

“Vers une dialyse à la typologie” Une typologie médico-économique pour organiser la dialyse ?

O. LENAY, chercheur - Centre de Gestion Scientifique - Ecole des Mines de Paris - 75 - PARIS



Les ordonnances d'avril 1996 autorisent l'expérimentation de nouveaux modes d'organisation sanitaire permettant, pendant une période donnée, d'une part de s'affranchir des contraintes de la planification habituellement en vigueur (ici du régime d'autorisation d'activité et d'équipement au travers des indices de la carte sanitaire fixant le nombre de postes par région) et, d'autre part, de mettre en place de nouveaux systèmes de rémunération.

Dans le cas de l'insuffisance rénale, avant d'envisager une expérimentation, il semblait nécessaire de disposer d'outils permettant de dénombrer et de caractériser de manière satisfaisante la population concernée. Il fut ainsi décidé de bâtir, dans un premier temps, une typologie médico-économique des patients dialysés avant de mettre en place, dans un second temps, un dispositif permettant d'expérimenter de nouveaux modes d'organisation. Dans cette première phase, le Centre de Gestion Scientifique (CGS) de l'École des Mines de Paris fut chargé d'élaborer le modèle de calcul des coûts associés à la typologie.

Nous décrivons tout d'abord les principes de construction d'une telle typologie avant d'envisager les modes d'organisation nouveaux auxquels elle peut conduire.

CONSTRUCTION D'UNE TYPOLOGIE MÉDICO-ÉCONOMIQUE

Un recueil d'information sur une période suffisamment longue (un mois) et portant sur un nombre important de variables, autorisant *a posteriori* la mise en évidence de facteurs reliés à la pathologie rénale a

été conduit dans les régions Bretagne et Rhône-Alpes auprès de structures de prise en charge aussi variées que possible en termes de nature de prise en charge (dialyse en centre, autodialyse, dialyse à domicile) et de type de structure (Centres Hospitaliers, cliniques, associations, etc...).

Deux types de données ont été recueillies :

- Données portant sur le malade : lieu de vie, mode de transport, technique de dialyse, caractéristiques rénales (maladie rénale initiale, fonction rénale résiduelle, etc...), pathologies associées, troubles présentés par le malade (troubles moteurs, sensoriels, vasculaires, etc...), etc.
- Données sur la consommation de ressources par le malade durant le mois, identifiées chaque jour : volume d'EPO, antibiotiques, nutrition entérale et parentérale, volume de dialysats péritonéaux, actes de biologie, actes médico-techniques, intensité des soins médicaux et infirmiers, etc. Le recueil de ces consommations, précisé pour chaque jour du recueil, permet de distinguer les consommations qui ont lieu entre les séances de dialyses (actes intercurrents) et pendant les séances.

Comme on peut le constater la philosophie de ce recueil est de tendre vers l'exhaustivité et de caractériser le patient non seulement par les consommations de ressources dont il bénéficie, mais aussi par un descriptif détaillé de sa situation sanitaire.

Sans entrer dans les détails techniques de construction de la typologie, le recueil d'information, conduit à deux typologies distinctes permettant d'expliquer la variation des consommations ressources à partir des caractéristiques des patients : la première en 5 classes pour l'hémodialyse et la seconde en 6 classes pour la dialyse péritonéale.

Le modèle de coûts envisagé par le CGS pour les patients en hémodialyse (1) reposait sur une enquête menée auprès de plusieurs structures de dialyse, permettant de compléter les informations fournies par le recueil d'information sur les dépenses des structures d'offre de soins. Cette enquête a permis de calculer pour chaque type de prise en charge les coûts directement reliés aux structures de prise en charge (2). Ces coûts ont ensuite servi à calculer le coût total des patients par classe en ajoutant aux coûts des ressources consommées par chaque patient, recensées et valorisées à partir du recueil d'information durant un mois, les coûts à la séance suivants :

- Coûts des consommables non intégrés dans la base (médicaments courants, petits consommables).
- Coûts de logistique médicale, fonction biomédicale, blanchisserie et restauration, gestion et administration générale,
- Part des dépenses de personnel médical et paramédical en fonction de l'intensité des soins recensés pour chaque patient dans la base.

En répartissant chaque patient selon la classe de la typologie à laquelle ses caractéristiques le conduit, il est possible de

calculer les coûts moyens par séance et par classe de la typologie, ainsi que selon le type de structure.

VERS DE NOUVEAUX MODES D'ORGANISATION

L'originalité de la démarche de construction de la typologie réside dans l'évaluation non pas de la performance économique des structures constituées, mais plutôt dans la performance économique des trajectoires de patients, performance définie par la typologie complétée par le modèle de coûts. On ne définit donc pas a priori totalement le type de structure prenant effectivement en charge un patient. Seuls les cas particulièrement graves devront obligatoirement être pris en charge dans un centre lourd.

Le scénario suivant, prenant en compte à la fois des considérations de régulation et de planification, peut alors être envisagé :

- Concernant l'allocation des ressources, on peut envisager que des régulateurs

locaux enregistrent les patients dont ils auront la charge, reçoivent une enveloppe financière correspondant au case-mix définissant ces patients et gèrent cette enveloppe de telle sorte que les patients bénéficient des différents soins relatifs à leur état de santé. A charge pour le régulateur local de s'assurer de la coopération des professionnels "coproduisant" les trajectoires de soins : hôpital, associations, cliniques, laboratoires de ville et médecin généraliste.

- Concernant la planification des structures d'offre, un dispositif d'orientation permettrait de s'assurer que des patients lourds bénéficient bien des soins adaptés. Il s'agit dans ces cas précis d'imposer pour ces catégories lourdes un accueil en structure dite de "centre lourd". De plus le dispositif permet, au terme de quelques mois de fonctionnement, d'enregistrer le manque de certaines structures d'offre et d'autoriser alors la création de ces structures pour lesquelles un besoin local aura été constaté. Il renvoie donc bien à la

démarche de planification mais le schéma de rationalisation de l'offre est alors local et totalement relié à l'évaluation de la performance économique de la gestion des trajectoires.

La mise en place de ce schéma novateur nécessite cependant que soit résolu un certain nombre de questions techniques : faisabilité d'un système d'information permettant en routine d'affecter tout patient dialysé à une et une seule classe, et de suivre l'évolution de son affectation au fil du temps, connexion de ce système d'information au Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour assurer à la fois la description totale de la trajectoire et le financement de l'hôpital (sous forme de points ISA par exemple), etc.

C'est à ces objectifs que devrait répondre une expérimentation, qui permettrait de plus de tester simultanément la pertinence de la classification et la possibilité de réguler le système, tant du point de vue financier que planificateur.

1. Afin d'éviter d'alourdir notre propos par une présentation détaillée de la démarche de calcul des coûts, on ne s'intéresse ici qu'à l'hémodialyse. En ce qui concerne le calcul des coûts de la dialyse péritonéale, on se reportera à F. Engel, O. Lenay, J-C. Moisdon, *Calcul des coûts de prise en charge des patients en insuffisance rénale chronique*, rapport ARMINES à la Direction des Hôpitaux, Sous-direction EO1, mai 2000.

2. Il était demandé aux structures enquêtées de fournir les montants des dépenses suivantes : consommables médicaux, poches de dialyse péritonéale, hémodialyseurs, érythropoïétine, nutrition entérale/parentérale, fonction biomédicale, soins paramédicaux, soins médicaux, hôtellerie et restauration, administration et gestion, logistique médicale et paramédicale. Au total 131 unités (hémodialyse en centre, en centre allégé, autodialyse, etc...) ont transmis leurs données.