

Bulletin de la Dialyse à Domicile

Approche économique de l'hémodialyse quotidienne à domicile (HDQ)

(Economic approach to daily home hemodialysis)

Vincent LANDI

Directeur général ECHO.

Association ECHO, pavillon Montfort 85 rue St Jacques BP 10214 44 202 Nantes cedex 2

Résumé

Le besoin toujours croissant de la population en matière de soins est une réalité encore plus marquée lorsqu'il s'agit de prise en charge des patients atteints de maladies chroniques. L'INSEE [1] met clairement en évidence les difficultés auxquelles sera soumis le système de Santé Français si une réflexion sur les modalités de financement mais également sur la structure de l'offre de soins n'est pas menée dans les meilleurs délais.

Dans ce contexte de nécessaire évolution du système, il semble important que les acteurs de terrain puissent également apporter des éléments objectifs permettant d'alimenter une réflexion collective.

Cette note concerne la prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique. Elle a vocation à apporter des informations issues de l'expertise de professionnels du secteur destinées à objectiver quelques propositions détaillées dans sa dernière partie.

Summary

The ever-increasing health care needs of the population is an even greater reality when it comes to the care of patients with chronic diseases. INSEE [1] clearly highlights the difficulties to which the French health system will be subject if a reflection on the funding methods but also on the structure of the care offer is not carried out as soon as possible.

In this context of necessary evolution of the system, it seems important that the actors on the ground can also bring objective elements allowing to feed a collective reflection.

This note concerns the management of patients with chronic kidney disease. It aims to provide information from the expertise of professionals in the sector intended to objectify a few proposals detailed in its last part.

Mots clés : hémodialyse quotidienne, HDQ, économie

ABREVIATIONS UTILISEES :

HDQ : hémodialyse quotidienne à domicile – bas débit

INSEE : Institut National de la Statistique et des études économiques

ARS : Agence Régionale de Santé

UDM : Unité de Dialyse Médicalisée

HAS : Haute Autorité de Santé

DREES : Direction de la Recherche des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

QUELQUES ELEMENTS CONTEXTUELS

UNE DEMANDE CROISSANTE

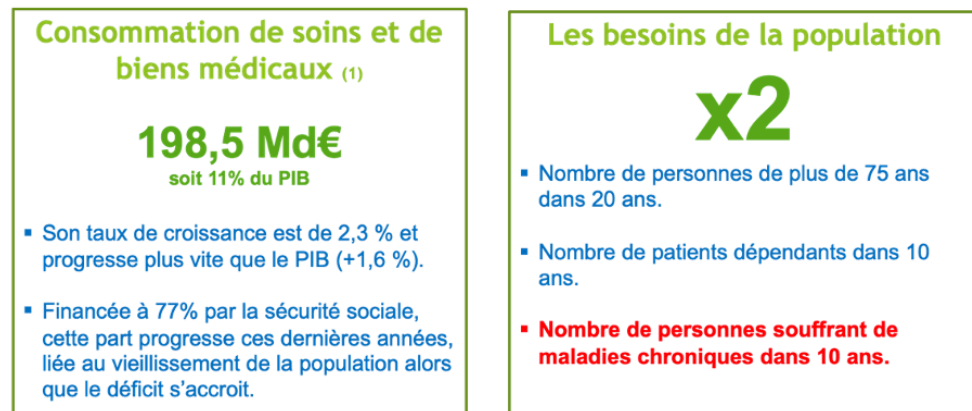


Figure 1 : d'après Rapports INSEE [1], de la DREES 2017 [2], et Rapport du Figaro le 6/02/16 [3]

Toutes les analyses démographiques qui s'intéressent au sujet démontrent que les besoins en soins de la population ne cessent de croître. Ainsi l'INSEE [1] prévoit que le nombre de personnes souffrant de maladie chronique sera doublé dans une dizaine d'année (fig1).

Cette perspective cumulée à l'impact sur les comptes de l'assurance maladie du vieillissement de la population nous oblige à une réflexion collective autour de nouvelles modalités de prise en charge « hors structure de soins » plus efficaces.

CONSENSUS AUTOUR DES MODALITES DE PRISE EN CHARGE A DOMICILE

Le consensus trouvé autour des prises en charge à domicile entre les différents acteurs du système de Santé (Agences Régionales de Santé, Haute Autorité de Santé, Assurance Maladie, associations de patients et professionnels de santé) est suffisamment rare pour être souligné.

QUALITE DE VIE :

Les Associations de Patients mais aussi la Haute Autorité de Santé (H.A.S) préconisent ce mode de prise en charge car la dialyse à domicile est considérée comme la technique de suppléance favorisant l'autonomie des patients non transplantés (Propositions issues des États Généraux du Rein) [4]

MAILLAGE DU TERRITOIRE :

Les Agences Régionales de Santé (A.R.S.) poussent également le développement de cette technique afin de mieux mailler le territoire et de limiter les temps de transport

EFFICIENCE :

L'Assurance Maladie considère qu'il s'agit d'un mode de prise en charge efficient. En effet, au-delà du bien-être des patients, les résultats cliniques de l'HDQ sont excellents, le nombre d'hospitalisations maîtrisé et les économies réalisés sont évidentes notamment du fait de l'absence de transport sanitaire,

QUALITE DU TRAITEMENT :

Le traitement quotidien est celui qui se rapproche le plus du métabolisme de l'être humain. L'importance de la fréquence et de la durée hebdomadaire de dialyse : 4 à 7 séances par semaine de courte durée (entre 2 et 3 heures) a été démontrée à plusieurs reprises. Par ailleurs, l'étude FHN : The Frequent Hemodialysis Network Trials (relevance and Correlates of Cognitive Impairment in Hemodialysis Patients) [5], publiée en 2010 démontre qu'augmenter la fréquence des séances de dialyse améliore les aptitudes physiques, réduit l'hypertension, améliore la fonction cardiaque et réduit le taux de phosphate dans le sang. Ces résultats cliniques permettent d'affirmer que l'HDQ réduit la morbidité par rapport à un traitement plus conventionnel.

EVOLUTION DE LA PREVALENCE ENTRE 2007 ET 2016

Dans la mesure où les orientations de Santé Publique semblent claires en matière de développement de la dialyse à domicile, il est tout à fait étonnant de constater (fig. 2) que le nombre de patients dialysés à domicile n'a pas du tout évolué depuis 2007 contrairement à la dynamique positive de transplantation et au nombre de patients pris en charge en Unité de Dialyse Médicalisée (U.D.M.).

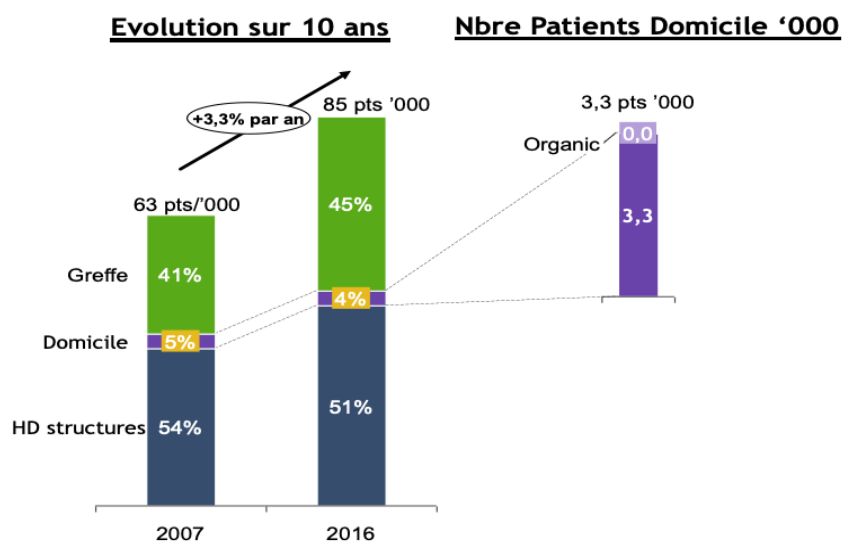


Figure 2 : Evolution des modalités thérapeutiques : Données R.E.I.N. 2007-2016 [6]

Force est de constater que la politique tarifaire choisie ces dernières années avait pour objectif de diminuer les tarifs des séances de dialyse réalisées en structure (centre et UDM) afin d'inciter les établissements à développer les modalités de prise en charge à domicile. En effet, celles-ci ont été moins pénalisées du point de vue tarifaire (fig.3).

	Evolution tarif net en %	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Var. cumul
Hémodialyse en unité	Centre	294,34	281,26	271,18	258,49	257,72	251,78	-14,46%
	UDM	267,72	259,74	258,05	256,78	256,23	250,74	-6,34%
	UAD	244,04	236,77	235,23	234,07	241,93	242,70	-0,55%
Formation	Formation HD	376,53	370,35	369,50	368,71	380,78	381,27	1,26%
	Formation DPA	379,07	372,85	371,99	371,19	383,34	383,83	1,26%
	Formation DPCA	353,03	347,24	346,44	345,70	357,02	357,48	1,26%
Domicile	HD	216,33	209,88	208,52	207,49	214,46	215,15	-0,55%
	DPA (forfait hebdomadaire)	700,09	688,47	683,99	680,61	703,48	705,73	0,81%
	DPCA (forfait hebdomadaire)	545,11	535,84	532,36	529,73	547,53	549,28	0,76%

Figure 3 : évolution des tarifs de remboursement

En réalité, le fonctionnement d'une unité de dialyse nécessite le déploiement de moyens humains ou matériels qui n'est pas toujours directement lié à l'activité.

Par ailleurs, l'équilibre économique mais aussi organisationnel des services de néphrologie (hospitalisation, consultation, dialyse, ...) repose bien souvent sur l'activité de l'unité de dialyse.

En outre, développer l'activité « domicile » nécessite de réserver de plus en plus de places de repli en structure. Ceci implique que la capacité des unités de dialyse ne peut être réduite, au contraire...

Enfin, les établissements doivent se structurer pour accroître la capacité d'accueil de leur unité de dialyse tout en faisant face à une inévitable augmentation des charges fixes de fonctionnement et bien sûr à la baisse des recettes générée par la politique tarifaire.

Par conséquent, dans un souci d'équilibre économique, il est naturel de compenser la baisse des tarifs par une augmentation de l'activité en centre et UDM afin de maintenir un niveau de recettes permettant de couvrir les charges d'exploitations du service de néphrologie.

La politique tarifaire choisie n'a donc pas les effets escomptés sur le développement du domicile bien au contraire. Elle oblige les établissements à opter pour une stratégie défensive permettant de compenser la baisse des tarifs. Une politique incitative serait probablement plus adaptée et plus efficace.

LE MODELE FRANCAIS DE LA DIALYSE A DOMICILE

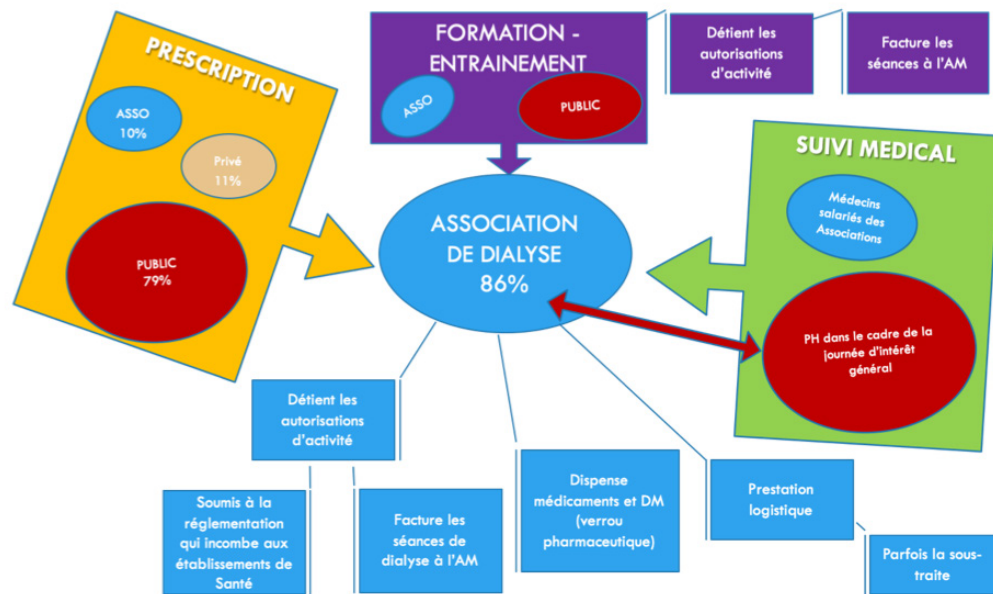


Figure 4 : répartition des structures dans l'offre de soin

L'offre de soins en matière de prise en charge des patients atteints de maladie rénale chronique est assurée par les secteurs privé commercial, sans but lucratif et public (fig. 4).

Il est intéressant de noter que 79% des patients orientés vers le domicile le sont à partir des services hospitaliers (fig.5)... En effet, le modèle Français revêt comme particularité que les établissements associatifs sont peu pourvus en compétences médicales propres puisque celle-ci est souvent assurée par le centre hospitalier du territoire avec lequel l'établissement associatif conventionne afin d'en bénéficier.

Prescription		Privé	Asso	Public
% Total		14'000	7'000	23'000
		32%	16%	52%
% Total Pts	Domicile	11%	10%	79%
	UDM,UAD	25%	16%	59%
	Centre	40%	18%	42%

Prise en charge		14'000	17'000	13'000
% Total patient		32%	39%	29%
% Total Pts	Domicile	6%	86%	8%
	UDM,UAD	23%	63%	14%
	Centre	41%	17%	42%

Figure 5 : établissements d'origine avant traitement à domicile

Par ailleurs, on constate que les prises en charge à domicile des patients sont principalement assurées

(86%) par le secteur associatif. En effet, l'agilité organisationnelle (logistique, visite à domicile, ...) et les compétences professionnelles multiples et spécialisées que nécessite cette activité (IDE, assistante sociale, psychologue, ...) font que les structures privées sans but lucratif sont les plus aptes à assurer cette modalité de prise en charge.

QUELQUES SPECIFICITES DE L'HDQ

LOGISTIQUE :

la logistique est une contrainte importante identifiée comme l'un des freins au développement des prises en charge à domicile (avec l'absence de rémunération médicale ou encore la nécessité

de présence d'une tierce personne). En effet, les difficultés matérielles en tout genre que rencontrent les patients pour stocker des palettes entières de consommables sont autant de motifs pour ne pas choisir cette modalité de prise en charge.

Par ailleurs, pour l'établissement de Santé, installer un patient en HD domicile nécessite la mise en œuvre de moyens logistiques importants. En effet, chaque installation correspond en moyenne à 1,3 tonnes de produits soit un véhicule léger rempli par tournée.

Les livraisons mensuelles de chaque patient en HD domicile correspond en moyenne à 1 tonne de produits soit un véhicule léger rempli par tournée.

ROTATION

Le maintien dans la technique est un enjeu essentiel pour que le nombre de patients pris en charge à domicile augmente de manière significative. Nous faisons le constat sur une période donnée que pour 3 nouveaux patients pris en charge un patient sort de la technique.

Évidemment, compte tenu de leur profil, la plupart des patients qui sortent de la technique sont transplantés. Toutefois, au-delà des quelques sorties pour décès il serait pertinent de s'intéresser aux motifs des changements de technique sollicités par les patients. En effet, dès 2014 la question du motif de changement de technique des premiers patients dialysés en HDQ a été questionnée par une étude parue dans Néphrologie & Thérapeutique [6].

Un suivi amélioré par la visite régulière de professionnels de santé ou même par un dispositif de télésurveillance serait de nature à rassurer les patients et les conforter dans le choix de cette technique.

LE PROCESS DE PRISE EN CHARGE A DOMICILE :

Chaque étape du processus (fig.6) fait l'objet d'enjeux spécifiques mais tous essentiels pour proposer au plus grand nombre l'HDQ. Avant même l'annonce du traitement, mettre en place des actions de prévention et de dépistage permettrait de réduire le nombre de patients pris en charge en « urgence ». Agir dans l'urgence ne permet pas une prise en charge pluriprofessionnelle de

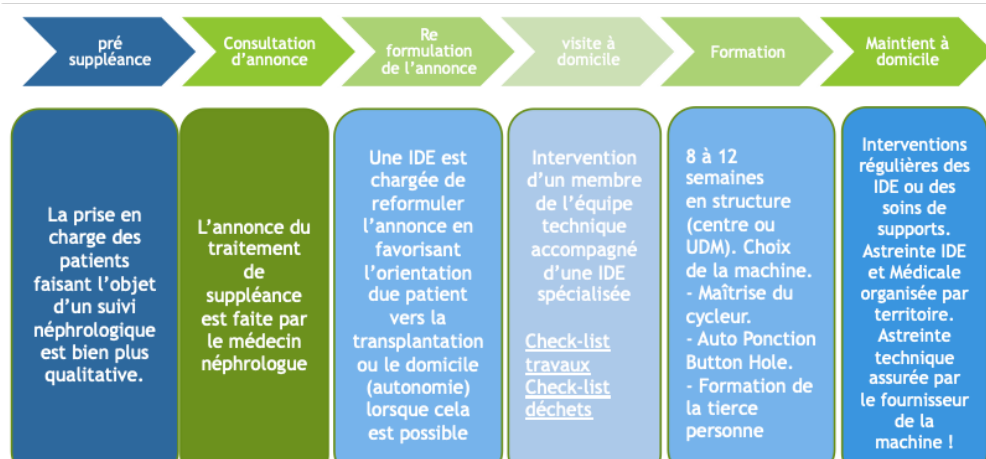


Figure 6 : schéma du processus de prise en charge à domicile

qualité en matière d'orientation du patient.

Par ailleurs, la compétence spécifique des professionnels mais également l'organisation dédiée autour du développement de l'HDQ sont clairement des facteurs clés de succès à chaque étape du process.

LE PROFIL DES PATIENTS EN HDQ

Une enquête menée auprès d'une trentaine de patients ayant fait le choix de l'HDQ à l'ECHO (établissement de santé spécialisé dans le traitement de la maladie rénale chronique) permet de mettre en évidence quelques caractéristiques propres à cette population ciblée :

- Les patients sont plutôt « jeunes »
- Revendiquent une autonomie par rapport à leur maladie
- Parfois ils travaillent
- Parfois ils voyagent
- Ils sont bien informés
- Ils sont familiarisés avec les nouvelles technologies
- Ils ont moins de comorbidités que les patients dialysés en structure

Par ailleurs, la fig. 7 ci-dessous permet une comparaison des patients pris en charge à l'ECHO en 2019 sous l'angle des comorbidités associées à la maladie rénale. Il apparaît comme évident à la lecture de ces graphiques que les patients dialysés ayant fait le choix de l'HDQ ont moins de comorbidités que les patients dialysés en structure.

Il est intéressant de noter qu'à ce jour la technique concerne les patients plus « autonomes ». Pourtant, l'HDQ pourrait également concerner les patients les plus fragiles pour lesquels les temps de transport vers les structures de dialyse sont particulièrement pénibles en plus d'être onéreux pour la société.

Une évolution du cadre réglementaire remettant en question l'inexistence de tarification du suivi médical (contrairement à la DP) et l'obligation stricte de présence d'une tierce personne seraient de nature à élargir la cible des patients concernés par cette modalité de dialyse.

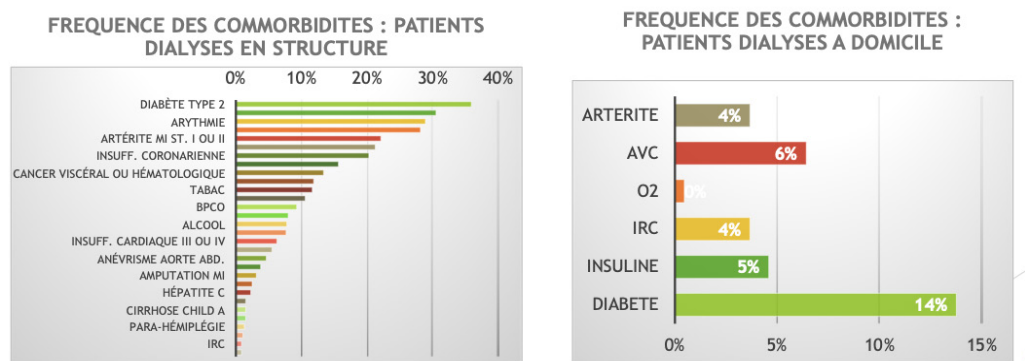


Figure 7 : répartition des comorbidités chez les patients de l'ECHO ne 2019

QUELQUES ELEMENTS FINANCIERS

Il convient de préciser que cette analyse financière ne concerne pas la pratique de l'hémodialyse conventionnelle qui est parfois déployée au domicile des patients. Il s'agit de mettre en évidence la structure des coûts incompressibles liés à l'utilisation des générateurs « bas débit ».

Attention : Les coûts affichés doivent être interprétés avec prudence car ils sont issus du parangonnage de quelques structures ayant une activité significative. L'application des tarifs « catalogue » impliquerait des coûts sensiblement plus élevés.

CONCERNANT LE MATERIEL

	MACHINE A	MACHINE B
PRIX MACHINE TTC	20 500 €	18 900 €
LOCATION TTC	990 €	696 €
MAINTENANCE TTC	800 €	2 160 €

figure 8 : tarif des deux principales machines pour hémodialyse quotidienne;

Deux machines se partagent le marché de la dialyse quotidienne à domicile.
Les deux laboratoires ont opté pour des stratégies commerciales différentes.

Stratégie Machine A : Coût de la location dissuasif par rapport à la concurrence : incitation à l'achat en 1ere intention sans pour autant avoir une politique tarifaire avantageuse. En revanche il y a une vraie différence sur le coût de la maintenance.

Stratégie Machine B : Coût de la location encourageant : incitation à l'achat dans un deuxième temps compte tenu du contexte de développement de la technique balbutiant

CONCERNANT LES CONSOMMABLES

L'utilisation des deux machines dans des conditions identiques (lactate) implique un coût des consommables liés à la machine représentant environ 65% du tarif de la séance. (figure 9)

Ainsi, avec les 35% restant soit environ 73€ par séance, l'établissement doit supporter :

- Les coûts liés à la logistique (transport, manutention, mise en conformité du domicile, fourniture des dispositifs médicaux nécessaires.)
- Les coûts pharmaceutiques (fourniture de médicaments – EPO, Fer,... mais également l'analyse pharmaceutique)

COUT DES CONSOMMABLES (TTC) / SEANCE	MACHINE B (5,5 poches)		MACHINE A (5,5 poches) Lactate	
	Bicarbonate	Lactate	Avec dial	+ dial
Dialysat	79,2 €	66 €	66 €	66 €
Cassette	45,6 €	45,6 €	48 €	40,8 €
Accessoires lignes	11,4 €	11,1 €	10,8 €	10,8 €
dialyseur	14,73 €	14,73 €		14,73 €
Solution de rinçage	1,99 €	1,99 €	1,48 €	1,48 €
COUTS LIES A LA MACHINE	151,72 €	139,42 €	126,28 €	133,81 €
TARIFICATION SEANCE D'HDQ	215,15 € brut (209,86 € net)			
Part des consommables pharmaceutiques	66,4%		63,8%	
TARIFICATION DE LA FORMATION Centre	381,27 € (centre) et 374,46 € (UDM)			

Figure 9 : coûts des consommables par séance de dialyse

- Le coût du personnel médical, soignant mais aussi des soins de support et du secrétariat médical
- Le suivi du service technique
- L'amortissement ou la location du matériel

QUELQUES PROPOSITIONS POUR CONCLURE

Parce que les prises en charge à domicile doivent être privilégiées afin d'améliorer la qualité de vie des patients (au sens de la Haute Autorité de Santé) tout en conservant la meilleure qualité de prise en charge médicale possible, les conditions de déploiement de l'hémodialyse quotidienne à domicile doivent faire l'objet d'une attention particulière.

En effet, ce mode de prise en charge est plébiscité par l'ensemble des protagonistes du système :

- L'Assurance Maladie car il génère de vraies économies sur l'enveloppe « transport »,
- Par les ARS car il permet d'apporter une réponse de proximité adaptée aux besoins de la population toujours croissants,
- Les professionnels de Santé souhaitent avoir la possibilité de proposer la meilleure option thérapeutique personnalisée pour chaque patient,
- Et bien sûr par les patients eux-mêmes à qui il est tout à fait normal de proposer de choisir d'être traité à domicile ou pas.

Pourtant, quelques freins empêchent un recours plus massif à cette modalité de prise en charge :

- La politique tarifaire visant à diminuer les tarifs de centre ou d'UDM n'est pas efficace, au contraire elle incite à compenser l'effet baisse des tarifs par une augmentation du volume... on se retrouve ainsi avec de nombreux établissements de santé qui augmentent la capacité de

leur unité de dialyse pour permettre une stabilité des ressources de l'unité afin de compenser des charges de structure croissantes...

Geler la baisse des tarifs de dialyse en structure et surtout mettre en place un financement incitatif pour développer l'HDQ serait un choix de politique tarifaire plus pertinent. Par ailleurs, il n'existe pas aujourd'hui d'acte permettant de valoriser une prise en charge médicale des patients suivis en HDQ à domicile, ceci est une aberration contre-productive.

- La formation des professionnels de santé...

Permettre aux praticiens en formation de bénéficier de stages dans des structures proposant toutes les modalités de dialyse serait de nature à homogénéiser les pratiques sur le territoire national.

- L'isolement des patients à domicile implique des changements de technique trop fréquents...

Financer le déploiement de dispositifs de télésurveillance permettrait de lutter contre cet isolement et serait de nature à éviter bon nombre d'hospitalisations par une simple action préventive. Un tel dispositif permettrait par ailleurs que les patients puissent bénéficier d'un contact très régulier avec les soins de support (diététicien, psychologue ou assistant social)

- Aujourd'hui un patient ne peut bénéficier de cette modalité de prise en charge que s'il fait la démonstration qu'une tierce personne l'assiste durant ses séances de dialyse. Il s'agit là d'une contrainte forte qui n'est pas observée dans les pays ayant choisi de développer les prises en charge à domicile...

Revenir sur cette contrainte semble être souhaitable à condition bien sûr que l'intervention d'un professionnel de Santé au domicile du patient soit rendue possible pour assister les patients qui le souhaitent,

- Être hémodialysé à domicile n'est possible que si le lieu de vie du patient est suffisamment spacieux pour accueillir près d'1,5 tonnes de produits stockés sur des palettes. Cette contrainte forte pour les patients l'est tout autant au plan logistique pour les pharmacies à Usage Intérieur des établissements de Santé...

Encourager et faciliter les modalités pratiques de conventionnement avec les pharmacies d'officine ou encore faire évoluer le statut du dialysat afin de rendre plus efficient et moins contraignant la logistique autour de la dialyse à domicile,

- Le profil des patients pris en charge en hémodialyse à domicile laisse penser que cette modalité est particulièrement adaptée aux patients les plus autonomes.

Pourtant, un suivi personnalisé au domicile des patients ajouté à un dispositif de télésurveillance permettrait également de prendre en charge les patients les plus fragiles. Par ailleurs, éviter les temps de transport et la fatigue qu'ils génèrent auraient encore plus de sens pour les patients les plus fragiles.

DECLARATION D'INTERET

Directeur Général d'établissement de santé spécialisé dans le traitement des maladies rénales chroniques

REFERENCES

1. Insee Références, édition 2018 - Santé - Handicap - Dépendance
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2587886>
2. Rapport de la DRESS sur l'état de santé de la population en France en 2017
<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/esp2017.pdf>
3. Plus de 10 millions de Français souffrent d'une maladie chronique
Hayat Gazzane
Publié le 14 décembre 2016 à 10:50, mis à jour le 5 avril 2019 à 15:35
<https://www.lefigaro.fr/conjoncture/2016/12/14/20002-20161214ARTFIG00089-plus-de-10-millions-de-francais-souffrent-d-une-maladie-chronique.php>
4. Propositions issues des États Généraux du Rein
<http://www.renalo.com/images/stories/EGR/rapport%20final.pdf>
5. The FHN Trial Group
Etude Frequent hemodialysis Network (FHN), publiée en 2010
In-Center Hemodialysis Six Times per Week versus Three Times per Week
N Engl J Med 2010; 363:2287-2300
DOI: 10.1056/NEJMoa1001593
6. Rapports R.E.I.N. 2017-2016
<https://www.agence-biomedecine.fr/IMG/pdf/rapportrein2017.pdf>
7. A.Benabed,P.Henri, C.Bechade, et al.
Résultats cliniques des 54 premiers patients traités par hémodialyse quotidienne à bas débit de dialysat à domicile en France et en Belgique. Néphrologie & Thérapeutique 2014 (5) 10 318-319
<https://doi.org/10.1016/j.nephro.2014.07.074>

Reçu le 26/02/20, accepté après révision le 22/04/20, publié le 14/04/20