

COUT D'UN SUIVI A CINQ ANS DES ACCIDENTS VASCULAIRES CEREBRAUX EN FONCTION DU DEGRE D'AUTONOMIE ET DES STRUCTURES DE PRISES EN CHARGE

R. LAUNOIS⁽¹⁾, A. MEGNIGBETO⁽¹⁾, K. LE LAY⁽¹⁾, C. SCART-GRES⁽²⁾, A. F. GAUDIN⁽²⁾,

⁽¹⁾Institut de Recherche et d'Evaluation Médicale et Economique - 74, rue Marcel Cachin - 93017 Bobigny (France) – Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr

⁽²⁾Laboratoire Glaxo-Wellcome - – 100, route de Versailles, 78163 Marly Le Roi (France)

INTRODUCTION

Les accidents vasculaires cérébraux (AVC) constituent un enjeu véritable de santé publique. Chaque année, 120.000 français en sont atteints. Les taux de mortalité sont à un an de l'ordre de 30% pour les infarctus cérébraux et de 50% pour les hémorragies cérébrales. Les séquelles de cette pathologie lourdes subsistent à long terme. Elles exigent la prise en charge des survivants par toutes les structures du système de santé français (hôpitaux de court et moyen séjour, soins à domicile, établissements d'hébergement pour les personnes âgées, soins hospitaliers de longue durée). Le chaînage de l'information pose dans un tel contexte de grandes difficultés.

METHODES

Le cheminement des Accidents Vasculaires Cérébraux dans le système de soins a fait l'objet d'une simulation informatique de type Markov. L'arbre débute par un arbre de décision, les branches qui en émanent représentent les options thérapeutiques, les états de Markov sont définis à partir des éléments cliniques qui caractérisent l'évolution de la pathologie, et de l'intensité des pertes d'autonomie observées dans chacun des lieux de vie fréquentés. Quatre états cliniques ont été distingués : premier accident ischémique, première hémorragie cérébrale, récurrence ischémique, récurrence hémorragique. Tous les Accidents Cérébraux font l'objet d'une hospitalisation avec ou sans complications. Trois filières de prise en charge ont été identifiées au décours de celle-ci : soins de suite et de réadaptation, domicile, institutions gériatriques (EHPA) et soins hospitaliers de longue durée. Trois niveaux d'invalidité ont été relevés dans chacune des filières, à l'aide de l'indice de Barthel. Il existe donc $4 \times (2+3 \times 3)$ statuts cliniques, soit 45 états de Markov si on ajoute le décès quelle que soit son origine comme état absorbant.

Les taux de décès spécifiques par mécanisme ont été calculés, à partir d'une cohorte de 213 patients français, à 3, 6, 9 et 12 mois et utilisés par application de la méthode DEALE pour le calcul des taux de mortalité toutes causes confondues. L'importance des séquelles a été évaluée à l'aide de l'indice de Barthel à 3 et 12 mois. Les trajectoires des patients dans le système de soins ont été appréhendées à partir des données du seul registre français (Dijon) portant sur cette pathologie, des informations PMSI court séjour extraites de la base nationale de coûts (77000 patients en 1996 dans le GHM 018), et de données PMSI-SSR colligées sur un site de 500 patients. Le bénéfice clinique escompté du traitement est mesuré par la survie sans perte d'autonomie (Barthel 95-100). Les coûts escomptés sont égaux à la somme des frais engagés dans chacune des filières fréquentées calculés en fonction du degré d'invalidité. Tous les calculs de coût ont été fait en se plaçant du point de la collectivité, mais en limitant le décompte des dépenses aux seules consommations de soins et services médicaux et aux coûts directs non médicaux d'hébergement (ODAS 97). Les paiements de transfert et les coûts indirects ont été exclus du champ de l'analyse. Les dépenses ont été actualisées au taux de 5%.

RESULTATS

Le modèle permet de calculer facilement le laps de temps passé dans chacun des lieux de vie fréquentés au décours de l'hospitalisation. L'horizon temporel retenu pour la simulation est de 5 ans, soit 20 cycles de 3 mois. Au cours de ces cinq ans, 54,7 % des patients décèdent. Les survivants ont passé en moyenne 15% de leur temps dans les hôpitaux de court et de moyen séjour, 17% de leur temps dans des établissements d'hébergement pour personnes âgées et 68% de leur temps à domicile. Les temps moyens passés en invalidité sur 5 ans après hospitalisation se répartissent en 70 % d'invalidité légère (Barthel 95-100), 15 % en invalidité modérée (Barthel 60-90), et 15 % en invalidité sévère (Barthel 0,55). Le coût total de la prise en charge des 120 000 cas d'Accidents Vasculaires Cérébraux, Accidents Ischémiques Transitoires et hémorragies sub-arachnoïdiennes exclus, qui surviennent chaque année en France, s'élève, sur les 5 ans qui suivent, à environ 17 milliards de francs. 24% (4,1 milliards FF) de ce coût est lié aux hospitalisations de court séjour, 16,5% (2,8 milliards FF) à l'accueil dans des établissements de rééducation-réadaptation, 33% (5,6 milliards FF) aux prises en charge institutionnelles, 26,5% (4,5 milliards FF) au suivi des malades à domicile. L'importance des dépenses est proportionnelle au degré d'invalidité. Après avoir été hospitalisés, les malades survivants passent en moyenne sur 5 ans 16% de leur temps en invalidité sévère (Barthel 0-55, décès exclus) mais leurs dépenses représentent 43 % des frais qui sont engagés après l'épisode aigu tous niveaux d'invalidité confondus. Une analyse de sensibilité a été conduite en modifiant le taux d'incidence de la pathologie et le rythme des passages à domicile des professionnels de santé pour lequel le calcul des coûts est le plus entaché d'incertitudes. Le coût de la maladie, tous AVC confondus, s'élève à 19 milliards FF pour une hypothèse de 135 000 nouveaux cas annuels. Si l'on s'en tient à l'hypothèse de base (c'est à dire 120 000 cas), le coût de la maladie varie de 16, 6 milliards FF à 17,2 milliards FF selon l'intensité des soins à domicile.

CONCLUSION

L'approche par prévalence de la maladie consiste à évaluer les coûts de la maladie à un moment donné du temps, cette approche constitue un raisonnement en terme de stock qui permet de calculer un coût annuel de l'ensemble des patients (nouveaux ou anciens). L'approche par incidence consiste à cumuler les coûts directs sur un horizon temporel choisi, cette méthode permet de calculer le coût à long terme des nouveaux cas d'Accidents Vasculaires Cérébraux mais elle requiert des hypothèses quant à l'évolution de la maladie et au parcours des malades dans le systèmes de soins. C'est la seconde méthode que nous avons choisi de développer puisque c'est la seule qui permette une réflexion sur les conditions d'une inflexion du coût du traitement dans le temps. Sa mise en œuvre suppose une approche globale de la maladie, elle préfigure le chaînage indispensable de l'information dans un fonctionnement en réseau.