

T

raitement de l'insuffisance rénale chronique Influence des méthodes thérapeutiques sur le coût : essai d'évaluation économique.

Joseph POLLINI, Service de Médecine Interne, Néphrologie, Hémodialyse, *Hôpital Henri Duffaut, AVIGNON*;
Françoise BARNOUIN, Association pour le Traitement de l'Insuffisance Rénale (A.T.I.R.), *Chemin de Baigne Pieds, AVIGNON*;
Claude SOUTIF, Département de l'Information Médicale (DIM), *Hôpital Henri Duffaut, AVIGNON*.

INTRODUCTION

Comment des médecins peuvent-ils avoir l'audace de parler du coût de l'insuffisance rénale chronique (IRC) et plus précisément des différentes méthodes thérapeutiques disponibles ?

La réponse à la question est pourtant très simple. Si des médecins peuvent et doivent oser intervenir et participer, modestement, à cette réflexion c'est parce qu'on le leur demande, qu'on les interpelle sans cesse et qu'on les culpabilise parfois à ce propos. Or, comment concilier l'inévitable limitation des budgets consacrés à la Santé et la légitime obligation morale de promouvoir une politique de Santé qui témoigne de la solidarité de tous les citoyens devant la maladie.

Tous ensemble nous devons veiller à ce que tout citoyen, tout être humain malade se présentant à la porte d'un cabinet médical ou d'un établissement de santé puisse recevoir un accueil digne et respectueux de sa personne ainsi que tous les soins dont il a besoin. Une telle exigence n'exclut pas bien sûr d'inviter le malade à mieux se prendre en charge, à être plus autonome et à participer le plus activement possible à la gestion personnelle de ses problèmes de santé et par là-même à la maîtrise des coûts et des dépenses.

De telles convictions nous animent et elles animent, nous en sommes convaincus, la grande majorité des prescripteurs, des médecins "dépensiers"... terme qui désignait autrefois dans les hôpitaux l'Économe, celui qu'on appelle aujourd'hui le Directeur chargé des services économiques ! Ces convictions animent peut-être encore plus et ce pour des raisons historiques, et du fait d'une pratique qui leur est propre, les néphrologues et le personnel paramédical qui les entoure.

En effet, la prise de conscience des coûts de l'insuffisance rénale chronique, de la non extensibilité à l'infini des budgets et des impératifs d'une rigoureuse gestion des dépenses engagées a précédé, dans notre discipline, l'action du législateur. Cela ne nous donne aucun droit, ne justifie aucun régime de faveur et surtout ne doit pas nous fermer au dialogue, bien au contraire.

MÉTHODOLOGIE : PLUSIEURS APPROCHES POSSIBLES

A propos de la comptabilité : quelques définitions préalables

"Le coût c'est le prix à payer, le montant de quelque chose" nous dit le Larousse. Mais il y a plusieurs types de coûts.

Le coût de production ; ou prix de revient, est celui d'une marchandise d'un bien ou d'un service.

Le coût de distribution ; est l'écart entre le prix de vente d'un produit et son prix de revient

Le coût de la santé ; c'est la somme d'une multitude de coûts... C'est aussi celui qui s'applique à un bien, une valeur, qui n'a pas de prix !

Calculer un prix de revient ou le coût de production d'un produit spécifique ou d'un service donné, ou encore d'une thérapeutique bien définie, telle que l'hémodialyse par exemple, nous conduit donc à analyser et à additionner différents coûts d'éléments situés en amont du produit final qu'est le traitement lui-même. Cette tâche n'est pas simple et selon les spécialistes consultés différentes méthodes peuvent être proposées pour y parvenir. Notre intention n'est pas du tout de les analyser toutes, nous en serions incapables, mais de faire part de notre expérience, de nos tentatives d'évaluation.

Première tentative : comparaison du coût de différentes stratégies thérapeutiques de l'IRC sur une période donnée

Lors d'une première étude faite à Avignon, concernant le traitement de l'insuffisance rénale chronique, il nous a d'abord semblé plus simple et plus facile d'avoir une idée du coût par le recueil et l'analyse des dépenses à la "source", pour chaque malade, c'est-à-dire au niveau des organismes d'assurance maladie (2-3). Les lettres clés et la codification actuelle ne permettant pas toujours de reconnaître la nature des actes, il est indispensable de pouvoir comparer les informations chiffrées ainsi recueillies aux événements rapportés dans le dossier médical du malade !

La connaissance des deux types de variations, celles liées à la pratique et au comportement des médecins prescripteurs et celles liées au comportement et à la pathologie dont souffrent les patients, est indispensable. Une telle approche a été possible lors de l'étude menée à Avignon en 1989 car les médecins prescripteurs, malgré des modes d'exercice différents, font partie d'une même équipe et ont adopté une façon de faire assez proche dans leur comportement médical vis-à-vis du malade. Cette étude, qui a porté sur 59 patients, avait également pour ambition de comparer le coût du traitement de l'IRC pour chaque groupe de malades traités sur une méthode donnée puis, utilisant chaque patient comme son propre témoin, les variations du coût induites par le changement de méthode ou de lieu de traitement. De même ont pu être analysées les variations du coût apparaissant dans le temps, pour une même méthode et pour les mêmes patients, lorsque ces derniers passent d'une phase initiale de traitement ou de "début" à une phase plus tardive ou "d'état", cette deuxième

phase débutant au moins 6 mois après la précédente. Les périodes étudiées ainsi ayant chacune une durée de 6 mois.

Deuxième tentative : évaluation du coût réel ou par pathologie par le biais de la comptabilité analytique appliquée à l'étude des groupes homogènes de malades.

1°) Les données de base qu'il convient de rappeler :

La comptabilité analytique est un instrument de gestion destiné à calculer les coûts respectifs des différents produits fournis ou services assurés par une entreprise ou par un établissement de soins. La comptabilité analytique a pour but d'élaborer des "ratios" dont l'ensemble fera office de tableau de bord pour le chef d'entreprise, comme pour le directeur d'un hôpital. Elle devrait permettre de connaître à chaque instant le prix de revient d'un produit, en dénombrant les différents éléments constitutifs de son coût, et faciliter ainsi la tâche de celui ou de ceux qui doivent en assurer la maîtrise.

Ses difficultés toutefois sont liées au fait que chaque entreprise produit, à partir de moyens communs, des biens ou des services, multiples et différents, ainsi que des sous-produits qui ont également une valeur. Comment dès lors ventiler rationnellement ces éléments indirects des coûts dont certains sont de plus des charges fixes (indépendantes du volume de production), alors que d'autres sont des charges variables (proportionnelles au volume de la production) ?

La procédure la plus ancienne pour essayer de résoudre ce problème est celle des "sections d'analyses" qui regroupent les dépenses des unités fonctionnelles (UF) participant à une même activité (ex : hémodialyse, chirurgie, etc...). Cette méthode permet de calculer d'une façon plus précise le coût réel d'une activité (exemples : lingerie, alimentation, radio, laboratoires, journées d'hospitalisation, ...) et de l'exprimer en termes "d'unités d'œuvre" (exemples : coût du kilo de linge, du repas, de la journée d'hospitalisation, des Z radiologiques, du B du laboratoire, etc...). Cette méthode toutefois ne permet pas de définir le coût d'un soin donné ou de la prise en charge globale d'une pathologie bien définie.

L'introduction du programme de médicalisation du système d'information (P.M.S.I.) dans les hôpitaux au cours des années 85 - 90, a permis aux établissements qui ont appliqué ce système de définir de façon plus précise les produits de l'hôpital en terme de Santé, c'est-à-dire de les exprimer par référence à des groupes pathologiques bien définis ou à des actes précis (actes de diagnostic ou de traitement). Ce mode d'expression en "groupes homogènes de malades" ou G.H.M., capable d'intégrer différents critères (maladies ou "pathologies" traitées ou explorées, actes réalisés, traitements, mode de sortie, etc...) est très vite apparu comme plus proche de la réalité dont on essaye de définir le coût.

Le croisement de ces données (G.H.M.) avec celles chiffrées de la comptabilité analytique a permis de définir un coût par pathologie ou par G.H.M. Cette méthode a permis de passer du coût traditionnel de la journée d'hospitalisation en chirurgie, en médecine ou en obstétrique par exemple, à celui du coût "par pathologie" (exemples : coût de l'accouchement, de la cholecystectomie, de l'insuffisance rénale chronique traitée, etc...).

Au niveau des services médico-techniques, les unités d'œuvre traditionnelles que sont les lettres clés, ont été remplacées dans ce nouveau système d'évaluation par un "indice de coût relatif" ou I.C.R., propre à chaque acte et donné par le catalogue des actes médicaux utilisé dans le cadre du P.M.S.I. Dans ce catalogue, pré-établi et commun, les actes médicaux sont classés en fonction de la charge de soins qu'ils exigent, ils ont donc ainsi une valeur propre qui est définie par l'I.C.R. qui leur est attribué.

L'avantage de ce système de classement est qu'il est commun à différentes disciplines. La comptabilité analytique permet simplement de calculer le coût réel du point I.C.R.

Alors que la lettre clé avait pour objectif principal la tarification, c'est-à-dire la définition du prix d'un acte, le point I.C.R. doit nous renseigner sur le coût réel d'un acte.

Pour l'hémodialyse, dans ce catalogue sont prévus deux types de séances d'hémodialyse ou deux I.C.R. :

- I.C.R. 39 pour l'hémodialyse dans l'insuffisance rénale aiguë,
- I.C.R. 30 pour les séances d'hémodialyse réalisées hors insuffisance rénale aiguë.

2°) Évaluation du coût réel de production de la séance d'hémodialyse au C.H. d'Avignon, du coût du traitement du malade dialysé "ambulatoire" et du coût annuel hospitalier du traitement de l'IRC :

Dans cette deuxième étude effectuée à Avignon en 1994 par C. SOUTIF, responsable du D.I.M., seules les séances d'hémodialyse complexes, effectuées chez les malades aigus ou chez les dialysés chroniques hospitalisés en situation de repli (exemple : post-opératoire), ont été assimilées à l'I.C.R. 39, ces malades ayant mobilisé des moyens beaucoup plus importants que les moyens habituellement mis à la disposition des malades dialysés à l'hôpital de façon chronique et ambulatoire. Toutes les autres séances d'hémodialyse ont été assimilées à l'I.C.R. 30 (4).

Dans cette étude l'évaluation du coût de la séance de dialyse intègre les dépenses de personnel, médical et non médical, l'amortissement du matériel, les dépenses de médicaments, les dépenses de consommable et les frais liés à la logistique médicale.

Pour évaluer le coût du traitement ambulatoire de l'hémodialysé chronique à l'hôpital d'Avignon, au coût précédent a été ajouté le coût des prestations médico-techniques effectuées chez ces mêmes malades en dehors des séances d'hémodialyse, les coûts de blanchisserie et de restauration rapportés à la journée ou à la séance, les coûts de logistique non médicale et de structure.

Pour obtenir le coût annuel hospitalier du traitement de l'IRC, ont été intégrées les hospitalisations éventuelles de chaque patient traité. Pour cela ont été analysés 37 patients suivis au moins pendant une année complète au cours de l'année 1993 et pour lesquels toutes les dépenses de santé ont été à la charge de l'hôpital.

RÉSULTATS

Coût global du traitement de l'IRC en France

Il représentait en 1983 pour 14 000 patients traités 3 % du budget de l'hospitalisation, soit : 3 748 000 000 F. par an (1).

Il serait de l'ordre de 8 milliards de francs par an et en 1994, chiffre approximatif proposé récemment dans la presse médicale professionnelle, suite à une entrevue avec C. MION et G. LAURENT à propos des méthodes de dialyse ; cette somme permettant le traitement d'environ 22 000 patients (Impact Médecins Hebdo n° 269 du 24.02.1995 - p. 29).

Toutes les études qui ont été faites font référence à des évaluations du coût thérapeutique effectuées à partir des "forfaits" ou prix de séances, encore appelés "tarifs préfectoraux" ou parfois "prix de journée".

Ces évaluations intègrent également les dépenses liées au traitement des patients dialysés en dehors des séances de dialyse, dépenses telles qu'elles peuvent être analysées au niveau des caisses d'assurance maladie et des divers organismes payeurs.

Coût de la dialyse chronique : coût global et ses variations.

Nous ferons référence ici au coût tel qu'il a été apprécié par la méthode traditionnelle décrite antérieurement, méthode dite "artisanale" évaluant le coût à la source, c'est-à-dire au niveau des organismes payeurs.

L'étude effectuée à Avignon en 1989 par notre équipe (2-3) concerne un groupe de malades traités entre 1986 et 1989. Elle a été menée conjointement par des médecins conseils de l'échelon départemental (C.P.A.M. de Vaucluse) et par les médecins néphrologues ayant en charge les patients traités.

Les coûts rapportés dans cette étude sont les suivants :

1°) Coût global du traitement de l'IRC :

Il est égal à 263 000 F par an et par patient (toutes méthodes thérapeutiques confondues, y compris la transplantation rénale). Ce coût intègre les prix de journée d'hospitalisation, les forfaits soins ou tarifs dialyse et les soins annexes donnés aux patients pendant la période étudiée.

Il devient égal à 310 000 F par an et par patient si on se limite à l'évaluation des seules méthodes de dialyse, en excluant ainsi les évaluations concernant la transplantation rénale.

Ce coût global varie par rapport à la méthode thérapeutique utilisée. Il devient égal à :

- HD en centre = 400 000 F/an/patient,
- autodialyse (HD ou dialyse péritonéale) = 200 000 F/an/patient,
- transplantation rénale = 30 000 F/an/patient.

2°) Variation du coût global en fonction de la période thérapeutique étudiée ("début" ou "état") :

Cette évaluation, dont la méthodologie a été décrite plus haut, a confirmé le coût plus élevé de la période initiale du traitement par rapport au coût du même traitement chez le même malade 12 à 18 mois après.

Ce coût, calculé sur une période de 6 mois passe ainsi :

- pour l'hémodialyse en centre : de 225 000 à 209 000 F,
- pour la dialyse péritonéale (DPCA) : de 104 000 à 100 000 F,
- pour la transplantation rénale : de 137 000 F à 14 000 F.

3°) Autres variations du coût global :

Selon le sexe des patients : aucune différence significative n'a été notée.

Selon l'âge des patients : des variations existent mais elles sont peu importantes. Ainsi le coût global moyen qui est égal à 263 000 F/an/patient devient égal à :

- 232 000 F/an/patient âgé de 20 à 30 ans,
- 308 000 F/an/patient âgé de 60 à 70 ans,
- 302 000 F/an/patient âgé de plus de 70 ans.

Selon la distance du domicile des patients au centre de traitement : le coût augmente pour les distances parcourues inférieures à 30 Km, au-delà et jusqu'à 50 km on observe une diminution du coût. Au-delà de 50 km, le coût augmente de nouveau.

Selon l'activité professionnelle : les patients qui travaillent ont un coût thérapeutique moins élevé, réduit de 200 000 F/an.

Selon les complications observées ou le contexte pathologique : des différences de coût existent globalement et toutes méthodes confondues lorsqu'on compare des malades ayant eu des complications à ceux qui n'en ont pas eu : 280 000 F versus 240 000 F/an/patient.

Selon la durée du traitement : le coût thérapeutique est plus élevé la première année de traitement (380 000 F/an/patient) puis il diminue nettement et atteint un plateau à la 5ème année (soit 200 000 F/an/patient). Par la suite il s'élève de nouveau pour rejoindre le coût initial à partir de la 12ème année.

4°) Les postes de dépenses constitutifs du coût global de la dialyse chronique :

- Montant du forfait dialyse	72 %
- Frais d'hospitalisation	13 %
- Frais de transport	11 %
- Frais de pharmacie	1,8%
- Autres frais	2,2%

Approche du coût réel : évaluation par le biais du P.M.S.I. et de la comptabilité analytique.

Cette méthode d'évaluation du coût de l'hémodialyse, mise en œuvre pour la première fois nous semble-t-il dans ce domaine, est le résultat d'une exploitation des données produites de façon routinière aujourd'hui par un système d'information médical et économique tel que celui auquel a accès le D.I.M. de notre établissement.

1°) Coût réel de la séance d'hémodialyse elle-même ou coût de la méthode thérapeutique :

L'étude effectuée par C. SOUTIF conduit à définir un coût de 42,25 F pour le point "I.C.R." d'hémodialyse au Centre Hospitalier d'Avignon. L'intégralité des séances de dialyse réalisées par le service de notre établissement a été ainsi enregistrée nominalement et pondérée par ce coefficient donné par le catalogue des actes médicaux utilisé dans le cadre du P.M.S.I.

10 843 séances ont été réalisées en 1993, totalisant 328 125 points d'I.C.R. Notons à ce propos qu'à Avignon sur ces séances 315 ont été valorisées avec un I.C.R. à 39, correspondant aux séances d'hémodialyse du type insuffisance rénale

aiguë. Ces séances avec un I.C.R. à 39 représentent 3,91 % de la totalité des séances d'hémodialyse.

Après ces calculs, les chiffres suivants ont été obtenus :

1 648 F = coût de la séance d'hémodialyse pour insuffisance rénale aiguë ou assimilée, avec un I.C.R. à 39

1 268 F = coût de la séance d'hémodialyse pour les malades ambulatoires en dialyse chronique dont l'I.C.R. est à 30.

1 158 F = coût de la séance d'hémodialyse pour les malades ambulatoires en dialyse chronique, mais après soustraction du coût de l'Erythropoïétine (EPO) et des salaires médicaux (soit respectivement 54 F + 56 F par séance).

2°) *Coût réel de la séance d'hémodialyse supporté par l'hôpital, ou prix de revient, chez les malades traités de façon ambulatoire :*

Ce coût intègre toutes les prestations annexées à la séance de traitement elle-même. Il est la somme des dépenses liées directement à la séance de traitement et des dépenses qui résultent des autres prestations médicales et techniques dont bénéficient les patients dialysés à l'hôpital.

Ce coût est le coût réel supporté par l'établissement pour chaque séance d'hémodialyse, il est différent du "tarif de Sécurité Sociale" et il est égal à Avignon à 2 156 F/séance. Si on retire de ce coût les prestations qui en dehors de l'hôpital ne sont pas comprises dans le tarif préfectoral ou forfait de séance (honoraires médicaux et coût de l'EPO), ce coût devient égal à 1 754 F.

3°) *Coût annuel hospitalier du traitement de l'insuffisance rénale chronique à l'hôpital d'Avignon :*

Ce coût n'a été calculé que pour les seuls malades qui ont été suivis et pris en charge totalement, l'année entière, par l'hôpital. 37 patients ont ainsi pu être étudiés.

Parmi eux 24 ont été hospitalisés au moins une fois, totalisant 54 hospitalisations, soit 425 journées.

Ceci correspond en moyenne à 7,1 jour/hospitalisation et à 11,5 jours d'hospitalisation par patient.

La dépense totale pour l'hôpital, pour ces 37 patients, a donc été de 13 196 011 F, soit **356 649 F/an/patient**.

COMMENTAIRES

La solution la plus logique sur le plan économique : utiliser un large éventail de méthodes et de modalités thérapeutiques.

Notre étude effectuée à Avignon en 1989, avec le soutien et l'aide du service médical de la C.P.A.M., a démontré, si cela était encore nécessaire, combien le recours aux méthodes de dialyse hors centre permettait de réduire le coût global du traitement de l'IRC. Toutefois, l'éducation et le transfert de ces malades sur des postes de traitement installés dans des structures plus légères et faisant appel à la participation des patients eux-mêmes ne sont possibles que pour un nombre limité de dialysés, et bien sûr ne peuvent être réalisés que par des médecins et des équipes de soins motivés, conscients de l'intérêt de cette façon de faire, partageant les mêmes convic-

tions et capables de convaincre les patients des avantages de l'autodialyse, de la dialyse à domicile ou de la dialyse péritonéale. En effet, cela ne peut être décrété ni décidé de façon autoritaire car divers facteurs humains et psychologiques interviennent, liés à la façon dont le malade a vécu sa maladie depuis plusieurs années déjà et à la qualité des relations déjà établies avec l'équipe de soins.

Mieux gérer l'économie de la santé exige non seulement des convictions solides et une attitude responsable de la part de l'équipe soignante dans ses choix, mais également et surtout, immédiatement après, un soutien actif des autorités de tutelle et de l'administration pour le développement des structures de soins proposées. Cette dernière condition est absolument nécessaire, elle ne peut en aucun cas se limiter à la simple application de la loi et de la réglementation existante.

Qu'attendre du P.M.S.I. et de la comptabilité analytique?

Une approche plus moderne et plus responsable, faisant appel aux nouvelles méthodes qui combinent les données chiffrées de la comptabilité analytique et la comparaison des G.H.M. par le biais du P.M.S.I. va-t-elle permettre de progresser et de répartir de façon plus harmonieuse nos richesses et nos moyens au profit des malades ? Comment ne pas le souhaiter, ou au moins l'espérer ? Peut-être aurons-nous ainsi des moyens et des critères plus solides pour défendre nos projets et nos dossiers ? Peut-être les autorités de tutelle pourront-elles également effectuer de meilleurs choix en se référant à des références nationales propres à chaque G.H.M. et en effectuant les comparaisons nécessaires entre les différents centres et les différentes régions ?

Mais les comportements seront-ils modifiés dans ce sens après la mise en place et l'utilisation généralisée de tels outils ?

Le passé et l'expérience quotidienne nous démontrent combien les choix et les décisions dépendent avant tout d'une volonté politique et des convictions personnelles des responsables, plus encore que de la qualité des "tableaux de bord" et des dossiers présentés !

Et pourtant, nous n'avons pas le choix, nous sommes "embarqués" comme dirait le philosophe Blaise PASCAL !

Nous avons vu au travers de l'étude faite par le D.I.M. d'Avignon combien ces nouvelles méthodes d'analyse pouvaient être précises et combien certaines idées toutes faites ou des critiques formulées à l'encontre de la lourdeur du système de soins et du coût en personnel des hôpitaux publics pouvaient être contredites par l'analyse objective de la réalité. L'exemple le plus frappant pour nous néphrologues a été celui du coût réel du traitement par l'hémodialyse en centre au C.H.A., qui n'est pas aussi élevé qu'on le croyait et pour lequel le coût des salaires médicaux, rapporté à la séance d'hémodialyse, a été évalué à 56 F/séance.

Peut-on imaginer qu'un tel argument pourrait nous permettre de renforcer plus facilement notre équipe de soins ?

Ou au contraire ne faut-il pas craindre qu'à partir d'une telle étude les autorités de tutelle envisagent de réduire le "quota médical" affecté au secteur libéral dans le domaine de l'hémodialyse ?

Le mode d'utilisation des méthodes thérapeutiques disponibles pour le traitement de l'insuffisance rénale chronique influence de façon évidente le coût. Des mesures incitatives favorisant leur développement et leur diversification doivent être proposées, mais là comme ailleurs il faut savoir faire les meilleurs choix et les investissements nécessaires pour améliorer l'efficacité et le rendement d'un système de soins qui doit, parallèlement, conserver ses qualités humaines et ses objectifs médicaux : soigner mieux bien sûr, au meilleur coût possible et témoigner ainsi, avec le maximum de chaleur possible, de notre solidarité.

RÉFÉRENCES

- (1) - BATAILLER J.M., CABANIS J.N., CHOSSAT P., REMESY S.
L'insuffisance rénale chronique : aspects juridiques, économiques et sociaux.
1985 Edit. SMAD
- (2) - CHANUT C., BARNOUIN F., BENECH J.M., BOUVIER P., BRIAT C., HECHT M., POLLINI J., SOUTIF C., TOSELLI A.
Evaluation du coût pour l'assurance maladie, des thérapeutiques substitutives de l'insuffisance rénale chronique.
Rev. Epidèm. et Santé Publ. 1991 N° 39, p 353-364
- (3) - POLLINI J., BARNOUIN F., CHANUT C.
Aspects économiques des différentes méthodes thérapeutiques proposées au stade ultime de l'insuffisance rénale chronique.
1989 Congrès d'Antalya (Laboratoire Fresenius).
- (4) - SOUTIF C., POLLINI J., CZAJKA M. J., MEULDERS G.
Evaluation économique de la dialyse à l'hôpital.
Lettre d'Inf. Hospit. 1995 N° 18-19, p. 6-8