

CHYMONUCLEOLYSE : UNE ALTERNATIVE MOINS COÛTEUSE QUE LA DISCECTOMIE

R. LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

Hospitalisation Nouvelle 1993 ; 206 :30-33

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UNIVERSITE Paris XIII – Faculté de médecine Léonard de Vinci – 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny – France

Les coûts de mise en œuvre de deux stratégies de prise en charge de la hernie discale lombaire, la chymonucléolyse et la discectomie, ont été comparés à un horizon de 7 ans. Beaucoup de séries publiées jusqu'à présent présentent des résultats cliniques à 3 mois ou à 1 an et n'intègrent pas l'argument économique. Or, ce n'est pas seulement le traitement qui coûte cher, mais aussi ses échecs et ses rechutes. Une enquête réalisée auprès de 7 services hospitaliers, publics et privés, a permis l'évaluation des coûts médicaux à court terme de la chirurgie. Une revue de la littérature, complétée par des entretiens d'experts, a permis d'évaluer à 7 ans la fréquence des échecs et des rechutes, dont l'impact en termes de coûts a été estimé.

METHODES D'EVALUATION DES COÛTS

Du fait de l'hétérogénéité des modes de tarification et des systèmes de gestions des grands secteurs de soins – ambulatoires, hôpital public, hôpital privé – force est d'avoir recours à des procédures différentes d'évaluation pour chacun d'eux. En ce qui concerne l'hospitalisation, il n'existe pas un coût, mais des coûts. Ainsi, pour le secteur public, on évaluera le coût réel d'une stratégie thérapeutique, afin de chercher à mesurer son retentissement en termes d'« accaparement » des moyens dont dispose un établissement : l'évaluation des coûts constitue alors une aide à la décision. Pour le secteur privé au contraire, on n'effectuera pas une évaluation réelle, mais une évaluation nominale, fondée sur les tarifs des soins pratiqués, sans savoir s'il existe une relation entre les tarifs et les ressources mises en œuvre ; l'évaluation du coût fournira alors une aide à la tarification. Il est clair qu'on ne peut pas comparer des coûts réels et des coûts tarifaires, on peut simplement évaluer l'impact de deux protocoles dans le cadre homogène propre à chacun des deux systèmes, hétérogènes et non commensurables.

Pour l'évaluation du coût des séjours hospitaliers, les durées moyennes de séjour relatives à la discectomie et à la chymonucléolyse ont été déterminées à partir de l'enquête.

En établissement hospitalier public, nous avons utilisé une approche en coûts directs qui permet de cerner de plus près la réalité des dépenses. Une imputation forfaitaire des charges indirectes a été effectuée pour retrouver le prix de revient complet. Le coût direct comprend le coût médical courant des journées d'hospitalisation et le coût standard des actes lourds. Le coût médical se calcule en divisant les dépenses directes de fonctionnement de l'unité par le nombre de journées. Ce coût regroupe les dépenses fixes (personnel et amortissement) et variables (dépenses médicales et pharmaceutiques). On y rajoute les coûts spécifiques induits par la prise en charge d'une hernie discale, selon la technique utilisée, c'est-à-dire le coût des actes effectués dans d'autres services de l'hôpital (frais de consommations médico-techniques, laboratoires, radios).

Ces actes médico-techniques sont évalués à partir du prix de revient réel de ces prestations pour l'hôpital et non à partir des tarifs de la sécurité sociale : le coût total, fixe et variable, d'un laboratoire, est divisé par le nombre d'actes ou de lettres-clés qu'il produit. La cotation sécurité sociale, correspondant aux actes individualisés dont chaque patient a bénéficié, est donc valorisée sur la base de ce coût de revient réel.

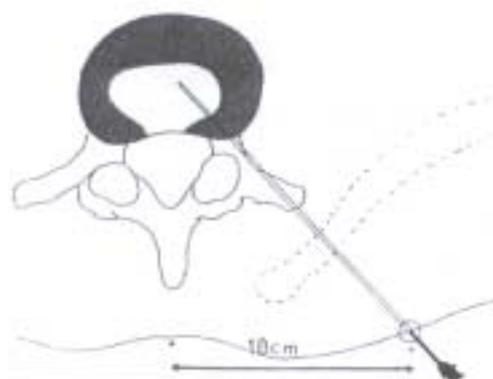
Le coût standard des actes lourds a été calculé sur la base de protocoles détaillés fournis par les experts consultés.

Les coûts d'intervention, pour la chymonucléolyse et la discectomie, ont été évalués sur la base de protocoles opératoires standardisés. Il a été considéré que les examens préalables étaient les mêmes pour les deux techniques, ils comprennent : 170 actes B, 112 actes Z et 6,5 actes K.

Le coût de revient des interventions comprend :

- le coût de personnel médical et paramédical mobilisé pour l'anesthésie, l'intervention elle-même et le réveil,
- le coût des consommables,
- le coût horaire de la salle d'opération et du matériel spécialement acquis pour mettre en œuvre une de ces techniques.

Pour l'hospitalisation privée, le calcul des coûts est extrêmement complexe, dans la mesure où ceux-ci varient suivant les régions et la taille de l'établissement. Pour l'essentiel, la facturation, selon le bordereau 615, distingue la rémunération des services fournis par l'établissement et la rémunération de l'activité intellectuelle des praticiens. La première intègre le forfait journalier, le forfait pharmaceutique et le forfait salle d'opération. Quant à la rémunération de l'activité intellectuelle du praticien, elle obéit aux règles de tarification édictées par les nomenclatures.



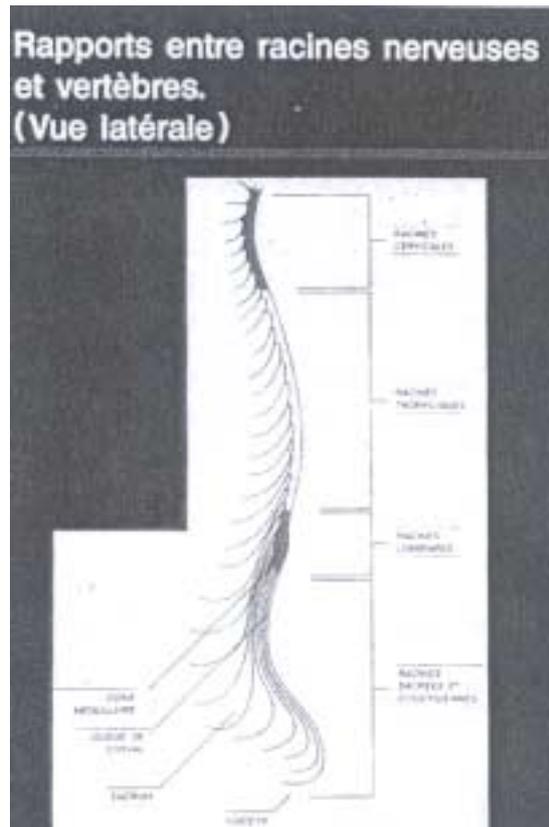
Pour les coûts ambulatoires, l'enquête a permis de connaître le protocole des prescriptions à la sortie de l'hôpital. Les hypothèses sur les soins infirmiers, les actes techniques en K s'appuient sur l'étude de M. Marty sur les lombalgies et les données IMS-Dorema. Les consultations ou visites de suivi ont été estimées à partir des données CREDES (4 par an), ventilées entre généralistes et spécialistes, consultations et visites en fonction de la répartition observée dans le panel IMS pour la hernie discale. Un coût moyen/jour par classes thérapeutiques a été estimé à partir des coûts journaliers des trois ou quatre médicaments principaux de chaque classe, aux posologies d'entretien indiquées dans le Vidal.

RESULTATS

Nous avons estimé les coûts médicaux totaux de la chymonucléolyse et de la discectomie en intégrant à la fois le coût des interventions et celui de leurs échecs à distance à horizon de 1 an et de 7 ans.

Coût total de l'hospitalisation liée à l'intervention

L'enquête a permis de déterminer les durées moyennes de séjour, qui s'élèvent respectivement à $2,2 \pm 0,60$ pour la chymonucléolyse et à $7,7 \pm 1,6$ pour la discectomie. Pour les calculs des coûts à l'hôpital privé, il a été ajouté 1 jour à la durée d'hospitalisation réelle. En effet, dans le privé, le jour de sortie est facturé dès lors que celle-ci s'effectue après 13 heures. Les durées sont donc de 3,2 jours pour la chymonucléolyse et de 8,7 pour la discectomie dans les cliniques privées.



- ***En établissement privé***

Le forfait journalier et le forfait pharmaceutique sont proportionnels à la durée de séjour, le forfait salle d'opération est fonction de la plus ou moins grande complexité des actes pratiqués. En Ile de France, dans les établissements de moins de 100 lits et lorsque le K chirurgical est inférieur à 90, le prix de journée conventionnel en 1990 est égal à 440 F. Si le K chirurgical est supérieur à 90, le prix de journée conventionnel s'élève à 460 F. Pour les établissements de plus de 100 lits, le prix de journée est égal à 460 F lorsque le KC est inférieur à 90, s'élève à 490 F lorsque le KC est supérieur à 90. La sous-cotation de la nucléolyse dans la N.G.A.P. est non seulement pénalisante pour les praticiens, mais également pour les établissements, dans la mesure où le prix de journée accordé est plus faible. Quant au forfait pharmaceutique, il s'élève, en Ile de France, à 19,63 F par jour.

Le forfait d'opération (F.S.O.) est proportionnel au nombre de K réalisé au cours d'une intervention.

Deux cas sont distingués :

- Pour les interventions mineurs ($K < 40$), le K anesthésie est fixé forfaitairement à K 25. la valeur du K salle d'opération est fixée en Ile de France à 24 F (les écarts de la valeur du K selon les régions peuvent varier du simple au double). Pour la chymonucléolyse, le F.S.O. est donc égal à $24 F \times 65 K$, soit 1 560 F.
- Pour les interventions majeures ($K \geq 40$), le F.S.O. est égal à une fois et demi le nombre de KC, puisque le K anesthésie est égal au KC divisé par 2. Au total, le montant du forfait est alors égal à $24 F \times 1,5 (nkc)$, c'est-à-dire $36 F \times (nkc)$, où nkc représente la cotation en KC de l'acte considéré. Ainsi, pour la discectomie, le forfait salle d'opération est égale à $36 F \times 120 = 4 320 F$.

Tableau 1 : Coûts tarifaires par patient de l'hospitalisation en établissement privé (F.F. 1990)

	CHYMONUCLEOLYSE	DISCECTOMIE
Honoraires d'examens	1 458	1 458
Honoraires d'interv.	1 652	2 510
F.S.O.	1 560	4 320
Séjour	1 471	4 173
TOTAL	6 141	12 461

- **En établissement public**

Les coûts réels des examens préalables, de l'intervention elle-même et du séjour en milieu hospitalier public sont résumés dans le tableau 2.

Tableau 2 : Coût de revient par patient de l'hospitalisation en établissement public (F.F. 1990)

	CHYMONUCLEOLYSE	DISCECTOMIE
Examens préalables	1 849	1 849
Intervention	2 859	2 278
Séjour	3 217	11 257
TOTAL	7 925	15 384

En conclusion, on remarque, quelle que soit la méthode de calcul retenue, qu'il s'agisse d'une estimation de coût hospitalier lié à la discectomie est pratiquement double de celui de la chymonucléolyse. Ce surcoût est pour l'essentiel imputable au coût des séjours.

- **Estimation des coûts médicaux à 1 an et à 7 ans**

L'évaluation des conséquences financières de l'échec – précoce ou tardif – des thérapeutiques étudiées a été conduite par rapport aux hôpitaux publics. En effet, les échecs ou rechutes, lorsqu'ils ne sont pas réopérables, se traduisent par des hospitalisations à des fins diagnostiques et des traitements médicaux ou rééducatifs. Or, en France, les établissements privés d'aigu offrent peu de services en ce domaine. C'est donc vers l'hôpital public que sera inévitablement orienté le malade.

Les coûts au-delà de l'année 1 ont été actualisés au taux de 5 %.

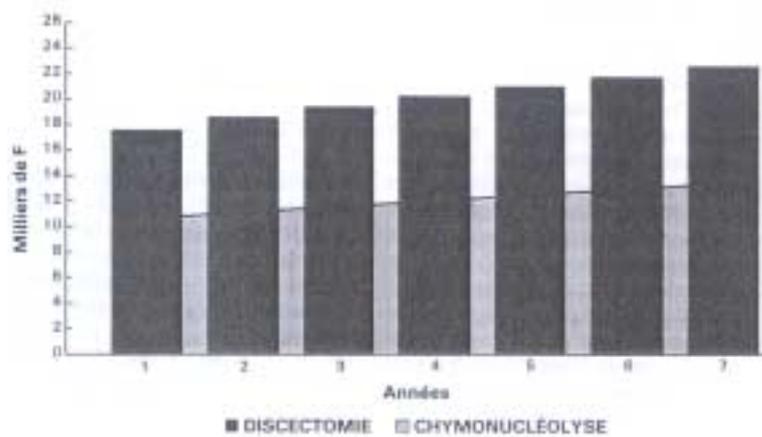
On observe que la discectomie est de 67 % plus chère que la chymonucléolyse, à court terme comme à long terme (Tableau 3).

Tableau 3 : Chymonucléolyse versus discectomie : Coûts médicaux à 7 ans actualisés par patient

	AN 1	AN 2	AN 3	AN 4	AN 5	AN 6	AN 7	Indice
	F	F	F	F	F	F	F	
CN (Hyp. Haute)	10 468	11 285	11 654	12 113	12 560	12 996	13 421	100
CN (Hyp. Basse)	10 488	11 233	11 735	12 228	12 712	13 185	13 649	100
DI (Hyp. Haute)	17 455	18 557	19 363	20 167	20 967	21 760	22 547	168
DI (Hyp. Basse)	17 426	18 577	19 431	20 279	21 122	21 955	22 781	167

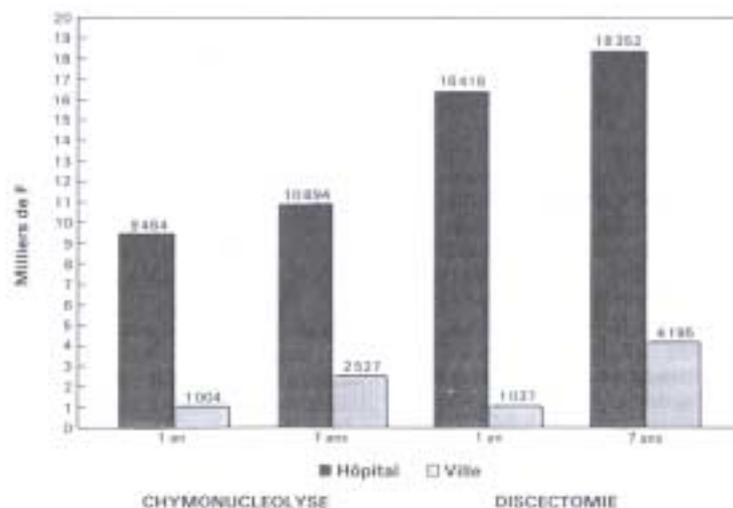
Le graphique 1 illustre, pour un patient, l'ampleur du surcoût chiffré précédemment, dans l'hypothèse la plus défavorable à la chymonucléolyse, lorsque les patients sont hospitalisés en neurochirurgie.

Graphique 1 : Chymonucléolyse versus discectomie : évolution à 7 ans du coût médical actualisé par patient (F.F. 1990)



A priori, on aurait pu croire que l'écart de coût médical entre les deux techniques devrait s'accroître au cours du temps, dans la mesure où les détériorations à long terme sont estimées plus fréquentes après discectomie. Mais on a vu que le médecin européen répugne à réintervenir chirurgicalement une deuxième fois, craignant la fibrose : il en résulte que les détériorations après discectomie ont davantage d'impact sur les coûts ambulatoires que sur les coûts d'hospitalisation. La situation inverse est observée pour la nucléolyse, les malades sont repris après récurrences, ce qui augmente les coûts d'hospitalisation, mais limite les coûts du suivi ambulatoire. Le graphique suivant met en évidence ces différences d'évolution de la structure des dépenses médicales.

Graphique 2 : Chymonucléolyse versus discectomie : évolution à 7 ans des coûts médicaux actualisés par patient en ville et à l'hôpital (F.F. 1990)



- **Ratios coût-utilité**

L'enquête réalisée en milieu hospitalier a permis d'évaluer l'utilité à long terme (7 ans) des deux techniques comparées.

Le rapprochement, pour une cohorte de 100 patients, des coûts cumulés actualisés et du nombre d'années de vie ajusté à 7 ans de fonction de la qualité de vie (QALY) permet de calculer les ratios coût-utilité de chacune des 2 techniques. Pour la chymonucléolyse, le coût moyen par année de vie en bonne santé à horizon de 7 ans s'élève à 2 299 F. Dans le cas de la discectomie, il s'élève à 3 958 F. Ces mêmes résultats, reformulés en termes de surcoût et de surcroît d'efficacité, sont encore plus frappants. Le surcoût par patient de la discectomie par rapport à la chymonucléolyse s'élève à 9 126 F ; le surcroît de bénéfices associé à la mise en œuvre de la chymonucléolyse est égal à 0,142 année de vie à 7 ans, soit 52 jours.

Ainsi, le recours à la chymonucléolyse se traduit par une économie par patient de près de 10 000 F et un gain de 52 jours de bonne santé par rapport à la discectomie.

A l'évidence, la discectomie de première intention est une stratégie « dominée » par la chymonucléolyse quand celle-ci est indiquée dans des situations cliniques bien précises. La chymonucléolyse est à la fois plus efficace et moins onéreuse.

CONCLUSION

Cette étude met en évidence le bénéfice à long terme qu'apporte le traitement par chymonucléolyse, tant par l'amélioration de la qualité de vie du malade, que par une économie importante sur le plan des coûts médicaux. Le paradoxe est que les échecs de la chymonucléolyse sont plus souvent repris que ceux de la discectomie, le coût moindre n'est donc pas imputable aux économies réalisées sur des traitements évités mais découle directement de celles qui sont réalisées par l'application de la chymonucléolyse, du fait du raccourcissement de la durée de séjour. Le raisonnement en termes de surcoût/surcroît d'efficacité montre à l'évidence que, pour les indications où les deux techniques sont superposables, la discectomie n'est pas coût-efficace. Par contre, cette dernière retrouve tout son intérêt dans le cas de hernie exclue, de canal étroit ou de syndrome de la queue-de-cheval.