

Les centres de dialyse comme élément de maillage du territoire sanitaire en Paca

La chronicité et la lourdeur de l'insuffisance rénale chronique commandent, plus qu'ailleurs encore, une prise en charge efficace sinon idéale.

L'importance des dépenses de dialyse (8,5 milliards de francs pour environ 25 000 patients dialysés, estimation 1997), ainsi que l'accroissement régulier du nombre de patients dialysés (+5 % par an environ) invitent à la révision des règles d'autorisation et à la recherche de nouveaux modes de régulation et de prise en charge.

Sur le plan réglementaire, l'indice de besoin en matière d'épuration extrarénale a été établi sur les seuls traitements en centre. Il a été fixé par la carte sanitaire, en 1984, à hauteur de 40 à 50 postes par million d'habitants, alors que la population d'insuffisants rénaux chroniques susceptibles de bénéficier d'un traitement par épuration extrarénale se situait aux alentours de 13 à 14 000 personnes en France. L'arrêté du 27 juillet 1999 a fixé un nouvel indice de besoin en fixant des fourchettes d'appareils différentes selon l'âge de la population : de 25 à 45 appareils par million d'habitants âgés de 15 à 59 ans et de 140 à 230 appareils par million d'habitants âgés de 60 ans et plus.

L'activité de dialyse « hors centre » — actuellement réalisée pour l'essentiel par des structures associatives — ne fait l'objet d'aucune mesure de planification ni d'aucune régulation spécifique au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

N'a-t-on pas confondu développement de l'offre et besoins de santé ? Si l'offre se développait, c'était pour répondre à des besoins. Le développement de l'offre constitue toujours aujourd'hui la seule mesure de la demande. Les multiples travaux réalisés dans le domaine de l'appréciation des besoins en matière de santé n'ont quasiment jamais permis de dégager des indicateurs pertinents et reconnus par tous.

À défaut, la méthode actuelle pour apprécier les besoins d'une zone géographique consiste à extrapoler à la po-

pulation et à sa structure d'âge la consommation médicale majeure faite à l'échelle de la région ou de la France entière.

En ce qui concerne la dialyse en centre, un rapport de l'Igas de 1994 constatait que dans deux tiers des régions de France, le nombre de postes autorisés dépassait largement le maximum fixé par l'indice des besoins, preuve que cet indice ne correspond plus aux réalités actuelles.

Or, un objectif prioritaire de l'allocation des ressources de soin réside dans une couverture optimale de l'espace géographique, en correspondance avec les consommateurs de soins.

Analyse géographique du déplacement des dialysés en centre lourd

Une enquête transversale menée par les néphrologues de la région 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. Les données ont été actualisées par une nouvelle enquête en mars 1999.

Sur les 2 505 patients en traitement de suppléance dialysés en région Paca, 70 % d'entre eux sont dialysés en centre lourd, 22 % en autodialyse, 5 % en dialyse péritonéale et 3 % à domicile.

Cette étude ne concerne que les patients dialysés en centre lourd.

La région compte 315 postes de dialyse se répartissant dans 19 centres lourds publics ou privés. Le centre de Monaco a été intégré à l'étude.

Le manque de possibilité d'ouvrir des postes de dialyse en dehors de la carte sanitaire fige les postes installés dans leur localisation existante, ce qui peut de fait, obliger certains malades à parcourir de longs trajets pour être dialysés, lorsque les centres proches de leur domicile sont saturés. Ce dysfonctionnement altère probablement la qualité de vie des patients et majore les frais de trans-

port pris en charge par l'assurance maladie.

Distances moyennes parcourues

Pour chaque patient a été calculée la distance séparant son domicile de son centre de suivi et celle séparant son domicile du centre le plus proche. Le tableau ci-dessous présente les distances moyennes parcourues par les patients des différents départements de la région Paca. Les résultats (moyennes de la distance parcourue \pm écart-type) sont présentés selon qu'ils fréquentent ou non le centre le plus proche de leur domicile. Les patients suivis dans la commune de leur domicile ne figurent pas dans le tableau ci-contre.

Analyse des patients dialysés hors de leur commune de domicile

Les patients dialysés hors de leur commune de domicile peuvent être classés en deux groupes :

- les patients n'étant pas dialysés dans la commune de leur domicile parce qu'il n'y existe pas de centre mais qui sont suivis dans le centre le plus proche de leur domicile. 507 patients, soit 29 % des patients dialysés en centre lourd sont dans cette situation.

Ces patients parcourent une distance moyenne de 22 km par trajet (écart-type 15 km) avec un maximum de 127 km. Parmi eux, 327 patients soit 19 % des patients dialysés en centre lourd parcourent plus de 15 km par trajet (soit 30 km par séance) pour se rendre au centre de dialyse le plus proche de leur domicile.

- les patients dont l'affectation diffère du centre le plus proche de leur domicile. Cela concerne 467 patients soit 27 % des dialysés en centre lourd.

Parmi eux, 323 patients soit 18,5 % des patients dialysés en centre lourd parcourent une distance supplémentaire (par rapport au centre le plus proche de leur domicile) de plus de 15 kilomètres par trajet (soit 30 km par séance).

Bénédicte Devictor

Maître de conférence universitaire, laboratoire de santé publique, Faculté de Médecine, Marseille

Yvon Berland

Professeur de néphrologie, Hôpital Sainte-Marguerite, Marseille

Claude Soutif

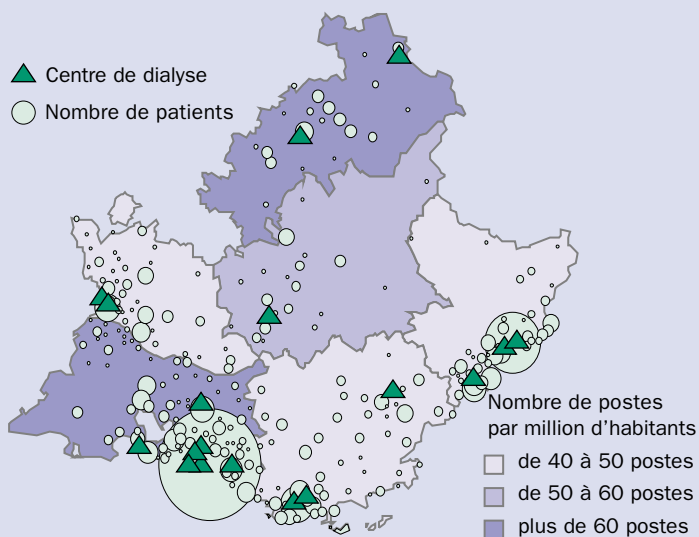
Médecin, département d'information médicale centre hospitalier d'Avignon

Françoise Barnouin

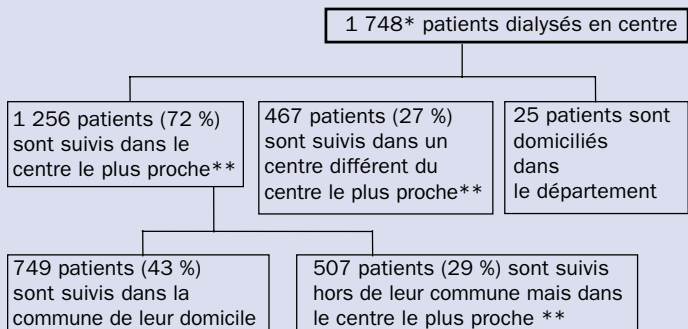
Médecin, association pour le traitement de l'insuffisance rénale Avignon

Roland Sambuc

Professeur de santé publique, Faculté de Médecine, Marseille, Inserm U 379



Typologie des déplacements



* L'analyse géographique s'est faite seulement sur 1 748 patients car 9 patients n'étaient pas localisés. Par ailleurs, nous n'avons aucune information sur les patients domiciliés en Paca mais dialysés hors Paca.

** Dans le terme le plus proche, le critère temps a été pris en compte (type de voie routière).

Patients se rendant hors de leur commune dans le centre le plus proche de leur domicile

	Oui			Non		
	Effectif (%)	Moyenne* (écart-type)		Effectif (%)	Moyenne* (écart-type)	
04	48 (83 %)	37 km (± 24)		3 (5 %)	109 km (± 232)	
05	21 (44 %)	24 km (± 9)		4 (8 %)	80 km (± 65)	
06	93 (25 %)	12 km (± 9)	177 (48 %)	26 km (± 15)		
13	115 (14 %)	20 km (±10)	212 (26 %)	37 km (± 19)		
83	132 (47 %)	22 km (±13)	56 (20 %)	45 km (± 25)		
84	98 (68 %)	24 km (±13)	15 (10 %)	85 km (± 44)		
Total	507 (29 %)	22 km (± 15)	467 (27 %)	37 km (± 26)		

* Moyenne de la distance effectuée par trajet

Discussion

La décision du lieu de prise en charge résulte le plus souvent de plusieurs paramètres : l'éloignement, les possibilités réelles en matière d'équipement au plan local, les préférences du patient, le choix du néphrologue traitant... Par ailleurs, le nombre de postes étant limité par la carte sanitaire, le patient n'a pas toujours la possibilité d'être suivi dans le centre sélectionné ; la saturation d'un centre peut ainsi modifier le choix du lieu de prise en charge.

La distance séparant le centre de suivi du domicile du patient constitue *a priori* un facteur essentiel. Le patient parcourt deux trajets par séance et cela en moyenne trois fois par semaine. 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 ces patients en état précaire des déplacements répétitifs et fatigants et de limiter les coûts liés aux transports.

Dans un contexte dominé par la volonté de maîtriser les dépenses de santé, il est essentiel de réfléchir sur les moyens de réduire certaines dépenses. Or, les dépenses encourues par la collectivité au titre des transports sont très élevées.

Nous avons ainsi dans notre étude mis en évidence des zones géographiques dont les patients présentaient pour certains une affectation de leur centre de suivi inadéquate.

Si le problème posé par les patients n'ayant pas de centre à proximité de leur domicile est avant tout celui de l'accessibilité aux soins, les patients qui n'ont pas recours aux centres proches de leur domicile ont pu être confrontés à la saturation des centres ; d'après le livre blanc de la néphrologie, 66 % des néphrologues disent rencontrer des difficultés à prendre en charge la totalité des insuffisants rénaux chroniques qui leur sont adressés, principalement à cause du manque de postes.

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, la dialyse péritonéale, l'autodialyse et la dialyse à domicile, et qui d'autre part privilégie la qualité des soins. À 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.

Une planification sanitaire effectuée au plus près des réalités régionales pourrait permettre notamment de réduire significativement les frais de transport.

Un changement organisationnel s'impose. Il faut certainement créer de nouveaux centres, mais attribuer également à ceux qui existent des postes supplémentaires. En effet, le nombre de patients à prendre en charge en hémodialyse augmente, l'âge de ces patients s'élève. De ce fait, ce dernier élément limitera le développement de l'autodialyse dont on sait qu'elle est essentiellement consacrée à des patients autonomes, indemnes de pathologies lourdes. ■