

Aspects socio-économiques des méthodes de suppléance de l'insuffisance rénale terminale

Dr. Bernard STRULLU, Service de Néphrologie, C.H.U. BREST

L'hémodialyse est classiquement représentée comme étant une thérapeutique médicale, voire "LA" thérapeutique médicale, la plus coûteuse. Cependant, lorsque l'on interroge les organismes payeurs pour avoir une estimation de ce coût, ceux-ci répondent de façon un peu paradoxale qu'il s'agit certes d'une thérapeutique coûteuse, mais qu'il leur est difficile, voire impossible, de chiffrer exactement les sommes engagées pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Au plan épidémiologique, il est également difficile de connaître le nombre exact de patients dialysés. Les chiffres fournis par la société Française de Néphrologie et par l'E.D.T.A. sont discordants.

EPIDEMIOLOGIE

La population dialysée et les techniques utilisées :

Selon la Société Française de Néphrologie (registre National) à la fin 1991, 20 014 insuffisants rénaux bénéficient d'une thérapeutique d'épuration extra rénale (60 % d'hommes). L'âge moyen de ces patients est d'environ 58 ans. Ils sont accueillis dans 252 centres (dont 159 centres publics), les centres privés se subdivisent en privé libéral (cliniques d'hémodialyse) et privé associatif (structures et organismes gérant la dialyse à domicile). Au niveau national, 48 associations gèrent ces structures de dialyse à domicile. L'estimation, pour 1993 se situe aux alentours de 22 000 à 22 500 patients dialysés.

L'hémodialyse est la méthode de traitement la plus utilisée (environ deux tiers des patients). L'âge moyen de ces patients est d'environ 60 ans. Depuis quelques années, se développent de nouvelles techniques d'hémodialyse (biofiltration et hémofiltration, notamment) pour environ 4 % des patients.

La dialyse péritonéale concerne un peu moins de 6 % des patients dialysés. L'âge moyen de ces patients est plus élevé, aux alentours de 63-65 ans.

Environ un tiers des insuffisants rénaux terminaux ont bénéficié d'une transplantation rénale et sont porteurs d'un greffon viable. Il s'agit de patients plus jeunes puisque l'âge moyen est d'environ 44 ans.

Lieux de dialyse

Environ deux tiers des patients sont dialysés en centre (49 % en centre public). Quatorze pour cent des insuffisants rénaux dépendent de centres d'autodialyse, 18 % le sont à domicile et environ 1,5 % dans les centres allégés (structures intermédiaires entre les unités d'auto-dialyse et les centres proprement dits et pour lesquels il existe encore une certaine ambiguïté administrative).

Sur les dix dernières années, la dialyse en centre régresse d'environ 3 %. L'auto-dialyse progresse d'environ 12 % alors que la dialyse à domicile régresse d'environ 10 %.

Données épidémiologiques :

La prévalence (nombre de sujets par rapport à la population générale) des insuffisants rénaux dialysés est de 355/million

d'habitants. Ce chiffre cache d'énormes disparités interrégionales (tableaux 1 et 2), deux régions voisines (Languedoc-Roussillon et Midi-Pyrénées) ayant la prévalence la plus élevée (627) et la plus basse (195). Il est difficile d'interpréter ces chiffres car ils ne concernent que le nombre d'insuffisants rénaux dialysés; il serait intéressant de pouvoir les comparer au nombre total d'insuffisants rénaux, certaines équipes ayant peut-être tendance à mettre en dialyse plus précocement que d'autres.

PREVALENCE (1)

PREVALENCE NATIONALE GLOBALE : 355 / Million d'habitants

Languedoc - Roussillon : 627

Midi - Pyrénées : 195

Bretagne : 389

DIALYSE PERITONEALE : 18 / Million d'habitants

Alsace : 43

Aquitaine, Nord, Franche-Comté : 4 à 6

Bretagne : 23

Tableau 1

PREVALENCE (2)

HEMODIALYSE A DOMICILE : 25 / Million d'habitants (Fr)

les 2/3 ont moins de 50 ans

Languedoc - Roussillon : 110

Alsace - Corse : < 10

Bretagne : 35

HEMODIALYSE HORS DOMICILE (centre & autodialyse)

199 / Million d'habitants

la moitié d'entre eux a entre 50 & 60 ans

PACA, Corse : > 300

Alsace : 83

Bretagne : 180

Tableau 2

La dialyse péritonéale concerne 18 patients/million d'habitants. Là aussi, existent d'énormes disparités interrégionales s'expliquant par les habitudes différentes des équipes médicales, certaines ayant plus tendance à orienter vers la dialyse péritonéale.

La prévalence de l'hémodialyse à domicile est de 25/million d'habitants (il s'agit de patients dialysés à leur domicile). Le Languedoc-Roussillon a une prévalence trois fois plus importante. Deux tiers des particuliers dialysés à domicile ont moins de 50 ans, alors que deux tiers des patients dialysés en centre ont entre 50 et 60 ans.

L'incidence des patients dialysés est de 46/million d'habitants, c'est-à-dire que tous les ans, et par million d'habitants, 46 nouveaux insuffisants rénaux sont mis en dialyse (soit,

pour 91, 2 625 nouveaux dialysés). L'âge moyen de ces patients est de 59 ans mais il faut noter que plus de 25 % de ces nouveaux dialysés ont plus de 70 ans, ce qui traduit la tendance à la prise en charge de patients de plus en plus âgés et présentant, de ce fait, une pathologie associée de plus en plus lourde.

Le tableau 3 présente les résultats d'une enquête concernant l'insertion socioprofessionnelle des patients dialysés. Cette enquête concerne environ la moitié des patients dialysés dont on ne connaît pas la moyenne d'âge; il faut cependant se rappeler qu'elle est, tous patients confondus, de 60 ans, soit déjà l'âge de la retraite, et l'on comprend tout à fait que la majorité de ces patients soit inactifs. Cette enquête montre également qu'une transplantation réussie est le meilleur, voire l'unique moyen, de réinsertion professionnelle du dialysé.

<u>INSERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE</u>	
ENQUETE SOCIETE DE NEPHROLOGIE SUR 11335 DIALYSES (91)	
- 38,4% : RETRAITES	
- 23,5% : INVALIDITE OU ARRET DE TRAVAIL	
- 20% : CHOMAGE	
- 12,1% : ACTIVITE (temps plein : 8,1%, temps partiel : 4%)	
- 4% : AUTRE	

LA TRANSPLANTATION PERMET UNE VERITABLE REIN- SERTION SOCIO-PROFESSIONNELLE DU DIALYSE	

Tableau 3

Il faut cependant rester très modeste et très dubitatif devant ces chiffres, car si on compare les chiffres de la société de Néphrologie cités plus haut (incidence annuelle de 46/million d'habitants, soit 2625 nouveaux dialysés), à ceux donnés par l'E.D.T.A. (incidence annuelle de 77/million d'habitants, soit 4350 nouveaux dialysés), l'écart est notable. Cette discordance vient, bien sûr, de la façon dont sont, ou ne sont pas, remplis les questionnaires envoyés par ces différentes sociétés. Il est cependant assez navrant de ne pas pouvoir obtenir des chiffres corrects et exacts, car de ceux-ci découlent les estimations économiques et les prévisions des structures qu'il est nécessaire d'envisager ou de créer pour assurer les meilleurs soins.

ASPECTS ECONOMIQUES

Là aussi, il est assez difficile de chiffrer le coût précis de ces techniques. Si l'on peut chiffrer le coût de la technique elle-même (coût de séance), il conviendrait d'y rajouter, pour avoir une estimation globale, le coût des dépenses annexes (transports, hospitalisations, prescriptions médicamenteuses, examens complémentaires...). Ceci supposerait une gestion et une comptabilité extrêmement fines et précises, ce qui n'est pas le cas actuellement.

En 1988, la Caisse Nationale d'Assurance - Maladie estimait à 4,5 milliards de francs la somme consacrée au traitement (au sens large) des insuffisants rénaux chroniques dialysés. En termes "un peu chocs", 20 000 personnes, soit 0,04 % de la population, ont utilisé 3 à 5 % du budget de l'assurance maladie (budget qui est déjà lui-même assez difficile à estimer). En 1983, 3 % du budget hospitalier était consacré au traitement (toujours au sens large) de l'insuffisance rénale chronique terminale.

Les coûts sont extrêmement variables selon les structures, les types de traitement et les régions (puisqu'il y a, notamment en

matière d'auto-dialyse ou de dialyse à domicile, les caisses régionales d'assurance maladie jouissent d'une autonomie assez large).

Le forfait de dialyse varie de 1 000 F (dialyse à domicile) à plus de 4 000 F dans les centres lourds (notamment C.H.U.). Le coût moyen (toutes structures confondues) est d'environ 2 300 F. En moyenne, pour un patient, les séances reviennent annuellement à environ 300 000 F (mais il existe d'énormes disparités selon le type de dialyse, ce chiffre devant être doublé lorsque les séances sont effectuées dans un CHU).

Le coût de la dialyse péritonéale est estimé à environ 2 500 F par semaine, soit environ 130 000 F par an.

Le coût de la transplantation rénale est assez difficile à définir : on estime que la première année, cette transplantation rénale revient cher (coût supérieur à 250 000 F) mais qu'une transplantation rénale réussie coûte rapidement moins cher que les techniques de suppléance.

Le tableau 4 montre l'évolution du coût sur les dix dernières années. Si le coût semble avoir stagné entre 1980 et 1988, il est uniquement dû à diverses réformes (budget global hospitalier, plan Seguin...). Néanmoins, ce coût actuellement continue à aller croissant et, surtout, le coût de la dialyse augmente plus vite que ne le voudrait le nombre de dialysés.

COUT TOTAL

	1974	1981	1988	1991
COUT GLOBAL	552 Mns	3,098 Mds	4,8 Mds	
NOMBRE DE PATIENTS	4050	11500	18500	21000
COUT PAR PATIENT	136385 F	269391 F	259460 F	

Tableau 4

Les différences de coût selon les structures peuvent s'expliquer par les missions et les obligations différentes de ces structures (notamment mission de service public des centres hospitaliers qui doivent pouvoir accueillir en permanence tout malade posant problème) et par la différence concernant la population de dialysés (les centres de dialyse à domicile et d'auto-dialyse accueillant des patients plus jeunes présentant donc une pathologie moins lourde que les centres de dialyse).

Les tableaux 5 et 6 tentent d'estimer le coût global d'un patient insuffisant rénal en fonction du type de centre et des diverses dépenses (séances de dialyse proprement dite, frais de transport, hospitalisations et dépenses diverses, notamment pharmaceutiques ou prescriptions d'examen complémentaires).

COUT GLOBAL ANNUEL (1)

	CENTRE	DOMICILE	DPCA
dialyse	70 %	75 %	61 %
hospitalisation	15 %	11 %	28 %
transport	8 %	2 %	2 %
divers	7 %	12 %	9 %
TOTAL 81	314852 F	126942 F	124480
TOTAL 91	510000 F	249000 F	213110 F

Tableau 5

COUT GLOBAL ANNUEL (2)

	CENTRE PUBLIC	CENTRE PRIVE
dialyse	74 %	62 %
hospitalisation	8 %	8 %
transport	14 %	15 %
divers	4 %	15 %
TOTAL 81	345118 F	264542 F
TOTAL 91	550000 F	402580 F

Tableau 6

Perspectives évolutives

* Pourquoi ça va coûter plus cher ?

- L'augmentation du nombre de patients, la prise en charge de patients de plus en plus âgés donc aux pathologies associées de plus en plus lourdes, est un des principaux facteurs d'augmentation des dépenses. Parallèlement, l'espérance de vie en dialyse augmente.
- Les progrès techniques (nouvelles membranes biocompatibles, générateurs avec maîtrise d'ultra filtration, profils d'U.F et conductivité variable, informatisation...) et les nouvelles méthodes (filtration...)
- Les nouvelles thérapeutiques (Erythropoïétine, héparine de bas poids moléculaire, nutrition parentérale, un alfa injectable...).
- Les impératifs techniques et écologiques (eau ultra-pure, traitement des déchets).

- Les dépenses incompressibles de personnel (notamment pour les Centres Hospitaliers devant faire face à une mission de service public).

* Ça pourrait coûter moins cher ?

- Développement de l'auto-dialyse et des structures allégées. En 1988, environ la moitié des nouveaux dialysés étaient dirigés vers une structure dite " de domicile".
- Les innovations technologiques (réutilisation des reins, production locale de soluté de réinjection pour les techniques spécifiques).
- La transplantation.
- La poursuite de la forfaitisation de certaines dépenses fait partie des projets de la CNAM, notamment au niveau des structures privées (dépenses d'examens biologiques, forfaitisation des frais médicaux et des transports).
- Meilleure connaissance de la population des dialysés et des coûts exacts par une meilleure comptabilité analytique.

Enfin, il ne faut pas négliger les retombées de ces dépenses : retombées sociales (prolongement de l'espérance de vie, amélioration de la qualité de la vie, voire réinsertion socioprofessionnelle...), retombées économiques (création d'emplois dans le secteur de la Santé et dans le secteur industriel), retombées technologiques (progrès en matière de dialyse ou découvertes pharmaceutiques).