

Optimisation de la régulation des postes de dialyse en Région PACA (FRANCE)

B. Devictor ¹, H. Mendizabal ¹, Y. Berland ², R. Sambuc ¹

¹ Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Marseille

² Service de Néphrologie et dialyse rénale, Hôpital de Sainte-Marguerite, Marseille

Correspondance : Bénédicte Devictor

Laboratoire de Santé Publique, Faculté de Médecine, Bd Jean Moulin 13385 Marseille Cedex 5

Tel. 04 91 32 44 74 - Fax : 04 91 79 75 20 - E- mail : LSP@ medecine.univ-mrs.fr

La prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale représente en France des enjeux médicaux et financiers considérables. En effet, plus de 20.000 personnes sont actuellement dialysées dans notre pays, ce qui représente une dépense de 7 milliards de francs (1,5% des dépenses de l'assurance maladie), un dialysé revenant en moyenne à 350.000 F par an.

On assiste actuellement à une augmentation du nombre de dialysés, l'espérance de vie de ces patients étant en forte progression.

Parmi les modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, nous citerons :

- la greffe rénale, l'hémodialyse, et
- la dialyse péritonéale.

L'hémodialyse peut être conduite :

- en centre de dialyse,
- en unités d'autodialyse où les patients s'occupent eux-mêmes d'organiser leur dialyse, ou encore
- sous forme de dialyse à domicile.

Les indications de ces différents modes de dialyse sont différenciées et n'importe quel patient ne peut pas bénéficier de n'importe quel mode de dialyse.

Dans l'idéal, la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique doit pouvoir associer une qualité des soins prodigués avec la qualité de vie de la personne dialysée, ce qui implique la capacité du système de soins à assurer une adaptabilité des solutions en fonction de l'évolution de la demande des patients.

Une enquête de prévalence a été réalisée en Région Paca (Provence Alpes Côte d'Azur) en Juin 1995, par le groupe de néphrologues PACA (coordonnée par le Pr Y. Berland). Cette enquête nous a permis de tester une approche de la planification des ressources à travers une approche géographique des besoins.

1. La régulation et la planification des postes de dialyse en Région PACA

Depuis la loi de 1970, la dialyse rénale fait partie des indices fixés par la carte sanitaire et actuellement 40 à 50 postes de dialyse par million d'habitants sont préconisés. Cet indice ne concernant que la dialyse en centre, nous nous intéresserons dans ce travail qu'à cette modalité de prise en charge.

Certaines régions françaises dépassent largement l'indice prévu par la carte sanitaire : c'est le cas de la région PACA avec un taux de postes de dialyse installés de 67 postes par million d'habitants.

La file active de patients pris en charge pour IRCT au 30 Juin 1995 en région Paca était de 3.023 patients dont 864 greffés (28,6%), 135 patients en dialyse péritonéale (4,5%), 268 en autodialyse (8,9%), 1635 dialysés en centre lourd (54%), 74 dialysés à domicile (2,4%) et 27 dialyses en entraînement (0,8%).

Parmi les 1.635 dialysés en centre lourd, 1.582 (96,7%) étaient domiciliés dans la région, les autres patients provenant des départements limitrophes en particulier du Vaucluse. La région compte 315 postes de dialyse en centre (19 centres publics ou privés) soit un quota de 70 postes autorisés par million d'habitants.

Par département ce quota varie de 44 postes autorisés par million d'habitants dans le Vaucluse à un quota de 92 postes par million d'habitants dans les Hautes Alpes soit un rapport du simple au double.

Département	Nombre de postes par million d'habitants
Alpes de Haute Provence	57
Hautes Alpes	92
Alpes Maritimes	49
Bouches du Rhône	81
Var	57
Vaucluse	44

Le taux régional d'utilisation des postes est de 5,4 patients par poste autorisé et varie de 1,7 à 8,5 patients par poste en fonction des centres.

Ce taux d'utilisation est à moduler en fonction de l'amplitude horaire d'ouverture du centre et des durées de dialyse pratiquées.

Cette différence fait cependant apparaître une variation des pratiques de prise en charge avec comme conséquence possible, une baisse de la qualité des soins.

Une augmentation de la demande de dialyse se traduira par :

- une incitation à multiplier les séances par poste,
- un recours plus fréquent aux dialyses de nuit,
- et la difficulté de réserver certains postes pour les patients contaminés.

En effet, avec cette logique de régulation, chaque poste doit être utilisé au maximum et rentabilisé par rapport au nombre de séances. Cette situation favorise la prescription d'une dialyse de mauvaise qualité dans les centres surchargés de patients.

Par ailleurs le manque de possibilité d'ouvrir des postes de dialyse en dehors de la carte sanitaire fige les postes installés dans leur localisation existante et oblige ainsi certains malades à parcourir de longs trajets pour se faire dialyser, lorsque les centres proches de leur domicile sont saturés. Ce dysfonctionnement se traduit outre la qualité de vie des patients, par une majoration des frais de transport.

Une des particularités du traitement de l'IRCT en centre lourd est de nécessiter le déplacement du patient de façon régulière (en moyenne trois fois par semaine) de son domicile vers le centre de

traitement et du centre de traitement vers son domicile. Or ce déplacement n'est pas anodin car il peut constituer un facteur de fatigue pour le patient (temps de déplacement + épuration extrarénale de 3 à 4 heures) et générer un coût variable en fonction de la distance parcourue et du moyen adopté pour le déplacement (VSL, ambulance, taxi, très rarement véhicule personnel).

Par une analyse portant sur la clientèle de la région PACA, nous avons voulu montrer l'intérêt qu'il y aurait à mieux répartir l'offre de soins en dialyse en fonction de la répartition géographique des patients.

Méthodologie :

L'enquête transversale PACA avait recensé au 30 Juin 1995 la file active de patients Insuffisants Rénaux Chroniques Terminaux (IRCT) suivis dans chaque structure hospitalière publique ou privée de la Région. De façon à avoir une estimation plus précise de la prévalence de l'IRCT dans la région des requêtes ont été adressées aux centres hospitaliers des départements limitrophes pour recenser les cas dialysés hors région.

Sur les 1626 patients dialysés en centre, 1508 ont été répertoriés géographiquement.

Pour chaque patient IRCT pris en charge en dialyse en centre on disposait d'informations sur la localisation de leur domicile et de leur centre de traitement.

Le logiciel Route 66 a été utilisé et nous a permis de calculer les distances :

- domicile - centre de suivi réel,
- domicile - centre le plus proche.

L'importance de la différence entre ces deux distances a permis d'apprécier le degré d'adéquation de l'affectation. Nous avons décidé (avec l'avis des néphrologues) que lorsque la différence entre ces deux distances était inférieure à 15 km le sujet était considéré comme « bien affecté ».

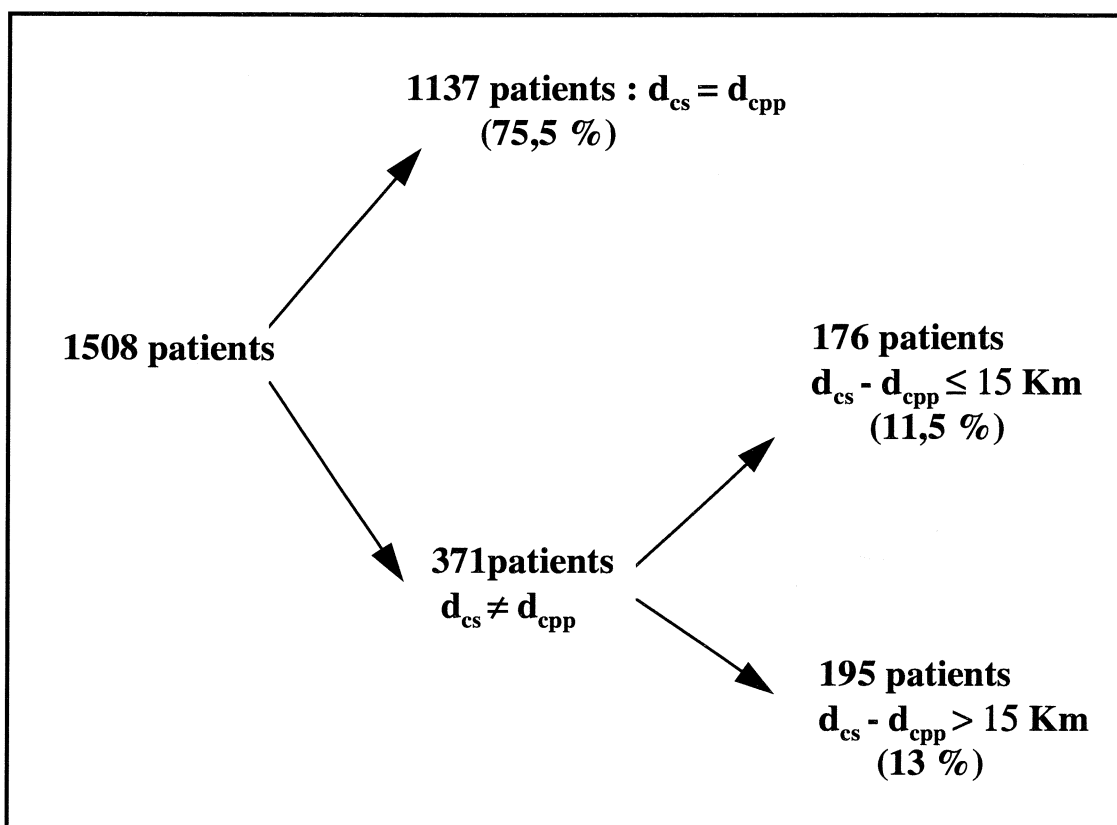
Nous avons ainsi cherché à analyser le flux de la clientèle des centres de dialyse en fonction de leur distance de recrutement.

A chaque patient, on a associé son centre de suivi et défini ainsi une liaison patient-centre de suivi. On a également associé à chaque patient le centre le plus proche de son domicile définissant la liaison patient-centre le plus proche. Dans le terme « le plus proche », nous avons tenu compte à la fois du critère distance et du critère temps.

Les patients ont été classés de la façon suivante :

- si le centre de dialyse du patient coïncidait avec le centre « le plus proche » de son domicile, il était considéré comme « bien affecté » (BA).
- si le centre de dialyse du patient ne coïncidait pas avec le centre « le plus proche » de son domicile, mais que la différence de distance parcourue n'excédait pas 15Km, il était considéré comme « bien affecté » (BA).

dans les autres cas, c'est-à-dire, lorsque la différence de kilomètres parcourus était supérieure à 15, il était considéré comme « mal affecté » (MA).



d_{cs} : distance domicile - centre de suivi
 d_{cpp} : distance domicile - centre le plus proche

	BIEN AFFECTES	MAL AFFECTES
Nombre de patients	1313	195
Pourcentage	87 %	13 %

Le tableau suivant détaille les caractéristiques de la clientèle propre à chaque centre.

Caractéristiques de la clientèle des centres

Centres	Potentiel strict	Nb de dialysés	Bien affectés	Attractions	Fuites	Taux recrutement local %	Taux recrutement externe %
C1	112	53	50	3	44	94.3 %	5.7 %
C2	78	62	34	28	39	54.8 %	45.2 %
C3	122	50	50	0	18	100 %	0 %
C4	122	58	58	0	18	100 %	0 %
C5	502	104	89	15	2	85.6 %	14.4 %
C6	10	10	10	0	0	100 %	0 %
C7	77	33	31	2	24	93.9 %	6.1 %
C8	45	34	32	2	9	94.1 %	5.9 %
C9	22	23	23	0	0	100 %	0 %
C10	159	111	107	4	3	96.4 %	3.6 %
C11	62	52	51	1	8	98.1 %	1.9 %
C12	502	124	98	26	2	79.0 %	21 %
C13	78	29	26	3	41	89.7 %	10.3 %
C14	42	76	73	3	0	96.1 %	4 %
C15	146	89	80	9	1	89.9 %	10.1 %
C16	502	301	249	52	2	82.7 %	17.3 %
C17	502	126	98	28	2	77.8 %	22.2 %
C18	53	119	104	15	6	87.4 %	12.6 %
C19	159	54	50	4	3	92.59 %	7.4 %
Total	1508	1508	1313	195	195		

Les fuites sont caractéristiques de la zone géographique et non pas du centre : les fuites correspondant à des centres situés dans une même zone géographique sont identiques.

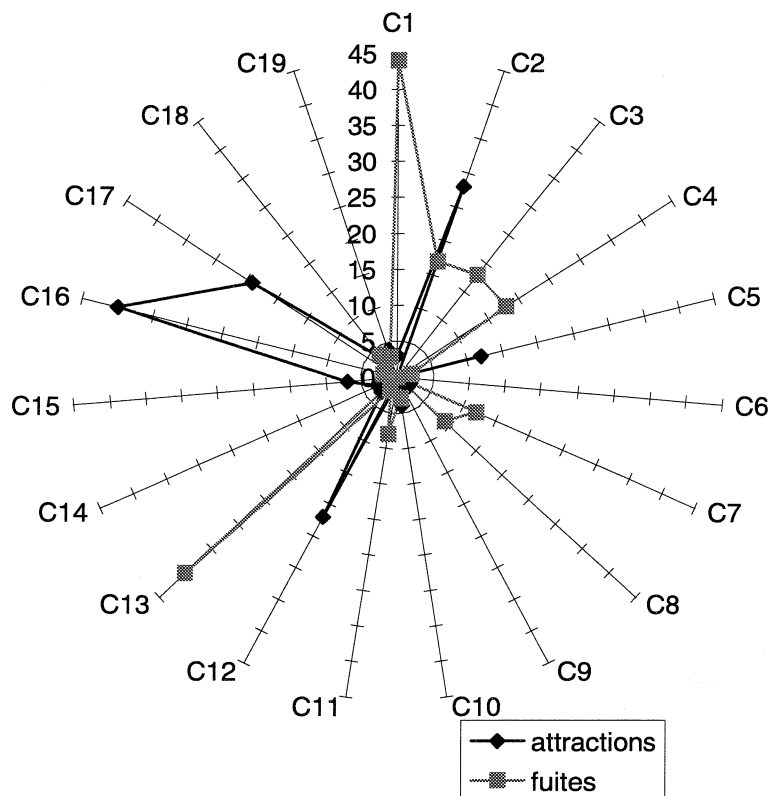
Le « potentiel strict » d'un centre représente le nombre de patients pour qui ce centre est le centre « le plus proche ». Ainsi, C3 aurait pu être choisi, pour sa proximité, par 122 patients et C7 par 77 patients (sans tenir compte de la limite de capacité d'accueil des centres).

Les « attractions », ce sont les patients, qui selon nos critères, auraient du se rendre dans un autre centre (distance parcourue par rapport au centre le plus proche > 15 Km).

Les « fuites », ce sont les patients qui auraient du être dialysés dans ce centre et qui se sont rendus ailleurs.

Le taux de recrutement local par centre, c'est le rapport entre le nombre de patients « bien affectés » et le nombre total de dialysés du centre.

Le taux de recrutement externe par centre, c'est le rapport entre les « attractions » et le nombre de dialysés.



2. Analyse des kilomètres supplémentaires

Selon les critères définis, 13% de la population dialysée en centre correspond géographiquement à une mauvaise affectation. On a évalué les distances supplémentaires parcourues par ces patients.

On a calculé par centre, le nombre de kilomètres supplémentaires (par rapport au centre le plus proche) que doivent parcourir les patients pour se rendre à leur centre de suivi : ils parcourent en moyenne 33 km avec un minimum de 16 km et un maximum de 101 km.

Ces évaluations kilométriques concernent un trajet ; le patient parcourt deux trajets par séance et cela en moyenne trois fois par semaine. En effet, on désigne par transport un déplacement simple et non pas un aller-retour. Une séance de dialyse génère donc deux transports.

Si on additionne les kilomètres supplémentaires parcourus par l'ensemble de ces patients, 12.850 km sont parcourus inutilement à chaque séance de dialyse, soit plus de 2.000.00 km par an (10.300 km en moyenne par patient mal affecté et par an).

Nous pouvons également présenter des résultats en termes de coût en appliquant à l'ensemble de la Région les tarifs actuels (fournis par la Caisse Primaire Centrale d'Assurance Maladie des Bouches du Rhône). Il était effectivement intéressant d'évaluer les dépenses supplémentaires de transport, créées par une mauvaise répartition d'une partie de la clientèle des centres de dialyse.

Ne connaissant pas les horaires des dialysés, nous n'avons pas tenu compte des majorations pour les courses de nuits et nous n'avons pas non plus tenu compte des dimanches et jours fériés. Les coûts présentés sont donc sous-évalués.

Etude des coûts

	Coût supplémentaire relatif aux taxis	Coût supplémentaire relatif aux V.S.L.	Coût supplémentaire relatif aux ambulances	Coût total supplémentaire relatif aux transports (coût sup./coût global)	Coût global de transport *
Par an	5 611 700 F	3 749 500 F	2 534 000 F	11 900 000 F (12,7 %)	93 450 000
En moyenne par patient	65 252 F	51 360 F	84 500 F	61 000 F	65 856 F
En moyenne par transport **	209 F	165 F	271 F	202 F	211 F

* L'évaluation du coût global de transport sur un an s'est faite sur la base de 1419 patients dialysés en centre circulant en taxi, en V.S.L. ou en ambulance. Les tarifs utilisés (coûts moyens par type de transport) proviennent d'une étude sur les factures de transport réalisée par la CPCAM des Bouches du Rhône en Octobre 1995.

** On désigne par transport un déplacement simple et non pas un aller-retour.
Une séance de dialyse génère donc deux transports.

Au total, la dépense engagée par 189 patients des 195 patients mal affectés s'élève à près de 12.000.000 F soit (62.963 F en moyenne par patient dialysé « mal affecté »). Cette somme correspond à un coût supplémentaire de 202 F par transport.

A partir d'une étude sur les factures de transport de la CPCAM des Bouches du Rhône, nous avons évalué le coût de transport total sur un an pour l'ensemble de nos patients dialysés en centre.

Nous avons obtenu un coût global de 93.450.000 F (211 F par transport).

En moyenne, chaque patient « mal affecté » double son coût de transport.

La dépense supplémentaire représente 12,5% du coût total des transports des dialysés en centre, ce qui correspond à une majoration de 14,6% de la dépense de transport.

La dialyse en centre lourd devrait répondre à une logique de proximité dans un souci à la fois médical et économique. Il est important d'éviter à des patients en état précaire des déplacements répétitifs et fatigants et de limiter les coûts liés aux transports.

Avec un indice bien supérieur aux indices nationaux, l'étude géographique met en évidence une répartition des postes qui n'optimise pas cette fonction d'affectation. Cette inadéquation a pu être tributaire d'un historique, la création des centres de dialyse lourds ne s'étant pas faite de façon homogène dans la région ; mais dans une région aux indices réglementaires largement saturés, elle peut révéler le manque de souplesse d'une planification purement quantitative des moyens. Cette approche ne tient pas compte du libre choix du patient qui peut opter pour une solution entraînant un surcoût parfois non négligeable.

L'analyse du choix du patient mériterait d'être largement discutée.

La décision du mode de prise en charge, par exemple, est le plus souvent le résultat d'un choix qui dépend de plusieurs paramètres : le milieu dans lequel vit le patient, son niveau socioculturel, son

éloignement, sa volonté d'autonomie et les possibilités réelles en matière d'équipement au plan local. Les convictions personnelles du néphrologue traitant jouent probablement un rôle majeur.

Nous avons considéré dans notre étude le domicile des patients ; il aurait été intéressant de connaître également leur lieu de travail.

L'enquête ne nous a pas renseigné non plus sur la satisfaction des patients concernant l'implantation géographique de leur centre de traitement ; il aurait été intéressant de savoir s'ils étaient prêts à changer de centre.

Le mode de régulation actuel engendre des effets pervers qui sont antinomiques d'une recherche de qualité des soins pour la prise en charge de cette affection. On ne peut que souhaiter l'instauration en France d'un mode de régulation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique, qui d'une part englobe l'ensemble des modalités de prise en charge, y compris la greffe rénale, l'auto-dialyse et la dialyse à domicile, et d'autre part privilégie la qualité des soins. A une planification basée sur le nombre de postes, il serait plus judicieux de substituer une régulation négociée et médicalisée en fonction de critères médicaux, géographiques et sociaux.