

Notion Coût Efficacité de la Réhabilitation Respiratoire

La Santé a un coût

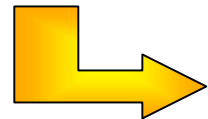
OUI, mais lequel ?

Coût efficacité

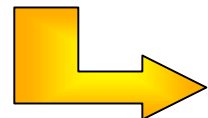
Pourquoi ?

Intérêt pour nous :

(évaluation de notre propre activité)



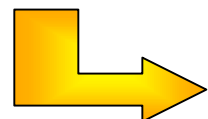
Orientation vers des coûts moindres



Anticipation sur futur du système de santé

Intérêt pour les tutelles,

(dont le souci est avant tout économique)



Plus grande visibilité de la réhabilitation respiratoire et de sa prise en charge

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

Synopsis

- 1) Comment estimer le coût efficacité d'une thérapeutique
- 2) Le coût de la BPCO
- 3) Coût réhabilitation respiratoire en hospitalisation
- 4) Coût réhabilitation respiratoire en ambulatoire
- 5) Coût autogestion du malade à domicile
- 6) Essai d'une projection franco-française

Coût efficacité

Les Coûts

Coûts directs

- *Médicaux* : Traitements, examens, hospitalisations...
- *Non médicaux* : Transports sanitaires,...

Coûts indirects

- *Médicaux* : Arrêts de travail, invalidité...
- *Non médicaux* : Amortissement des structures, matériel,...

Coût efficacité

Notion de NNT

« Number Needed to Treat »

Nombre de malades nécessaires pour améliorer de manière cliniquement significative un item d'un patient.

Exemple : Combien faut-il traiter des patients pour éviter chez l'un d'entre eux une exacerbation ?

Coût efficacité

Notion de QALY

« Quality-adjusted life year ? »

1 QALY = 1 année de vie gagnée, ajustée
pour la qualité de vie (échelle de 0 à 1 ou 0 est la mort)

Coût du QALY : Ex. 15.000 euros/0,5 QALY = 30.000 euros/QAL

Notion de QALY

Interprétation OMS

Un traitement qui pour 1 QALY coûte :

| $\geq 3-5$ fois produit intérieur brut/capita (Europe 80-90.000 euros) est **à rejeter**

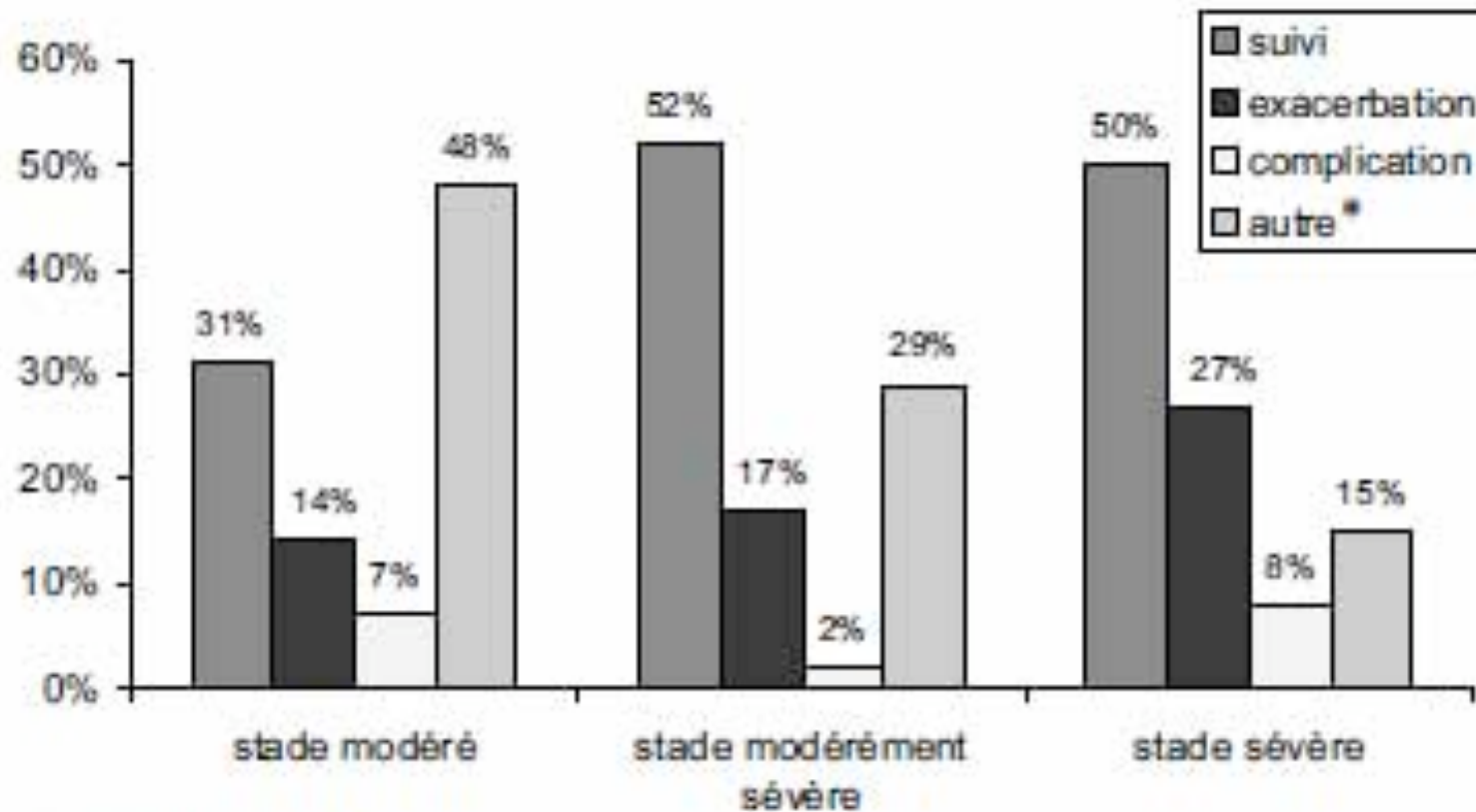
| ≤ 1 fois PIB/capita « bon marché ». **Idéal à recommander**

| Si valeur négative (bénéfice) pour un QALY exceptionnel → « Coût négatif »

[GB $\geq 30-50.000$ £ sterling, rejet thérapeutique probable mais non obligatoire.]

Coût de la BPCO

GB	(4 études) [54% hosp.]	900-1300 euros/an/patient 22 % suivi TTT 19 %]	(Holpin, 2006)
Suède	[56% hosp.]	750-1250 euros/an/patient Sévérité dépendante]	(Jansson, 2002)
France (SCOPE)	[46% hosp.]	3750-7500 euros/an/patient 41 % TTT (10 % OLD, VNI...)]	($\bar{m}=4366$ E/a/p) (Fournier 2005)



* : coût non lié à la BPCO.

Répartition des coûts directs selon le motif des coûts et le stade de sévérité de la BPCO

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

SSR

- }] Hospitalisation 2 mois, suivi 2 mois ambulatoire
- }] Coût total : **7750 euros/patient** (hospit.+++)
- }] **NNT** : 4,1 patients pour améliorer dyspnée d'1 seul
4,4 patient pour améliorer fatigue
- }] Critiques : 2 mois d'hospit. trop long
Nb de sujets nécessaire pour / une
exacerbation aurait été plus intéressant

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

Ambulatoire

- Programme ambulatoire 6 sem. suivi 10,5 mois observat
- 100 patients/groupe ; 40 malades hospitalisés/groupe
 - Groupe réhab. : 10,4 jours (4 j/p/an)
 - Groupe contrôle : 21 jours (8,4 j/p/an)
- Coût programme : 800 euros / patient

Griffith et al., Lancet 2000
Griffith et al., Thorax 2001

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

Ambulatoire

- } **Bénéfice** net/an/patient gr.réhab. (n=100): **170 euros**
- } **NNT** dyspnée 2,3 vs 4,1 ; fatigue 2,5 vs 4,4
- } **QALY** : 0,03 QALY / patient pour **coût inférieur 0 euros**



QALY négatif

Donc **COUT EFFICACITE très positif !**

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

Goldstein vs Griffith

-] Plus que ambulatoire vs hospitalisation, il s'agit de 2 approches différentes
-] Quoiqu'il en soit, si l'on rapporte à une hospitalisation actuelle (4 sem. vs 8 sem.) le coût de Griffith est divisé par 5 et son efficacité qualité de vie multipliée par 2



Importance des différents types de suivi

Coût efficacité réhabilitation respiratoire

Auto-gestion malade à domicile

- }] «Case manager» formé spécifiquement à l'éduc.thér.
(réalisée au domicile du patient pd 6-7 sem + Vélo prêté pd 2 mois)
- }] Suivi téléphonique/mois + consul. au 4^{ème} mois et à 1 an
- }] / admission pour exacerb.: 39,8%, toutes causes 58,9%
- }] Si le case manager suit 50 patients au lieu de 14 (dans l'étude),
le gain serait de 1500 euros/patient/an

Réhabilitation au long cours

Réseau Air+R

- Etude exploratoire petit nb sujets $n=14$ vs 21
- / nb j. hospit. gr rehab. $3,5-1,5 = 2$ j/an/patient
- Efficacité économique si j.hospit = 750 euros
 $\otimes 1500$ euros/an/patient
- Coût réseau : 1250 euros/an/patient
- Bénéfice économique : $1500-1250=250$ euros/an/patient**

Essai projection française

Malade sévère hospitalisé

Efficacité économique :

(50% hospitalisations et exacerbations

1. Hospitalisations :

- }] Et. Griffith : / 10 j durée hospit. (vs 20 contrôles)
- }] Si 10 j = 6 j USI + 4 j pneumo
= $1150 \times 6 + 500 \times 4$ j = 9900 euros d'économie
- }] Et. Fournier : 1 hospit. Pour 2 malades/an
 $9900/2 = 4950$ euros/an d'économie

Essai projection française

Malade sévère hospitalisé

2. Exacerbations :

- | Coût = 330 euros (cs x 2 ; TTT ; kiné)
- | Si 4 exacerbations/an (Ph 1 Burgel 2010) = 1320 euros
- | Réduction 50 % = 2 exacerbations/an = 660 euros



660 euros d'économie/an/patient

Essai projection française

Malade sévère hospitalisé

- }] **Coût hospitalisation moyen :**
185 euros x 28 j = 5180 euros/patient

 - }] **Efficacité économique :**
 - Hospitalisation 4950 euros/an/patient
 - Exacerbation 660 euros/an/patient

 - }] **Coût efficacité économique :** 5610 euros/an/patient

 - }] **Bénéfice :** 430 euros/an/patient
- QALY \cong 0,04**
coût négatif

Projection française

Interprétation

-] Exercice très délicat donc discutable.
-] Économie discrète mais QALY négatif (exceptionnel).
-] Donner préférence à **malades sévères et multi-exacerbateurs** en hospitalisation.
-] Diminuer le coût.

Conclusion -1

◆ Efficacité économique Réhab.Resp. indiscutable

Division/2 des jours hospit. et nb exacerbations



mettre en valeur

◆ Bénéfice discret: - probable hospit.malades sévères
- réel long cours

Conclusion -2

❖ Quelle que soit valeur QALY ($\cong 0.04$) son coût est négatif pour malades sévères/long cours, probablement discrètement positif pour les autres



Justification économique réhab.

❖ Sans oublier amélioration clinique des patients et les bénéfices indirects : création structures, emplois...

Merci de votre attention