

MRC

MALADIE RÉNALE CHRONIQUE

Prévenir

Mieux prendre en charge

Générer des économies



Constats

Propositions

Premiers impacts économiques



Sommaire

I. Introduction	_____	Page 3
II. Les enjeux de la Maladie Rénale Chronique	_____	Page 8
III. Constats et attentes partagés par le groupe OPTI'MRC	_____	Page 14
IV. Les propositions OPTI'MRC	_____	Page 18
V. Evaluation médico-économique	_____	Page 27

I. Introduction



Pourquoi OPTI'MRC ?

La maladie rénale chronique (MRC) touche des millions de personnes en France. Elle est pourtant mal connue. Pire, elle est silencieuse et asymptomatique jusqu'à des stades très avancés où une greffe, une dialyse ou des traitements conservateurs deviennent nécessaires.

En France, un tiers des patients dialysés arrivent en urgence, trop souvent sans avoir pu être diagnostiqués à temps ou pouvoir être vus par un néphrologue.

La dialyse impacte fortement la qualité de vie des malades et des familles concernées. Malgré l'engagement des acteurs de la filière, la prise en charge des patients dialysés n'est pas homogène. Une enquête réalisée par France Rein en 2021 révélait que sur un panel de 850 patients dialysés, seuls 28% estimaient que leurs comorbidités et complications étaient prises en charge.

Une autre enquête réalisée en 2022 par la Société Francophone de Néphrologie, de Dialyse et Transplantation¹ (SFNDT) auprès de 244 centres de dialyse en France, pointait un manque de moyens pour une prise en charge de qualité des patients dialysés, et ce malgré un coût déjà très élevé pour la collectivité.

C'est pourquoi ce groupe de travail est né, représentatif de l'importante communauté des acteurs dédiés à la lutte contre la maladie rénale.

¹Rapport "Accès à une dialyse de qualité", 2022, SFNDT

Pr. Luc Frimat

Président du groupe de travail OPTI'MRC, Néphrologue au CHRU de Nancy, Président sortant de la Société Francophone de Néphrologie Dialyse et Transplantation (SFNDT)

Pr. François Vrtovsnik

Président de la SFNDT, Néphrologue à l'AP-HP, Hôpital Bichat

Dr. Stanislas Bataille

Néphrologue, Institut Phocéan de Néphrologie, clinique Bouchard

Dr. François Blanchecotte

Biologiste médical, Président du Syndicat des Biologistes (SDBIO)

M. Didier Borniche

Président de l'Association Française des Infirmier(e)s de Dialyse, Transplantation et Néphrologie (AFIDTN)

Dr. Agnès Caillette-Beaudoin

Néphrologue et Directrice Générale de Caly dial, établissement de santé rénale à but non lucratif

Pr Cyrille Collin

Médecin de santé publique, Professeur des universités à Lyon 1, pôle de santé publique aux Hospices Civils de Lyon

Dr. Karim Dardim

Président de l'Association des Pharmaciens de Dialyse à Domicile (APDD), pharmacien de l'ALURAD (Association limousine pour l'utilisation du rein artificiel), établissement de santé rénale à but non lucratif

M. Jean-Jacques Dumas

réfèrent-expert

Mme Lydie Houillon

Infirmière en pratique avancée (IPA) au CHRU de Nancy, référente collège Néphrologie, Dialyse et Transplantation rénale, Association Nationale Française des Infirmier.e.s en Pratique Avancée (ANFIPA)

M. Vincent Lacombe

Président de la Fédération Hospitalière Privée-Rein (FHP-Rein), dirigeant de la clinique Saint-Exupéry (Toulouse)

M. Vincent Landi

Directeur général de l'association ECHO, établissement de santé rénale à but non lucratif

Mme Béatrice Mbark

Fondatrice de l'Association InfoRein Santé

Dr Dominique Navas

Pharmacien MCU-PH Pharmacie Clinique au CHU de Nantes

Dr Didier Theis

Praticien hospitalier de santé publique à Lille, président de la Société Francophone de l'Information Médicale (SoFIMe)

M. Stanislas Trolonge

Diététicien nutritionniste rénal, Maison du Rein AURAD AQUITAINE, Président de l'Association de diététique et nutrition en néphrologie

Mme Cécile Vandevivère

Directrice générale de l'association France Rein

Pr. Cécile Vigneau

Cheffe du service de néphrologie au CHU de Rennes, membre du CA de l'Agence de biomédecine

Introduction

Afin d'obtenir des résultats probants, l'initiative OPTI'MRC se penche sur la globalité du parcours MRC. Elle ne sépare pas artificiellement la réflexion sur les stades initiaux et les stades avancés, en particulier sur la dialyse.

Les propositions du groupe visent l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients à tous les stades et une meilleure efficacité dans l'utilisation des ressources de l'Assurance Maladie.

Pour résumer le sens de ce travail : un investissement raisonnable pour diagnostiquer et prendre en charge au plus tôt les malades, permettra de :

- Retarder l'aggravation de la maladie et donc le besoin de traitements de suppléance (dialyse, greffe),
- Générer d'importantes économies pour l'Assurance maladie et plus globalement la collectivité,
- Réinjecter une partie de ces économies pour développer une approche globale des patients, notamment des patients dialysés, et améliorer leur qualité de vie.

Cette dynamique vertueuse s'inscrit dans une logique de santé populationnelle, telle qu'elle est mise en œuvre dans le diabète et l'insuffisance cardiaque et applicable à la MRC.

Consentir à investir dès les stades précoces libérera des moyens pour mieux accompagner les patients en suppléance. Cela permettra de mieux prendre en charge certains aspects de la qualité, aujourd'hui insuffisamment pris en compte dans les financements :

- La prise en charge en proximité des patients,
- L'adaptation de cette prise en charge aux caractéristiques et aux besoins propres du patient (notamment son autonomie),
- Le diagnostic et le traitement de ses comorbidités,
- L'accès aux soins de support,
- Le tout en préservant la qualité de l'acte technique, autour duquel le financement est aujourd'hui structuré.

Le présent document propose une synthèse de ces travaux:

I. Les enjeux de la MRC

II. Les constats et les attentes partagés des professionnels et des associations de malades

III. Les propositions d'amélioration de la prise en charge depuis l'amont jusqu'à l'aval

IV. Une première modélisation médico-économique des coûts et des bénéfices de ces propositions, pour l'Assurance-Maladie

II. Les enjeux de la Maladie Rénale Chronique

Quelques notions clefs sur la MRC

Essentiellement silencieuse et asymptomatique avant son stade le plus avancé, la MRC est définie par la présence pendant plus de 3 mois de marqueurs d'atteinte rénale. Lorsque la MRC s'accompagne d'une baisse du débit de filtration glomérulaire (DFG) en deçà de 60 ml/min/1.73m², on parle d'insuffisance rénale chronique (IRC). Le DFG mesure la capacité des reins à filtrer les déchets. Les stades de la MRC vont de 1 à 5 (5 étant le plus avancé).

Lorsque 85% à 90% de la fonction rénale sont perdus, on parle d'**insuffisance rénale chronique terminale (IRCT)**. Il est alors indiqué de discuter la mise en place ou non d'un traitement dit « de suppléance », transplantation rénale ou dialyse (hémodialyse ou dialyse péritonéale). Il s'agit d'un traitement qui impacte lourdement la qualité de vie, en raison du rythme des séances de dialyse et des contraintes notamment alimentaires.

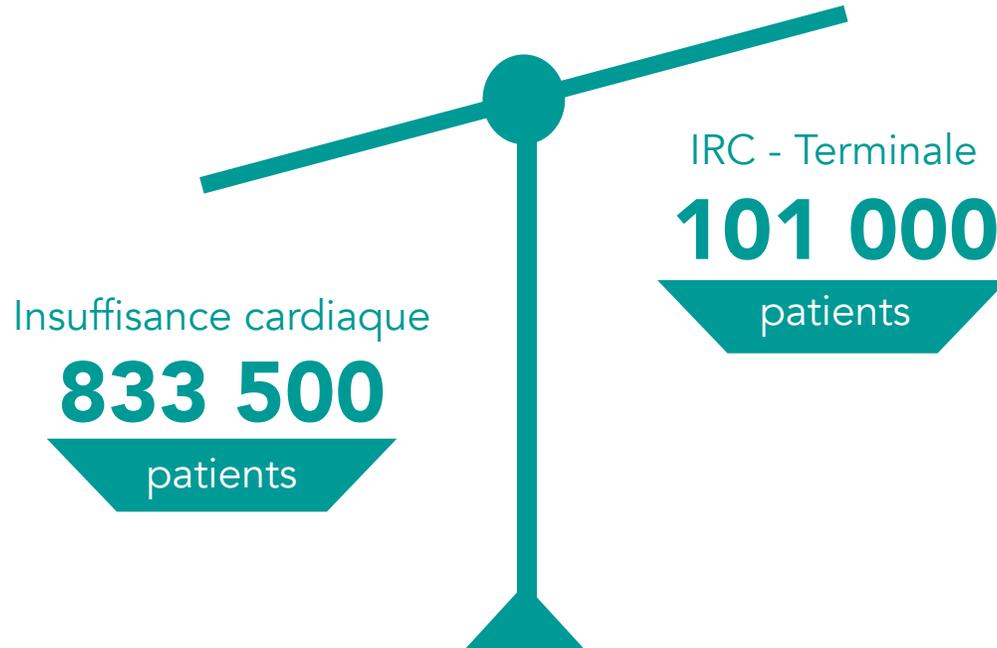
Un enjeu d'ampleur pour le système de santé

En matière de maladies chroniques, la priorité donnée par les politiques publiques à la prévention et à une approche holistique de la maladie est une nécessité absolue. A cet égard, la filière néphrologique est à la pointe, puisque dès 2019 a été adopté le forfait MRC, qui permet une prise en charge intégrée des soins des patients aux stades 4 et 5 de la MRC.

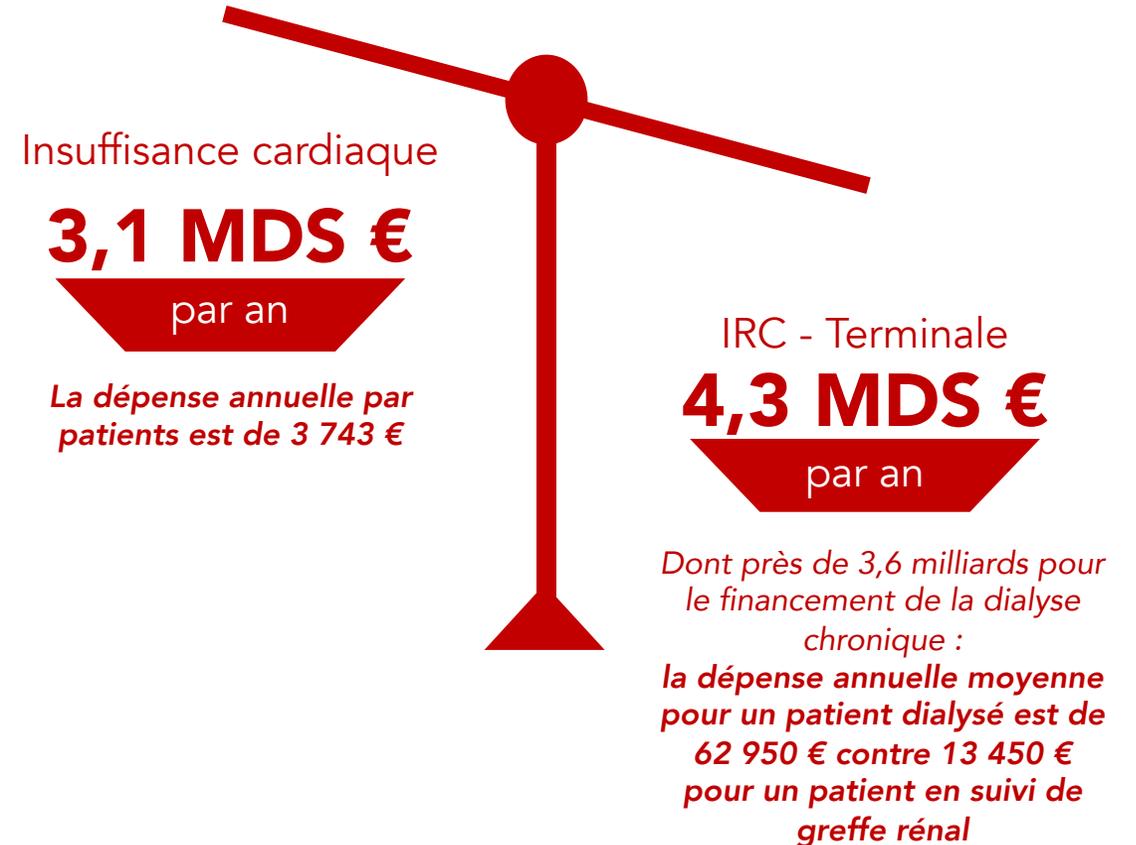
Autour de 8 % de la population adulte présenterait un dysfonctionnement rénal. On estime à trois millions le nombre de Français adultes atteints d'une insuffisance rénale chronique². Ce sont aujourd'hui plus de 11 000 personnes qui, chaque année, entrent dans la phase de suppléance de la MRC.

²SFNDT

Volume de patients



Dépenses Assurance maladie



Au total plus de 100 000 patients sont actuellement sous traitement de suppléance (dialyse-60%, greffe-40%), pour un coût de 4,3 milliards € pour l'Assurance maladie.

Dans le même chapitre de son rapport Produits et Charges pour 2024, l'Assurance maladie rappelle que l'insuffisance cardiaque (IC) représente un poste de dépense de l'ordre de 3,1 milliards € pour un effectif 8 fois plus important.

Parmi les principaux centres de coûts en dialyse, il faut notamment mentionner le poids des transports. Ce poste totalise 1 milliard d'euros, soit près de 20% des dépenses consacrées par l'Assurance maladie aux transports (5,5 milliards €)³.

Par conséquent, il faut accompagner et amplifier les efforts de prévention pour réduire l'incidence de la MRC au stade terminal à moyen-long terme. Il y a également une nécessité médicale et économique à agir dès que possible pour améliorer la prise en charge dans les stades avancés de la pathologie, y compris pour les patients en suppléance. Rappelons que la suppléance rénale a un retentissement considérable tant en termes de qualité de vie que de coût pour la collectivité.

« Malgré des effectifs relativement faibles (101 000 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est important, du fait d'une dépense annuelle individuelle moyenne par patient très élevée (43 086 euros).

Pour comparaison, la dépense individuelle moyenne est de 2 696 euros pour l'ensemble des assurés et de 374 euros pour les assurés n'ayant consommé que des soins qualifiés de courants. »³.

³Source : [Rapport Charges et produit pour 2024 de l'Assurance Maladie](#).

Des facteurs de risque en augmentation

D'après le rapport R.E.I.N. 2021 de l'Agence de biomédecine, parmi les nouveaux patients ayant débuté un traitement par dialyse, beaucoup présentaient une ou plusieurs pathologies associées⁴ (58% maladie cardiovasculaire, 48% diabète).

On observait également des facteurs génétiques (hypothèse d'un proche parent touché par la MRC), des facteurs environnementaux (tabac, surpoids, mauvaise alimentation) ou encore des infections urinaires / calculs rénaux répétés, pouvant conduire à l'IRCT.

La forte progression du diabète (près de 4 millions de personnes, en hausse de 4,5% par an) et de l'hypertension artérielle présente un défi épidémiologique pour la prise en charge de la MRC dans les années à venir.

Source: Rapport Produits et charges pour 2022 de l'Assurance Maladie & Santé Publique France novembre 2021

⁴ Source : [rapport annuel R.E.I.N. 2021 de l'Agence de biomédecine](#)

III. Constats et attentes partagés par le groupe OPTI'MRC

Les deux premières réunions du groupe de travail ont permis d'établir un consensus partagé tant par les représentants associatifs que par les professionnels de santé.

Un dépistage et un adressage à améliorer

Trop de patients arrivent en suppléance en urgence, sans que cela ait pu être anticipé par une prise en charge par un néphrologue. Ce phénomène est notamment lié à l'absence de symptômes de la maladie jusqu'à un stade très avancé

Difficultés de la démographie médicale, méconnaissance de la MRC dans la population -notamment du fait de son caractère asymptomatique-, verrous sur les examens biologiques nécessaires et diffusion insuffisante des bonnes pratiques de dépistage et d'adressage parmi les professionnels du 1^{er} recours, se conjuguent pour limiter la capacité du système de santé à dépister et adresser les patients à risque suffisamment tôt.

Un pilotage par la qualité à renforcer

Si des avancées ont été constatées grâce à la mise en place du forfait MRC, ces progrès sont encore trop limités.

Le périmètre du forfait, restreint aux stade 4 et 5 de la MRC (hors dialyse et greffe) laisse de côté des patients pour lesquels une prise en charge intégrant un suivi renforcé (soins de support par exemple) se justifierait pleinement (patients au stade 3B voire au stade 3A, patients dialysés).

De plus, pour la moitié des patients inclus dans le périmètre du forfait, l'accès à la consultation infirmière et à la consultation diététique spécialisées reste trop souvent théorique. Le groupe constate le besoin de renforcer l'accès aux professionnels et aux soins de support aujourd'hui exclus du forfait (notamment pharmaciens, psychologues, éducation thérapeutique, activité physique adaptée (APA), autres soins d'accompagnement). Le groupe insiste notamment sur la nécessité de déployer des programmes d'éducation thérapeutique du patient (ETP) pour un meilleur engagement du patient dans le suivi de sa maladie, rappelons-le, asymptomatique et silencieuse jusqu'aux stades les plus avancés.

Le modèle « aval » de la prise en charge doit évoluer, notamment en dialyse

Le modèle médico-économique de la dialyse n'est plus adapté. Ce constat est largement partagé, notamment par les pouvoirs publics, en témoignent les discussions autour de la LFSS 2024 prévoyant une révision des tarifs pour mieux prendre en compte les caractéristiques des patients. Actuellement centré sur l'acte, ce modèle ne permet pas de couvrir la globalité des besoins du patient : complications, charge en soins, préparation de la greffe autant de facteurs qui sont pris en compte de manière insuffisante et inégale.

S'ajoutent à cette problématique des difficultés en matière de ressources humaines en santé, avec de vraies difficultés de recrutement et une charge de travail s'intensifiant pour les professionnels de santé, réduisant encore leur capacité à proposer des prises en charge alternatives aux patients.

Des modalités telles que la dialyse de nuit ou la dialyse à domicile tendent ainsi à être de moins en moins accessibles aux patients et à être inégalement réparties sur le territoire, réduisant par exemple le maintien en emploi ou encore la possibilité d'une vie sociale et familiale « normale ».

Les mesures de prévention de la MRC prendront du temps à produire leurs pleins effets.

Un tiers des patients entrant en dialyse le font en urgence, dont la moitié sans avoir vu de néphrologue dans les 6 mois précédant la mise en place de la solution de suppléance.⁵

⁵Source : *Deleterious effects of dialysis emergency start, insights from the french REIN registry*, Michel A, Pladys A, Bayat S, Couchoud C, Hannedouche T, Vigneau C, *BMC Nephrol*, 2018 sep 17 ;19 (1) : 233

Un dépistage et un adressage à améliorer

MRC mal connue et asymptomatique

Difficultés liées à la démographie médicale

Bonnes pratiques insuffisamment diffusées dans le 1er recours

Organisation du dépistage à améliorer

Un pilotage par la qualité à renforcer

Progrès périmètre du forfait MRC à étendre et à consolider

Trop de patients laissés de côté par le forfait (stade 3b et suppléance)

Prévention secondaire et tertiaire à développer pour réduire l'incidence en dialyse

Un modèle « aval » à faire évoluer

Traitements conservateurs à développer

Problématiques budgétaires et RH des centres de dialyse

Modalités alternatives de dialyse qui disparaissent

Déploiement du plan greffe à accompagner

IV. Les propositions OPTI'MRC

Ces constats et attentes ont inspiré au groupe de travail des propositions susceptibles d'améliorer sensiblement la prise en charge des patients atteints de MRC.

Ce fut l'objet des deux dernières réunions qui se sont tenues en septembre et en décembre 2023.

Informer les usagers et les professionnels de santé sur la MRC

Le premier écueil rencontré par les professionnels de la MRC est celui du déficit d'information de la population générale et surtout des populations à risque sur cette maladie, essentiellement silencieuse jusqu'aux derniers stades.

Il est ainsi proposé de s'inspirer de la campagne « EPOF »* de l'Assurance maladie sur l'insuffisance cardiaque, pour communiquer largement sur les facteurs de risque de la MRC. L'objet de cette campagne d'information est d'inciter les populations à risque à discuter de l'opportunité du dépistage avec leurs médecins traitants, voire leur biologiste médical ou leur pharmacien.

Le groupe propose également une campagne à destination des médecins généralistes, axée sur le dépistage biologique des populations à risque et notamment la prescription de l'albuminurie et de la créatininurie.

L'effort d'information doit également porter sur les données disponibles pour les pouvoirs publics : le groupe OPTI'MRC soutient la création d'un registre, en amont de l'actuel registre dialyse-transplantation, permettant une meilleure identification des cohortes de patients atteints de MRC. Ce registre pourrait porter a minima sur les patients du stade V non suppléés.

*« Essoufflement, Prise de poids, Œdème, Fatigue »

2 objectifs

- 1 -

Renforcer la qualité et la pertinence de la prise en charge

- 2 -

Assurer la soutenabilité des dépenses de santé

Renforcer le dépistage des populations à risque* en mobilisant mieux les professionnels

L'identification suffisamment précoce des patients MRC est une condition cruciale à la mise en place des mesures de néphroprotection adaptées.

Les bonnes pratiques de dépistage et les populations à risque à cibler ont été fixées par la HAS⁶ :

« Un dépistage annuel de la population à risque est recommandé [...] et comporte la prescription d'un dosage sanguin de créatinine et d'un dosage d'albuminurie/créatininurie (RAC).

Le résultat de créatininémie doit être transmis avec l'estimation du DFG selon la formule CKD-EPI. »

Le groupe suggère de lancer des initiatives à destination des populations les plus précaires et présentant une surexposition aux facteurs de risques dans une logique « **d'Aller-Vers** ».

De plus, l'organisation du dépistage et du suivi de la MRC pourrait évoluer. En effet, la prescription médicale préalable obligatoire est un frein à l'accès aux examens biologiques remboursés, notamment pour les populations à risque vivant dans des déserts médicaux.

**Particulièrement, les patients diabétiques, hypertendus (HTA), sous traitements néphrotoxiques, etc. cf. Supra*

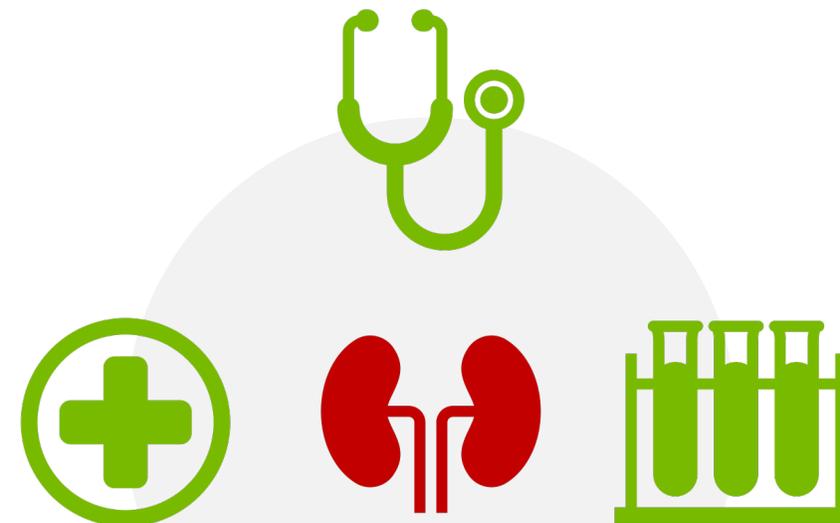
[6Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte \(MRC\), HAS, Mis à jour en septembre 2023](#)

Il est donc proposé d'aménager la prescription médicale préalable obligatoire :

- En encourageant les biologistes médicaux à prescrire ces examens pour des patients à risque (ex. Diabète, HTA, traitements néphrotoxiques), qui n'auraient pas été dépistés depuis au moins 1 an ;
- En autorisant également les pharmaciens à prescrire la réalisation de ces examens.

L'objectif est d'assurer que les patients ne soient pas pénalisés par leur localisation géographique et la densité médicale de leur bassin de vie.

Dépister sans activer ensuite les leviers de la néphroprotection n'aurait qu'un intérêt limité et ne se traduirait pour l'Assurance maladie que par une dépense nette.



**Profiter du maillage
des laboratoires et des pharmacies
pour renforcer le dépistage**

Mettre en place un Parcours Prévention accessible dès les stades précoces de la MRC

Plus largement, un renforcement de la coopération interprofessionnelle est souhaitable autour du dépistage, de la néphro /cardio-protection, entre médecins généralistes, pharmaciens, biologistes médicaux, Infirmier(e)s de Pratique Avancée (IPA), professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA).

Aussi, le groupe OPTI'MRC propose de faciliter l'accès aux compétences et aux professionnels nécessaires à la néphroprotection, par une amplification et une extension du forfait MRC. Le parcours prévention proposé par stade est schématisé dans la section IV de ce document.

Il s'agit de faciliter l'accès à :

- La néphroprotection diététique, par la mise en place du remboursement d'un suivi par un(e) diététicien(ne) ;
- La mobilisation du réseau officinal pour lutter contre l'iatrogénie médicamenteuse, par exemple en mobilisant les Bilans Partagés de Médication (BPM). Il s'agit également de faire figurer la clairance de la créatinine sur les ordonnances médicales afin de permettre aux pharmaciens d'adapter les posologies et éviter les surdosages médicamenteux ;
- L'APA, notamment pour les patients atteints de sarcopénie* ;
- L'éducation thérapeutique en définissant une vision harmonisée de l'ETP en néphrologie et en s'appuyant sur les organisations coordonnées de soins en ville (CPTS, centres de santé, maisons de santé), les associations de patients et les infirmiers diplômés d'État (IDE) ;
- L'expertise des Infirmier(e)s de Pratique Avancée (IPA) en renforçant le nombre d'IPA formés afin que cet accompagnement complémentaire à la prise en charge médicale bénéficie à plus de patients.

*La **sarcopénie** (ou dystrophie musculaire liée à l'âge) est une pathologie résultant d'une perte progressive et élevée de la masse, de la force et de la fonction musculaires

Outre l'aménagement des conditions de remboursement, certains prérequis sont nécessaires :

Il s'agit notamment de la construction d'un réseau de professionnels en diététique ou en APA spécialisé sur la MRC diététique sur le modèle de ce qui a pu être fait en oncologie (réseau Oncodiet).

La formation d'un nombre croissant d'IPA sera également un facteur de réussite de la mise en place d'un vrai parcours de prévention dès les stades précoces, notamment dans la perspective de renforcer le suivi à partir du stade 3A, compte tenu de la démographie médicale actuelle.

Il s'agit encore d'un nécessaire renforcement de la coordination et de l'articulation entre les néphrologues et les équipes du 1^{er} recours, notamment pour établir des cibles thérapeutiques pertinentes en développant des méthodes et des outils innovants en territoire (TV expertise, interventions « Spots » auprès des professionnels des CPTS, CDS, MSP, etc.).

Enfin, le modèle propose d'étendre le forfait MRC vers le stade 3B, de renforcer l'accès aux soins de support et étendre sa logique pluridisciplinaire vers la ville.

Construire un financement de la dialyse par la qualité

La mise en place d'un Parcours Prévention, associé aux progrès thérapeutiques récents (comme les gliflozines) et au développement de modalités alternatives à la suppléance (comme le traitement conservateur), aura un impact réel et rapide sur l'incidence en dialyse qui est aujourd'hui le principal centre de coût pour l'Assurance maladie dans la prise en charge de la MRC.

Cet impact, dont nous proposons des premiers éléments de modélisation en section IV de ce document, permettra de dégager des marges de manœuvre budgétaires, générant des économies pour l'Assurance maladie et contribuera également à mieux financer la prise en charge des patients dialysés.

Le groupe OPTI'MRC propose une évolution des tarifs liés à la dialyse pour mieux prendre en compte toutes les dimensions de la qualité.

Cette évolution nécessite de recréer des indicateurs spécifiques à la dialyse, dont l'absence fait aujourd'hui cruellement défaut.

A large green circle containing the text '28%' in white, representing the percentage of dialysis patients who never made a financial statement about their care in the France Rein survey.

28%

**de patients dialysés
déclarant ne jamais faire
de bilan de leur prise en
charge dans une enquête
France Rein⁷**

⁷Enquête qualité de vie du patient dialysé, septembre 2022, France Rein, réalisée sur 794 patients dialysés

En effet, le financement se base actuellement sur l'acte technique de la dialyse ; le groupe OPTI'MRC propose de financer également :

- **La proximité de la prise en charge** : il s'agit de permettre au patient d'avoir accès facilement à toutes les modalités de prise en charge (médicalisée ou autonome, dialyse longue nocturne, dialyse de soirée, dialyse à domicile) correspondant à ses caractéristiques et à ses besoins. Il est proposé d'étudier la possibilité de mutualiser cet indicateur entre plusieurs structures sur un bassin à définir pour renforcer la coordination de l'offre et son adaptation aux besoins d'un territoire. De même, une incitation liée au maintien d'une activité professionnelle pourrait être envisagée pour favoriser des modalités alternatives à la dialyse en centre (ex. dialyse à domicile) ;
- **La qualité de l'accompagnement** : en fléchant des financements sur l'accès aux soins de support (diététiques, psychologiques, etc.) et au soutien social, à la prise en charge des comorbidités et des complications (par exemple, via la liste en sus) ;
- Le financement doit prendre en compte **les caractéristiques liées aux patients** et à sa situation : par exemple l'arrivée en dialyse, l'évolution entre modalités de dialyse mais aussi sa



Cette réflexion sur les tarifs de dialyse que le groupe de travail appelle de ses vœux interroge également le régime des autorisations, la faisabilité pratique du recueil d'indicateurs pertinents, l'éclatement actuel du financement entre 16 forfaits et tarifs différents.

Le groupe de travail invite donc à assortir au financement du parcours prévention proposé plus haut, un financement spécifique à la dialyse, avec la mise en place d'un forfait unique « par briques » dont le montant serait calculé en fonction des différentes dimensions de la qualité.

Ces propositions n'épuisent bien sûr pas les axes de travail pour renforcer la qualité de la prise en charge des patients. D'autres recommandations peuvent encore être évoquées, telles que la promotion de l'organisation de la dialyse en réseaux de soins ou le développement de l'implantation des IPA au sein des équipes médicales.

Pour approfondir sur ce sujet, on pourra notamment s'appuyer sur le Livre blanc de la dialyse à domicile (2019, SFNDT) ou encore le Rapport « Accès à une dialyse de qualité » (2022, SFNDT). Ce dernier a été construit à partir d'une enquête auprès de 244 centres de dialyse (sur 865 en France) et est disponible sur le site de la SFNDT.

V. Evaluation médico-économique

La logique des propositions du groupe OPTI'MRC s'articule en trois étapes :

1. Investir sur les parcours des stades non dialysés afin de retarder l'aggravation de la maladie et agir sur l'incidence en dialyse ;
2. Générer ainsi des économies substantielles pour la collectivité ;
3. Réinjecter une partie de ces économies pour mieux financer la qualité de la prise en charge des patients dialysés.

La première étape de la démarche consiste à modéliser le parcours actuel, tel qu'il ressort des recommandations de la HAS notamment, en croisant les notions de fréquence avec les coûts pour l'Assurance maladie :

Schéma 1 : Parcours de soins issu des recommandations, fréquence de recours et coût associé hors suppléance

		Stade 1	Stade 2	Stade 3A	Stade 3B	Stade 4	Stade 5
Synthèse des coûts		90 €	90 €	90 €	374 €	1 039 €	1 507 €
MG	Consultation	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	3 fois/an	4 fois/an	4 fois/an
	Suivi patients ALD	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an
Néphrologue					1 fois/an		
I.P.A.	Initiation					Forfait MRC (hypothèse – tous les patients inclus dans le forfait et estimation du coût public/privé selon M. Raffray et al.)	
	Suivi régulier						
IDE coordination						Fréquence d'après les recommandations	
Diététicien*							
Biologie**		1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1-7 fois/an	1-8 fois/an	1-12 fois/an
Pharmacien*							

*Fréquences non précisées

** Acte biologique selon les recommandations de la HAS

Schéma 2 : Parcours OPTI'MRC, fréquence de recours et coûts associés hors suppléance

		Stade 1	Stade 2	Stade 3A	Stade 3B	Stade 4	Stade 5
Synthèse des coûts		90 €	285 €	720 €	944 €	1 294 €	1 762 €
Médecin généraliste	Consultation	1 fois/an	2 fois/an	2 fois/an	4 fois/an	4 fois/an	4 fois/an
	Suivi patients ALD	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an
	Demande de téléexpertise		2 fois/an	2 fois/an	1 fois/an		
Néphrologue	Consultation				1 fois/an		
	Coordination				1 fois/an		
	Demande de téléexpertise		2 fois/an	2 fois/an	1 fois/an	Forfait MRC (hypothèse – tous les patients inclus et estimation du coût public/privé selon M. Raffray et al.)	
I.P.A.	Initiation			1 fois/an	1 fois/an	Fréquence d'après les recommandations	
	Suivi régulier			2 fois/an	2 fois/an		
IDE coordination				1 fois/an	1 fois/an		
Diététicien			1 fois/an	2 fois/an	2 fois/an		
A.P.A				8 séances/mois/3mois	8 séances/mois/3mois	8 séances/mois/3mois	8 séances/mois/3mois
Pharmacien			1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an
Biologie*		1 fois/an	1 fois/an	1 fois/an	1-7 fois/an	1-8 fois/an	1-12 fois/an

* Acte biologique selon les recommandations de la HAS

Par rapport aux recommandations actuelles, le parcours OPTI'MRC fait intervenir plus en amont tous les professionnels de la néphroprotection. Cette démarche permet de déployer dès les stades précoces une démarche, dans l'esprit de l'ETP, visant :

- Faciliter la prise de conscience par le patient de la gravité d'une maladie silencieuse ;
- Ralentir l'évolution de la maladie.

La dernière étape a consisté à croiser ces éléments avec les données disponibles en termes d'épidémiologie afin d'assurer la soutenabilité des propositions au regard des finances publiques.

La population MRC est estimée en France autour de 5,5 millions à 5,7 millions d'individus⁸. Dans cette population :

- 2,3 millions seraient atteints d'Insuffisance Rénale Chronique (non-dialysés), dont :
 - 473 000 seraient diagnostiqués
 - 1,8 millions ne le seraient pas encore⁹, essentiellement au stade III

⁸HAS

⁹*L'intelligence artificielle au service de l'épidémiologie : estimation du nombre de patients avec une insuffisance rénale chronique non dialysée en France, T. Lobbedez et al., Néphrologie & Thérapeutique 17 (2021) 295–307*

Compte tenu des expériences passées ou en cours en matière de politiques de renforcement du dépistage dans d'autres pathologies (comme le cancer colorectal), on peut estimer qu'1/3 de cette population non diagnostiquée serait susceptible d'être identifiée dans le cadre des mesures proposées par OPTI'MRC. La population ciblée par les propositions OPTIMRC peut donc être estimée autour de 1,1 million de personnes (soit 473 000 patients auxquels se rajouteraient environ 600 000 patients nouvellement diagnostiqués).

La comparaison des deux parcours fait apparaître un besoin d'investissement de l'ordre de 317,68 € par patient en moyenne et par an, dont 255 € (surcote par rapport au parcours actuel) pour les patients déjà pris en charge (essentiellement aux stades 4 et 5) et 367,09 € (coût global moyen) pour les patients nouvellement diagnostiqués (stade 2 à 3b).

Au total le besoin d'investissement serait donc de l'ordre de 341 millions €.

Le groupe OPTI'MRC a modélisé plusieurs scénarios d'impact de ses propositions sur le volume de patients dialysés, auxquelles se combineront l'effet des nouvelles thérapies, du développement des traitements conservateurs et du plan greffe. En fonction de la rapidité de mise en œuvre de ces différents facteurs, on observerait une diminution de la dialyse de l'ordre de 15 à 25% en 5 à 10 ans. ^{10, 11, 12}

¹⁰David A Jaques et al., Outcomes of incident patients treated with incremental haemodialysis as compared with standard haemodialysis and peritoneal dialysis, *Nephrology Dialysis Transplantation*, Volume 37, Issue 12, December 2022, Pages 2514–2521,

¹¹Gerard de Pouvourville et al. Budget Impact Analysis of Expanding Gliflozin Coverage in the CKD Population: A French Perspective, *Adv Ther* (2023) 40:3751–3769

¹²Kathryn B. Dansie et al. The IDEAL trial in Australia and New Zealand: clinical and economic impact, *Nephrol Dial Transplant* (202)

Les leviers identifiés marquent l'engagement de la filière dans sa structuration en réseau interprofessionnel et ciblent notamment des gains d'efficacité par un meilleur accès à la prévention, au développement de la dialyse hors-centre ou encore à l'inscription préemptive sur liste d'attente de transplantation.

Prévention secondaire

- Optimisation de la néphroprotection sur les stades amonts
- Diminution de 2 000 patients incidents en dialyse par an

Prévention tertiaire

- Réduction des démarrages de dialyse en urgence et de la dialyse précoce;
- Diminution de l'ordre de [1500; 3000] patients incidents par an

Traitements conservateurs

- [500 ; 1000] patients incidents pourraient en bénéficier
- Estimation SFNDT

Plan greffe

- Objectif : + 20% de greffe par an d'ici 2026
- Diminution de 2% du nombre de patients prévalents dialysés

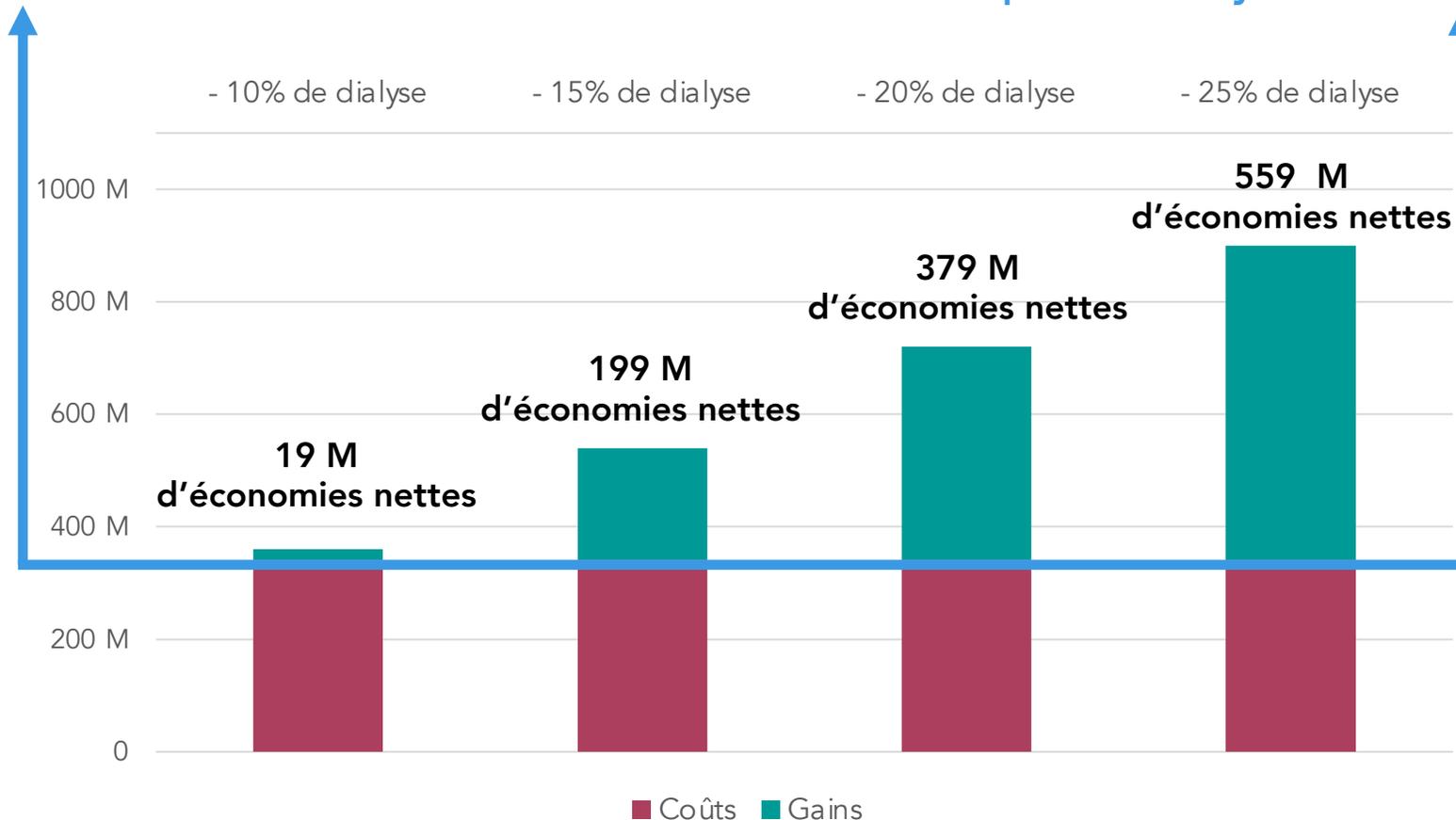
**[-15% ; -
25%] de
patients
dialysés**

**Cela représenterait
une économie brute comprise
entre 540 et 900 millions €**

Soit 199 à 559 millions € d'économies nettes
pour l'Assurance maladie

Gains des propositions OPTI'MRC

341 Millions € d'investissement amortis
dès 10% de diminution du volume de patients dialysés



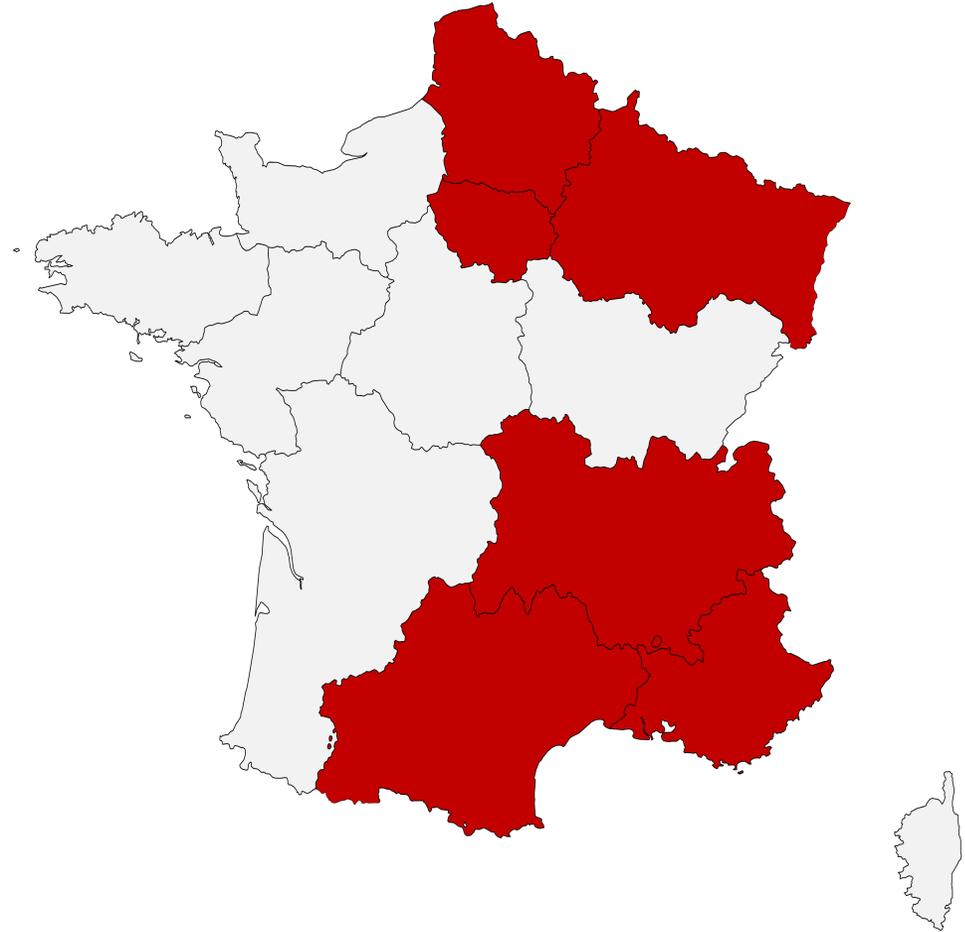
Le groupe OPTI'MRC se propose donc désormais de prolonger ces travaux et d'étudier la répartition de ces économies dans le cadre d'une réflexion sur le financement de la qualité en suppléance, notamment pour mieux prendre en charge les différentes dimensions de la qualité. Ces estimations détaillées sont prévues pour mai 2024.

Le groupe OPTI'MRC se tient à la disposition des autorités de santé pour échanger sur les hypothèses et les outils qui ont permis de réaliser ces estimations.

Les travaux 2024

Pour autant, sans attendre ces discussions et les décisions que les membres du groupe de travail appellent de leurs vœux, la réflexion OPTI'MRC va être déclinée dans 6 régions pilotes pour démontrer sur le terrain l'intérêt de nos propositions en partant des besoins des territoires.

AURA, GRAND EST, HAUTS-DE-FRANCE, ILE-DE-FRANCE, OCCITANIE et PACA verront la constitution de groupes de travail dès le printemps 2024.



Bibliographie

- 1-Rapport "Accès à une dialyse de qualité", 2022, SFNDT : https://www.sfndt.org/sites/www.sfndt.org/files/2022-06/2022_06_22%20SFNDT%20Rapport%20Acc%C3%A8s%20%C3%A0%20une%20dialyse%20de%20qualit%C3%A9_0.pdf
- 2- <https://www.sfndt.org/files/medias/documents/livre-blanc-dialyse-a-domicile-190528.pdf>
- 3- [Rapport Charges et produit pour 2024 de l'Assurance Maladie.](#)
- 4- [Rapport annuel R.E.I.N. 2021 de l'Agence de biomédecine](#)
- 5- [Deleterious effects of dialysis emergency start, insights from the french REIN registry, Michel A, Pladys A, Bayat S, Couchoud C, Hannedouche T, Vigneau C, BMC Nephrol, 2018 sep 17 ;19 \(1\) : 233](#)
- 6- [Guide du parcours de soins – Maladie rénale chronique de l'adulte \(MRC\), HAS, Mis à jour en septembre 2023](#)
- 7- [Enquête qualité de vie du patient dialysé, septembre 2022, France Rein, réalisée sur 794 patients dialysés](#)
- 8- HAS [avis Forxiga 2021](#) et [avis Kerendia 2023](#) d'après IRDES - Agence de biomédecine 2018, C Le Neindre et al. ATLAS de l'insuffisance rénale chronique terminale en France. <https://www.irdes.fr/recherche/ouvrages/004-atlas-de-l-insuffisance-renale-chronique-terminale-en-france.pdf>
- 9- [L'intelligence artificielle au service de l'épidémiologie : estimation du nombre de patients avec une insuffisance rénale chronique non dialysée en France, T. Lobbedez et al., Néphrologie & Thérapeutique 17 \(2021\) 295–307](#)
- 10- [David A Jaques et al., Outcomes of incident patients treated with incremental haemodialysis as compared with standard haemodialysis and peritoneal dialysis, Nephrology Dialysis Transplantation, Volume 37, Issue 12, December 2022, Pages 2514–2521,](#)
- 11- [Gerard de Pouvourville et al. Budget Impact Analysis of Expanding Gliflozin Coverage in the CKD Population: A French Perspective, Adv Ther \(2023\) 40:3751–3769](#)
- 12- [Kathryn B. Dansie et al. The IDEAL trial in Australia and New Zealand: clinical and economic impact, Nephrol Dial Transplant \(202 \)](#)



Première édition - Mars 2024

Avec le soutien institutionnel de Vifor France

CSL Vifor

L'entreprise n'a pas été impliquée dans la rédaction de ce texte et n'en a pas influencé le contenu

Coordination et appui à la rédaction : les membres du groupe Opti'MRC avec l'assistance d'A-Fluence

A-Fluence

(Fabrice Bossaert et Laurent Megglé)

Modélisation médico économique réalisée en collaboration avec RWEality

rweality

(Sandrine Bourguignon et Clément Le Dissez)

Conception graphique Le Clan Communication

— LE CLAN

(Lucas Latare)