

Pénurie persistante de postes de dialyse en France

Depuis 20 ans nous répétons que le blocage du nombre de postes de dialyse a conduit à pratiquer de mauvaises séances d'épuration, à fabriquer des grabataires, ou pire encore, à entraîner des décès prématurés !

Le transfert des responsabilités décisionnaires sur les Agences Régionales d'Hospitalisation n'a rien arrangé. En effet, dans certaines régions, celles-ci continuent à bloquer le nombre de postes, n'officialisant souvent que des situations existantes en régularisant des postes "pirates", ou, quand elles autorisent la création de nouveaux postes, le font pour des centres de 6 à 8 postes, difficilement rentables.

Actuellement, l'augmentation du nombre de patients et la limitation du nombre de postes conduisent inexorablement les équipes à multiplier le nombre de patients par poste, puisqu'il faut bien satisfaire la demande.

On sait que la raison invoquée pour justifier ces blocages était d'obliger les médecins à faire du hors centre, mais on sait également que le succès de la transplantation rénale chez les plus jeunes des patients (donc ceux concernés par le hors-centre) limite cette possibilité. L'augmentation du nombre de patient âgés ne pouvant être transplantés justifie une augmentation importante du nombre des centres ambulatoires.

On voit maintenant certaines équipes traiter jusqu'à de 6 patients par 24 heures, soit 12 patients par poste, ce qui permet de dialyser 100 patients pour un centre de 8 postes de dialyse !

Ceci oblige à pratiquer des séances de 3 heures, ou 3 heures et demie, avec l'accord tacite des patients, à qui l'on n'en a pas expliqué suffisamment les conséquences néfastes sur la qualité de leur traitement, sa morbidité et leur durée de vie.

Toutes les études et expériences ont démontré qu'une dialyse très courte de 3 heures ou 3 heures trente entraîne, à court ou moyen terme, une morbidité et une mortalité très importantes, ce qui donne aux patients des conditions de vies inhumaines, en termes de contraintes (régime, médicaments...) et de complications (neuropathie, artériopathie, coronaropathie, etc.), avec, pour résultat, des dépenses supplémentaires dues à des hospitalisations répétées, à la nécessité d'une surveillance accrue en dialyse et à une augmentation du handicap de ces personnes.

Il n'est pas acceptable de voir aujourd'hui les ARH obliger les centres à dialyser un maximum de malades par poste de dialyse.

Pour la FNAIR, il faut, dans les délais les plus courts :

- Sortir de l'équipement lourd les générateurs de dialyse qui n'ont rien à y faire, si cela est légalement possible (mais un poste de dialyse à domicile n'est pas considéré comme un équipement lourd !).
- Définir les caractéristiques d'une bonne dialyse, adaptée au patient en matériel et en durée, mais aussi en prix de séance, en tenant compte d'une bonne utilisation de l'érythropoïétine, dont la prescription est à notre avis trop limitée. A ce sujet, il n'est pas acceptable que l'érythropoïétine ne soit pas devenue un

médicament remboursable sur prescription du néphrologue.

- Autoriser des activités pour les centres en nombre annuel de séances, ce chiffre étant indexé sur l'augmentation prévisible du nombre de malades (actuellement environ 5 % par an) et non pas en nombre de postes. Cela permettra à ces centres de mettre en place un nombre de générateurs suffisant pour traiter les patients en fonction de leurs besoins de dialyse, en rapport avec leur cas particulier (âge, morphologie, typologie...).

L'expérience de la typologie est une bonne avancée mais il est impérativement nécessaire de supprimer l'inscription des générateurs de dialyse de l'équipement lourd.

Nous voudrions faire remarquer que la carte sanitaire avait pour but de sortir les patients des centres et de les faire dialyser en structures autonomes, mais aussi, très certainement permettait aux pouvoirs publics de mieux encadrer les dépenses de santé consacrées à la dialyse.

Il faut bien reconnaître que cela est un échec. Toutes les mesures proposées par la CNAMTS, qu'elles soient de diminution du prix de séance ou de diminution des honoraires, sont faites à l'aveugle, sans tenir compte de leurs conséquences sur la qualité du traitement.

Le dernier exemple en est la fixation d'un OQN égal à 0 pour l'an 2000 (OQN ou "Objectif Quantifié National est l'augmentation autorisée pour l'année ; il est donc nul en ce qui concerne la dialyse pour 2001).

Notre proposition d'autoriser une activité globale en nombre de séances annuelles permettrait de mieux encadrer l'enveloppe financière prévisionnelle pour un centre de dialyse. Enfin, la possibilité d'organiser le planning et le temps des séances de dialyse selon les besoins des patients diminuerait les dépenses pour chaque patient par une baisse de la morbidité.

Le Ministère de la santé a déjà répondu de façon très positive à nos demandes de réglementation de l'hémodiafiltration et de l'hémofiltration et sur la qualité de l'eau employée en hémodialyse conventionnelle. Nous espérons que notre demande concernant la sortie des appareils de dialyse de la carte sanitaire obtiendra la même écoute.

Le Président

Régis VOLLE