



# “Vers une dialyse à la typologie” Le point de vue d'un économiste

P. LARDE - C.L.E.R.S.E. - Faculté des Sciences Economiques et Sociales - 59 - LILLE

## POURQUOI UNE TYPOLOGIE DE PATIENTS ?

L'économiste est souvent considéré comme le “comptable-technocrate” chargé de réduire les dépenses en vue d'un équilibre budgétaire. *Cette vision est fautive.* Son rôle est d'éclairer les décisions pour une meilleure allocation des ressources. Comme “économiste de la santé”, la question centrale qui me préoccupe est la suivante :

### COMMENT RÉGULER L'ACTIVITÉ SANITAIRE ?

Sans perdre de vue la question “pourquoi une typologie de patients ?”, je vais commencer par faire trois remarques générales sur l'activité sanitaire, une activité économique bien particulière.

Il s'agit d'un “service”, c'est-à-dire selon A. Barchet et J. Bonamy (1) “d'un acte, portant sur quelque chose, quelqu'un ou une information et réalisé en faveur de quelqu'un”. Cette définition permet de repérer trois caractéristiques essentielles de l'activité sanitaire et de formuler trois questions qui vont justifier la nécessité de disposer d'une typologie des patients dialysés.

#### 1 - Une activité de service à la personne :

Le service se fait *en faveur de quelqu'un*, par délégation de la décision du destinataire du service (le patient) vers le prestataire (disons le médecin traitant). Cette “relation de service” marquée par l'asymétrie d'information entre un “profane” et un “initié” repose sur la confiance.

D'où une première question : *comment la personne peut-elle faire valoir ses préférences dans la décision du médecin ?* [Q1]

#### 2 - Une activité peu standardisable confrontée à l'incertitude :

Le prestataire est confronté à la résolution d'un “problème” présenté par la personne. Il s'agit toujours d'un problème particulier qui relève d'une solution “sur mesure”, élaborée au cas par cas selon la situation de la personne. Devant l'infinie diversité des situations possibles, la décision médicale est confrontée à l'incertitude sur la réponse la mieux adaptée au patient et *in fine* sur son résultat.

D'où une deuxième question : *sur quels facteurs repose la décision médicale ?* [Q2]

#### 3 - Une activité complexe :

Le problème de santé - objet du service - requiert souvent l'intervention de différents prestataires pour confirmer ou préciser le diagnostic, pour choisir le traitement, pour adapter la prise en charge aux besoins du patient.

D'où la troisième question : *comment se coordonne l'intervention de ces prestataires autour de la personne ?* [Q3]

Appliquons ces trois questions à notre problématique, celle de la prise en charge de l'insuffisance rénale : [Q1] comment l'insuffisance rénale peut-elle faire valoir ses préférences ? [Q2] quels sont les facteurs qui déterminent le choix du médecin sur le mode de prise en charge ? [Q3] comment se coordonne l'intervention des différents prestataires autour du malade en dialyse ?

Ces trois questions ont un point commun : **un problème d'information.**

Le patient doit être informé sur le mode de prise en charge le mieux adapté à la situation, c'est le rôle de son médecin traitant, mais faut-il encore que celui-ci le soit aussi. Cela suppose que soient satisfaites les trois conditions suivantes :

- Le médecin doit procéder à un diagnostic médico-social de la situation de son patient et ne pas se limiter à un diagnostic clinique ;

- Le médecin doit se tenir informé des avancées néphrologiques ;

- Le médecin devrait pouvoir disposer à proximité de tout l'éventail des techniques de dialyse qu'offre le progrès des connaissances et des techniques médicales (2).

Quant à la coordination des acteurs de la prise en charge, comment s'étonner de profonds dysfonctionnements lorsque la Direction des Hôpitaux est incapable de nous donner avec précision le nombre de malades aujourd'hui dialysés en France (3), situation qui s'explique par la logique financière qui gouverne l'information recensée : le nombre de séances de dialyse.

Vous m'avez compris, il faut disposer d'un système d'information sur l'insuffisance rénale **centré sur le malade** et dont la clé de voûte serait *une typologie des patients dialysés.*

## RÉFÉRENCES

Références des travaux que j'ai présentés ou publiés sur ce thème :

- “Les choix de l'usager-client” dans le marché des services médicaux”, p.295-311 in *Les usagers du système de soins*, chapitre 4 de la troisième partie, sous la direction de G. Cresson et F-X. Schweyer, ENSP éd. 2000.
- “Les principes de réorganisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale” Actes du *XXIIèmes journées des économistes français de la santé*, Mission Economie et Santé, Marseille, février 1999 (en collaboration avec CASTRA L., HUBERT H.).
- “La réorganisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique terminale : une typologie des malades adaptée à la problématique”. Actes du colloque “*Maîtrise de la complexité en santé*”, Association d'Econométrie Appliquée, Lyon, juillet 1998.

1. “Qualité et qualification des services” Chapitre VII in “Relations de service, marchés de services” sous la direction de J. de Brandt et J. Gadrey CNRS ed., 1994, p.154.

2. Les données de l'enquête réalisée en octobre 1998 dans les régions Rhône-Alpes et Bretagne (1176 patients) à la demande de la Direction des Hôpitaux pour le projet de réorganisation de la prise en charge de l'IRCT illustrent les disparités spatiales de l'offre et la plus ou moins forte spécialisation des structures sur un type de technique (données qui portent pourtant sur deux régions réputées pour la diversification de leur offre). Sur les 14 structures, 4 utilisaient exclusivement l'hémodialyse conventionnelle, une exclusivement l'hémodiafiltration. Par contre, 5 structures avaient recours à un assez large éventail de techniques (au moins 4 différentes). L'une d'entre elles allant jusqu'à utiliser 8 techniques de dialyse.

L'examen des lieux de traitement aboutit à un constat du même ordre : certaines structures développent uniquement le traitement en centre, alors que d'autres pratiquent à la fois la dialyse en centre (service hospitalier), l'autodialyse dans un substitut du domicile à proximité (“unité d'autodialyse”), et la dialyse au domicile du malade. Les 5 structures diversifiées au plan technique sont aussi celles qui disposent du plus grand éventail de lieux de traitement (le centre, l'unité d'autodialyse, le domicile).

3. cf. rapport “Elaboration d'une typologie des malades dialysés”. Direction des Hôpitaux, mars 2000.