture du rapport, on réalise que la Cour des Comptes est mal renseignée et n'a pas une idée juste de la réalité des centres de dialyse. Les néphrologues ne reconnaissent pas leur quotidien. Les patients dialysés en centre lourd et en unité de dialyse médicalisée sont les patients les plus âgés ; le rapport REIN montre chaque année que les patients de centre lourd présentent plus de co-morbidités que les autres (66% ayant au moins 2 co-morbidités contre 31% à domicile et

35% en autodialyse). La Cour des comptes doit aussi savoir que les structures de dialyse doivent prendre en charge de plus en plus de migrants qui représentent 20% voire plus des patients traités dans certains hôpitaux. Les patients ayant ce profil, âgés, migrants, ne pourront jamais être pris en charge dans une structure allégée. Leur demande en soins est importante, leur autonomie relative. Ceci doit être pris en compte dans la réduction imposée des coûts et le calcul du forfait de la dialyse. En les abaissant excessivement, c'est la qualité des soins qui est menacée.

La Cour des Comptes met les néphrologues devant le constat que d'autres pays européens ou anglo-saxons de même niveau économique font mieux en matière de dialyse à domicile ou d'accès à la transplantation. Comme le souligne le courrier de réponse de la directrice de l'Agence de la Biomédecine, il est nécessaire de connaître plus en détail les populations dont on parle. Le nombre de patients pris en charge en dialyse en France est beaucoup plus important et ces patients sont surtout plus âgés ce qui change radicalement la façon de les traiter. 39% ont 75 ans et plus, 12.3% ont 85 ans et plus et ce alors que le traitement conservateur, c'est-à-dire l'abstention de la dialyse, est de plus en plus pratiqué.

La SFNDT rejoint la Cour des Comptes sur la nécessité de développer la dialyse à domicile. En 2019, elle a publié un Livre blanc de la dialyse à domicile apportant 10 propositions développées en 3 axes : améliorer l'information des patients, améliorer la formation des jeunes néphrologues, mais aussi améliorer les modalités économiques de cette technique de dialyse, qui contribueraient à la rendre plus efficiente. La dialyse à domicile est en grande majorité la dialyse péritonéale. Le pourcentage de patients en dialyse péritonéale en France, 6,2%, est très inférieur à celui d'autres pays, et sont cités dans le rapport, la Nouvelle-Zélande, l'Australie, la Norvège ou la Suède. Le rapport devrait être plus nuancé ; car dans ces pays, les patients n'ont pas le choix de la technique du fait de leur géographie qui les isole ou de leurs conditions météorologiques qui leur rendent l'accès à un centre d'hémodialyse difficile. L'augmentation du pourcentage en dialyse à domicile ou en dialyse autonome est, pour la SFNDT aussi, un objectif à atteindre.

La transplantation est le meilleur traitement de l'insuffisance rénale terminale. Comme il est souligné dans la réponse de la directrice de l'Agence de Biomédecine, quand les comparaisons avec d'autres pays sont correctement faites, la France est un de ceux où le nombre de transplantés par million d'habitants est le plus élevé. Les disparités d'accès à la transplantation en fonction de la région d'origine des patients sont soulignées. La SFNDT rappelle que les disparités d'accès à la transplantation sont très liées aux disparités des activités de prélèvement, problème très ancien que l'Agence de Biomédecine peine à régler et qui se traduit par l'exportation de greffons des régions qui prélèvent beaucoup vers celles qui prélèvent peu. La dynamique des équipes d'une région, soutenue très souvent par leurs centres hospitaliers et par leur ARS, sert donc à compenser l'inertie et la désorganisation des autres, ce qui n'est pas le meilleur moyen d'améliorer la situation. Dans ce contexte, la suppression du rein local, présenté comme variable de correction des disparités, serait une catastrophe,

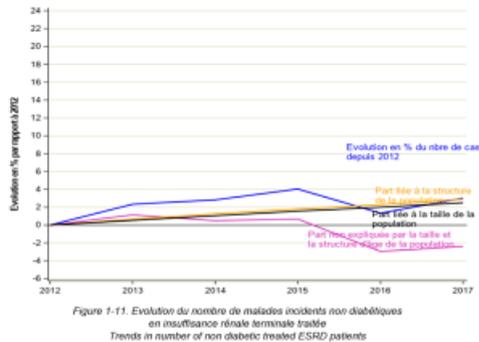
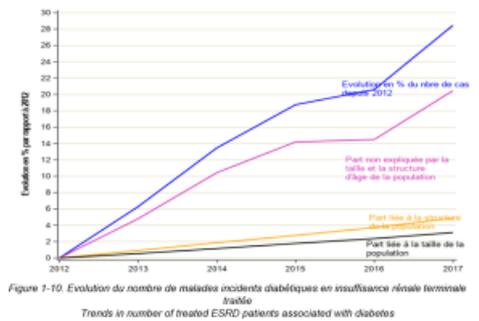
anéantissant la motivation des équipes actives. La Cour des Comptes sait certainement que dans le contexte actuel de réductions d'effectifs et de budget, les hôpitaux ne fonctionnent que parce que les soignants qui y travaillent sont motivés. Les néphrologues ne sont pas responsables de la détérioration du système de santé en France. En ce qui concerne la transplantation, pénurie d'anesthésistes, bloc opératoires saturés, délais de plusieurs mois pour obtenir un bilan cardiologique etc. Le Plan Greffe 2017-2022 est à la peine et n'atteindra pas ses objectifs. Une décision comme la suppression du rein local le condamnera définitivement.

Dans le rapport de la Cour des Comptes, les néphrologues libéraux sont mis en cause dans la dérive des dépenses du traitement par dialyse. Si des facturations excessives sont observées, il faut les redresser. Cependant, la Cour des Comptes reproche aux néphrologues libéraux une augmentation de 11,8% de leur BNC de 2013 à 2017. S'agissant d'une facturation à l'acte, cette augmentation paraît adaptée au regard de l'augmentation du nombre de patients prévalents en dialyse sur la même période (+ 14,3%). Incidemment, on peut souligner que le maintien de l'offre et de la qualité des soins à une population croissante de patients chroniques à la qualité de vie fortement dégradée, n'a été possible qu'en raison d'un engagement désintéressé des soignants des secteurs tant publics, qu'associatifs et privés. D'autre part, la filière de soins de la maladie rénale chronique implique successivement de nombreux professionnels. Aussi, il est potentiellement réducteur de se focaliser sur les pratiques et émoluments des néphrologues libéraux et de les utiliser comme l'arbre qui cache la forêt des autres problèmes.

diabétiques

Évolution du nombre de malades incidents

non-diabétiques



Rapport REIN : évolution du nombre de malades incidents. Chez les patients non diabétiques, la très faible augmentation de l'incidence s'explique par l'évolution des caractéristiques de la population. Chez les patients diabétiques, l'augmentation explosive de l'incidence s'explique uniquement par l'augmentation de la survie de ces patients.

Pour la SFNDT

Professeur Maryvonne HOURMANT, Présidente

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.