

Diplôme d'Université de Qualité en Santé
16 juin 2005

Aspect Economique dans la Prise en Charge de la Douleur

Professeur Robert LAUNOIS

REES Réseau d'*E*valuation en *E*conomie de la *S*anté
28, rue d'Assas - 75006 PARIS

Introduction

La lutte contre la douleur :

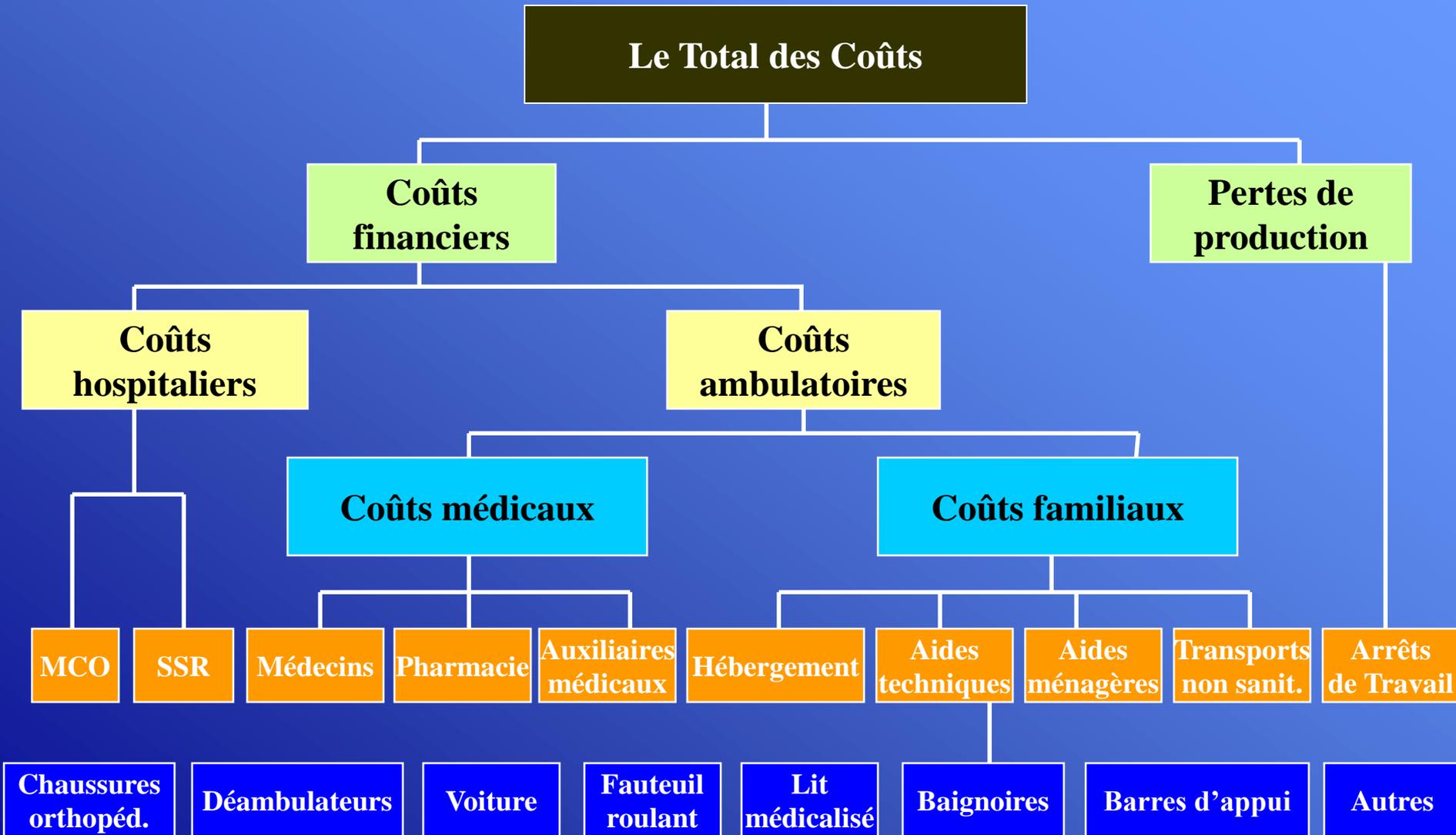
- Une source d'économies pour la société
- Un impératif éthique vis à vis du malade

Nécessité de quantifier l'impact de cette politique

METHODE

Les Coûts de la Maladie :

Une Fascination Morbide Sans Intérêt



L'Essentiel : le Bénéfice Apporté au Malade En Contrepartie des Sommes Investies

- **Impact Clinique : Efficacité thérapeutique réelle**
 - ✓ Effets de l'éducation du patient
 - ✓ Effets de la formation des soignants
 - ✓ Contrôle et non-contrôle de la douleur
- **Impact Humain : Bénéfices de vie apportés**
 - ✓ Réduction du handicap fonctionnel
 - ✓ Amélioration de la qualité de vie des patients
 - ✓ Accroissement de la satisfaction des clients
- **Impact Économique : Réduction du fardeau de la maladie et des coûts pour les familles**

La Vraie Question : Où Faut-il Placer son Argent pour Mieux Prendre en Charge la Douleur ?

REPONSE :

Privilégier la mise en œuvre des interventions qui offrent les meilleurs

bénéfices thérapeutiques et humains par unité monétaire investie

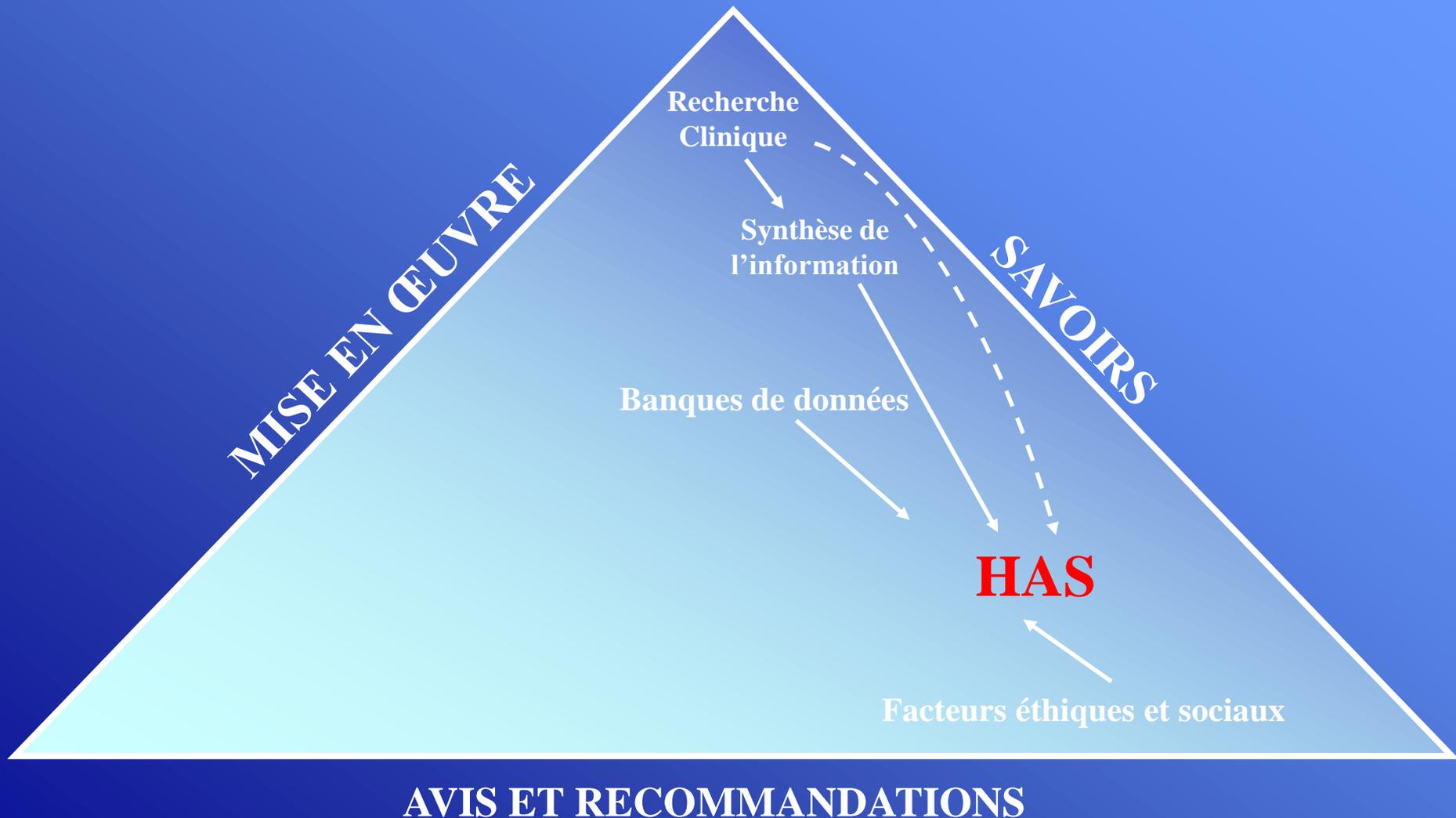
Une Mosaïque de Techniques Évaluatives

- Apprentissage à la lecture critique: EBM
- Revue systématique quantitative, qualitative, narrative
- Recommandations de pratiques cliniques : RPC
- Evaluation économique des actes, des dispositifs et des technologies de santé : HTA
- Evaluation des pratiques professionnelles : EPP
- Certification des établissements et des Réseaux

La Haute Autorité De Santé : Une Triple Mission

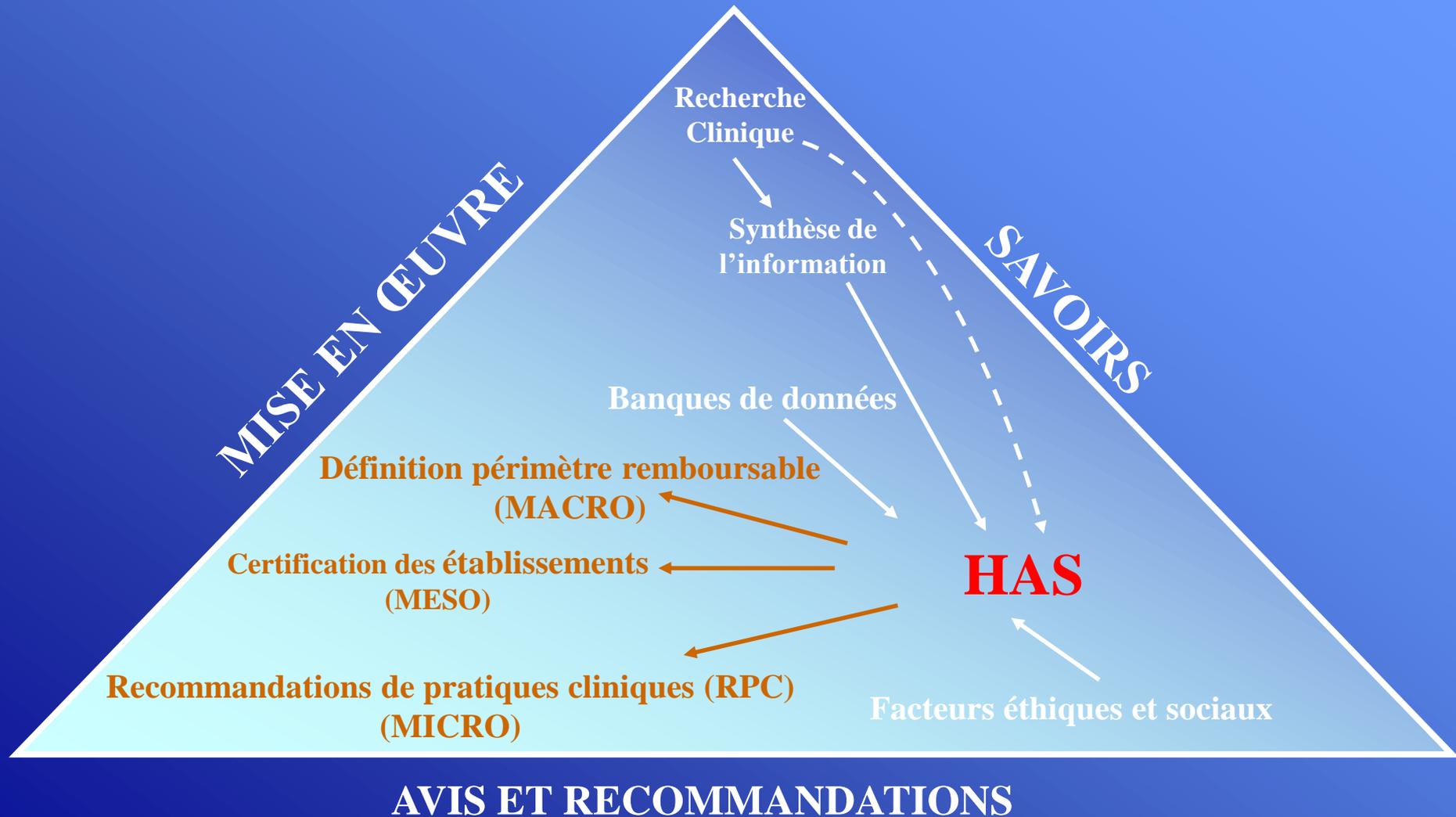
- **Macro (Politiques de santé)**
 - Évaluation des actes professionnels et des innovations technologiques
 - Avis sur la prise en charge des produits, des médicaments et des actes
 - Définition du périmètre des biens et services remboursables dans le cadre des ALD
- **Meso (Gestion des organisations)**
 - Acquisition des produits, du matériel et des techniques thérapeutiques
 - Surveillance de leur bon usage
 - Evaluation des réseaux
- **Micro (Pratiques professionnelles)**
 - Recommandations de pratiques cliniques
 - Évaluation des pratiques professionnelles

La Synthèse de « L'Etat de l'Art »



R.N. Battista et al., 1999

La Formulation des Avis



Les Compétences Balkanisées des Lieux de Pouvoirs :

« **Le Diable Est dans la Cloison** » *Alain Coulomb Audition Sénat 2004*

- **Les Familles**
- **Les Producteurs de soins** : HOSPITALIERS, LIBÉRAUX, INDUSTRIELS
- **Les Acheteurs** : ARH, AM, CEPS
- **Le Système de soins** : DSS
- **La Collectivité** : HAS, DGS, LE MINISTRE

Comment Organiser la Transversalité ?

EXPERTISE MÉDICALE

Population cible et Enjeux de Santé Publique

Incidence

Gravité

Mesure de la « quantité d'effets » associée à l'innovation

SMR-ASMR

Mesure de l'intérêt de Santé Publique/ ISP

*QOL- Organisation des Soins
Modification des pratiques*

EXPERTISE ECO-SANITAIRE

*Perspective Systémique
Optimiser la répartition des moyens
entre les traitements et les spécialités*



Quels retours sur investissement en termes clinique, humain et économique



Classement des projets et des innovations en fonction de leur Utilité Sociale Relative



Acceptabilité par les divers acteurs et la population

AUTORITÉS ADMINISTRATIVES

Impact budgétaire

*sur le poste «médicaments»
Prix Européens - Parts de marché
Accord Prix-Volume*

Précédents

Réactions des Cercles d'influence

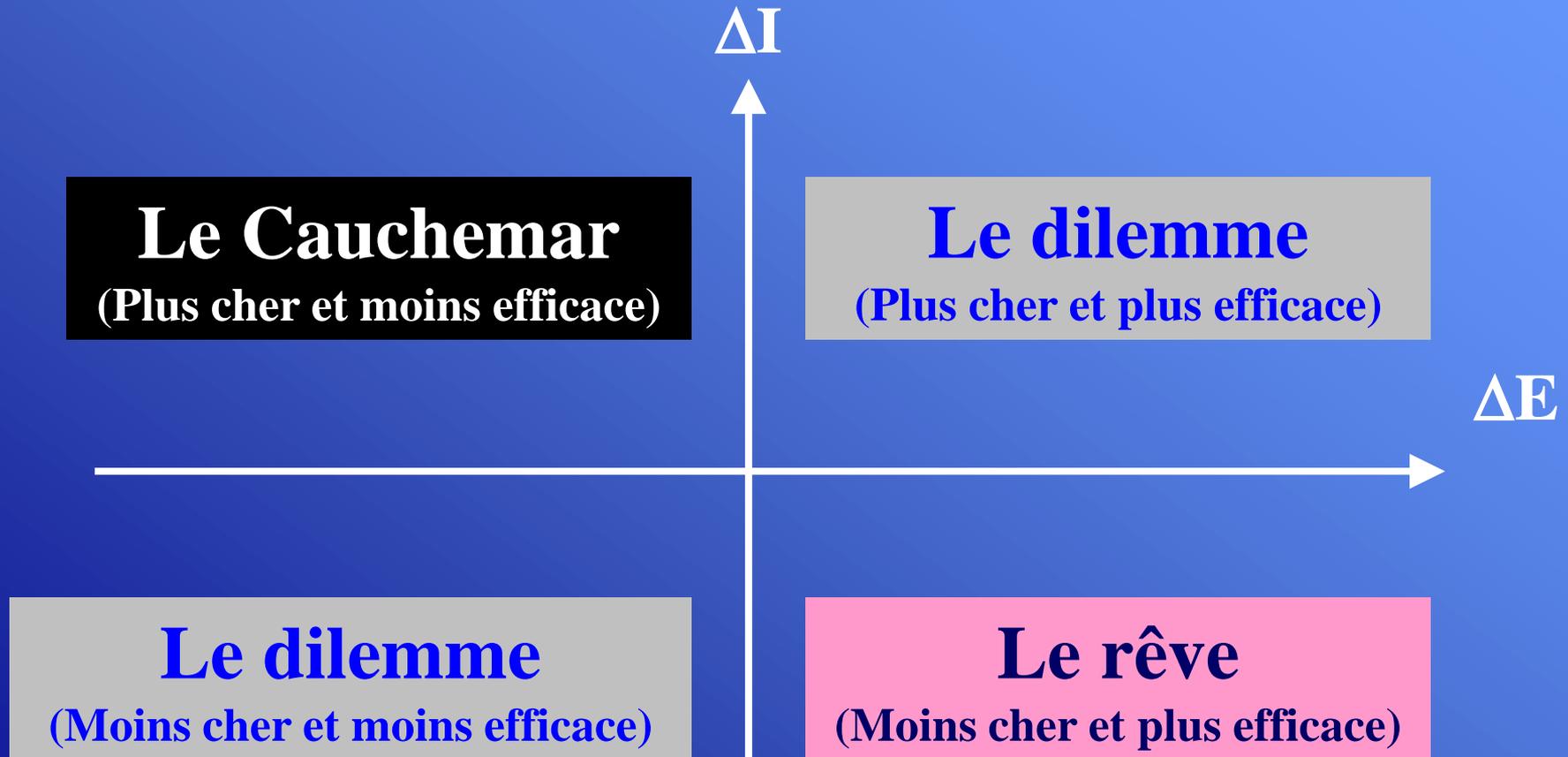
- *Cabinets ministériels*
- *Assemblées Parlementaires*
- *Groupes de pression- Médias*

Rigidités réglementaires

- *Balkanisation organisée des compétences*
- *Invariance des mentalités*

Perception des attentes et du risque

Pour Soigner Mieux, il Faut Souvent Payer Plus



Quel Montant Doit-On Investir Pour Obtenir Le Résultat Attendu ?

Le Rapport Investissement additionnel/Quantité d'Effets Induits:

I : Investissement par option thérapeutique

Δ : Différence entre les investissements réalisés par option

E : Quantité d'Effets par option thérapeutique

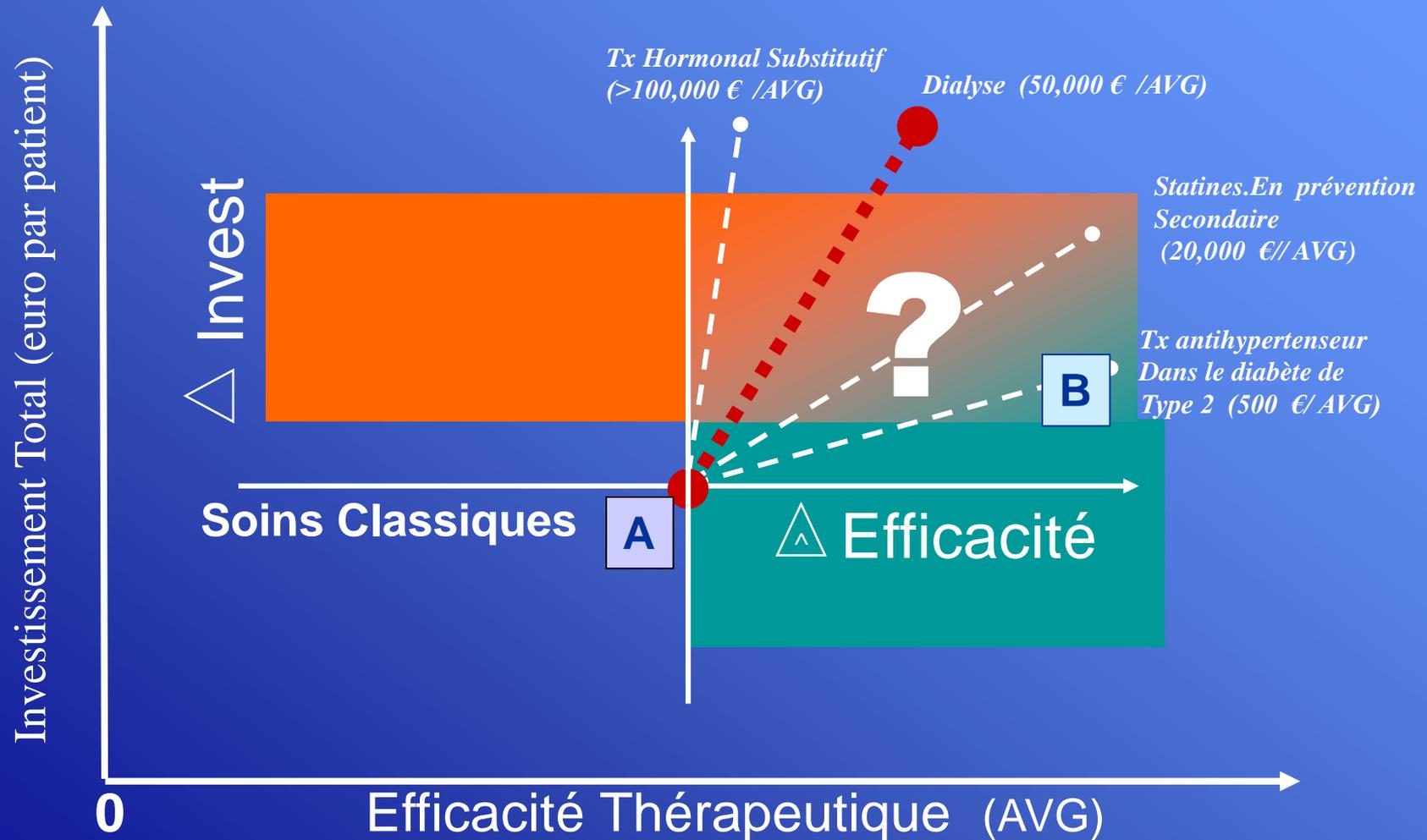
Δ : Différence entre les quantités d'effets générés par option

$$\frac{\Delta I}{\Delta E} = \frac{\Delta IT \pm \Delta ICT \pm \Delta ICP}{\Delta E}$$

IT : Investissement liés *T*raitement - *ICT* : Investissement liés aux *C*omplications *T*hérapeutiques - *ICP* : Investissement liés aux *C*omplications *P*athologiques

Existe-t-Il un Seuil de Tolérance au Risque Financier ?

Un Repère Pour les Politiques de Santé en Amont du Soin

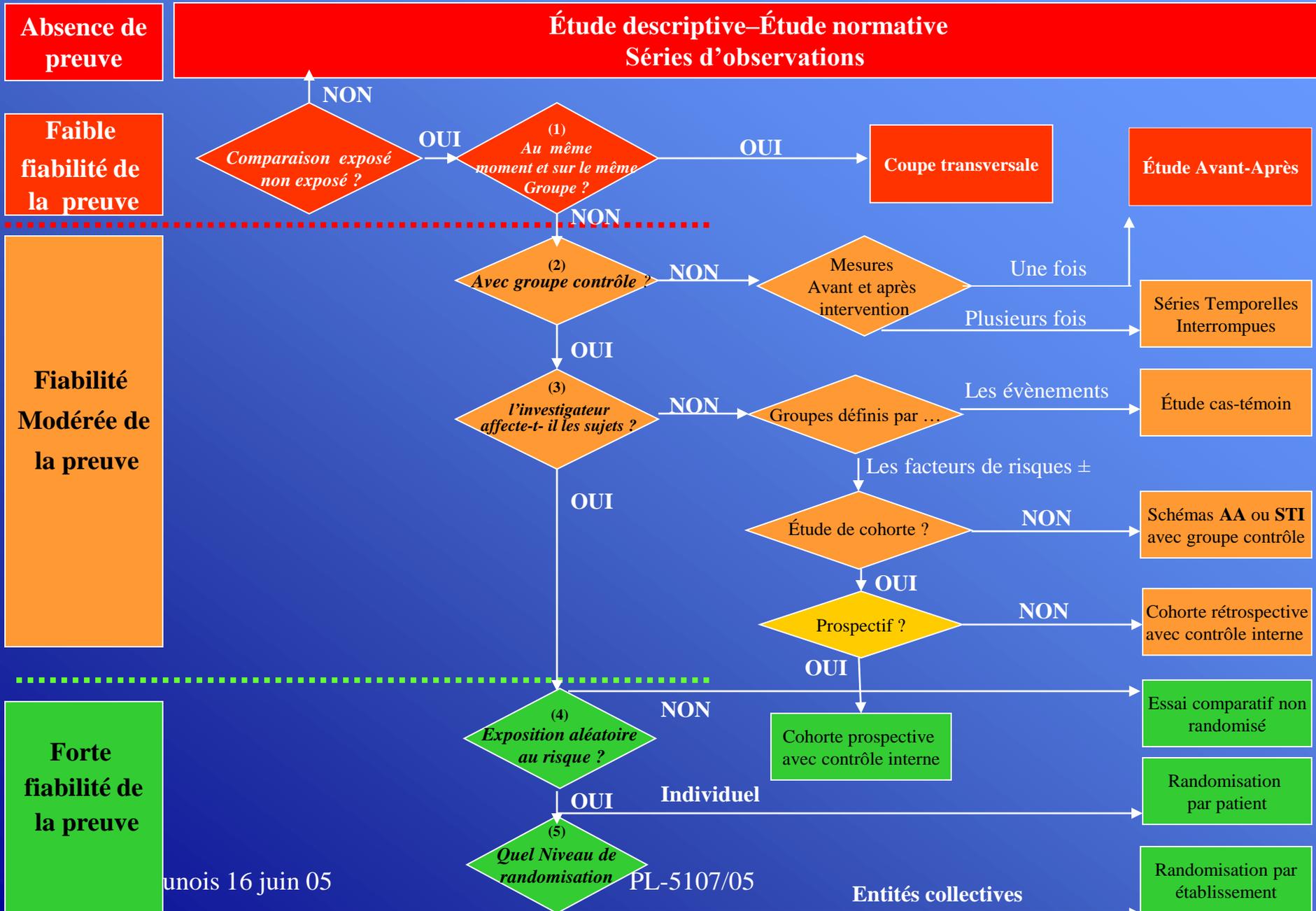


AVG = Années de vie gagnées ; QALY = Années de vie ajustées sur la Qualité

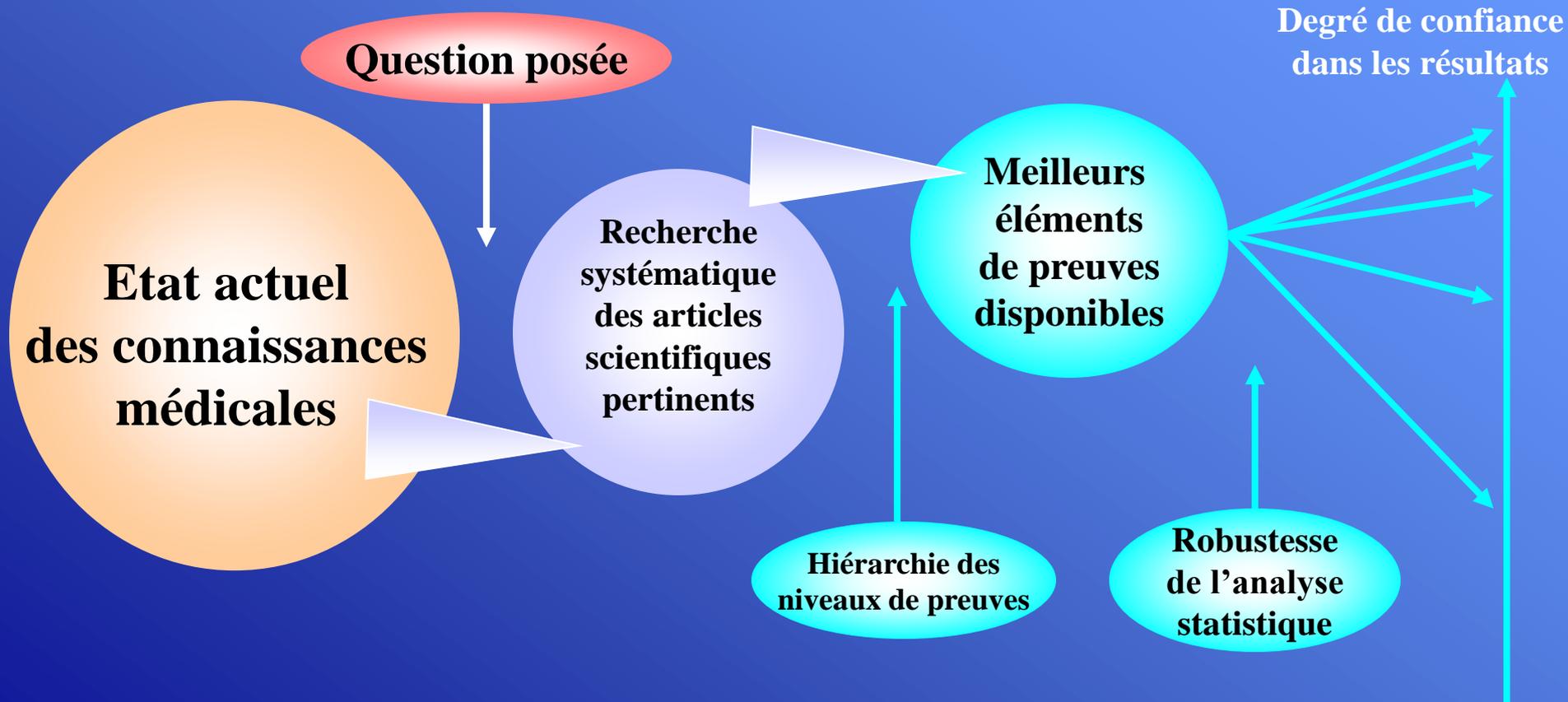
Comment Démontrer le Bien Fondé de ses Arguments et Avec Quel Protocole d'Etude ?

- Cherche-t-on l'existence d'une relation de cause à effet entre l'exposition aux risques et leurs conséquences?
- Les facteurs de risque et les événements cliniques sont ils saisis au même moment?
- Existe il un « groupe contrôle » c.a.d une base de comparaison?
- L'investigateur attribue-t-il les sujets entre les groupes?
- L'attribution dans chaque groupe est elle aléatoire?
- Se fait elle sur une base individuelle ou par centre?

Quelles Sont les Preuves Qui Ne Mentent Pas? (Briss 2000)



Force Probante de l'Argumentaire



Les Limites des Etudes Piggy Back

- Comparaison impossible de toutes les options thérapeutiques
- Vision tronquée du génie évolutif de la maladie
- Négation des réalités épidémiologiques et institutionnels locales
- Scotomisation d'éléments décisifs pour la prise de **décision** (*QdV, consommation de ressources, tarifs des actes et des séjours, toutes informations autres que celles se rapportant à la taille des effets*)

Avantages de L'Analyse de Décision

Elle permet :

- De structurer l'information dans un cadre de référence unique
- De considérer simultanément les bénéfices, les risques et les coûts
- D'estimer, non plus de manière intuitive, mais quantitativement la fréquence de survenue des événements évolutifs
- De reconstituer les trajectoires de prise en charge et de chaîner les coûts

Avantages de L'Analyse de décision

(suite)

- De synthétiser des critères de jugement cliniques hétérogènes à l'aide d'un Indicateur de résultats unique
- De réintroduire les préférences des patients ou des citoyens dans les choix individuels et collectifs
- D'isoler les variables-clés
- D'extrapoler les résultats à d'autres populations ou à d'autres pratiques

Stratégies Thérapeutiques

- **Traitement classique**
- **Traitement en unités de soins spécialisées (SU)**

Statuts Cliniques

- Premier AVC ischémique
- Premier AVC hémorragique
- Récidive ischémique
- Récidive hémorragique

Hémorragies sous-arachnoïdiennes et accidents ischémiques transitoires exclus

Etats Fonctionnels

Confinés au lit

sans et avec complications

Hosp

C Hosp

Réadap

Domicile

Hébergement PA

IB: 95-100 Invalidité Légère

ILR

ILD

ILG

IB : 60-90 Invalidité Modérée

IMR

IMD

IMG

IB : 0-55 Invalidité Sévère

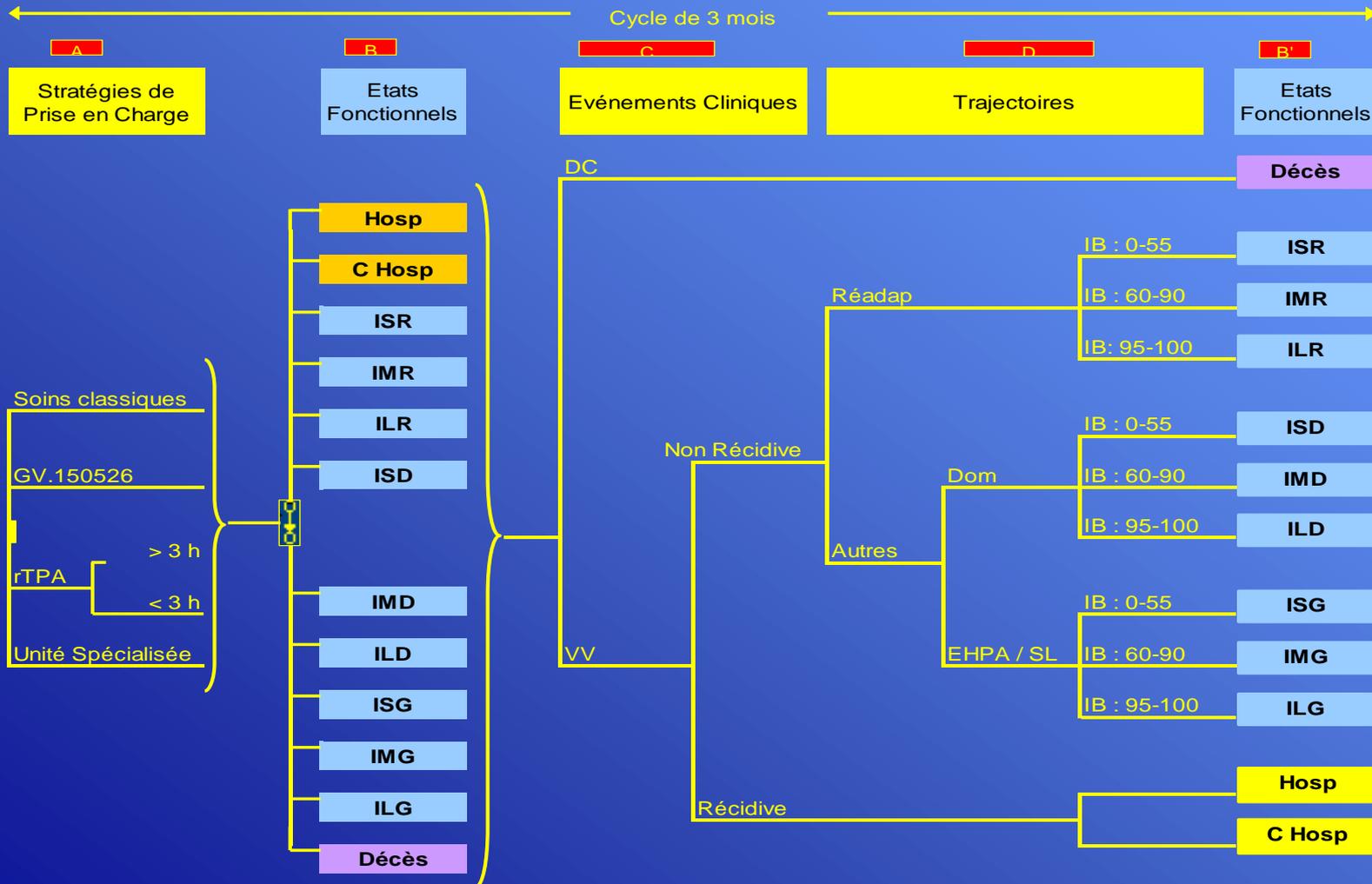
ISR

ISD

ISG

Décès

Forme Réduite du Modèle



Modèle AVC

Population	: <i>approche par incidence</i>
Point de vue	: <i>secteur sanitaire et médico-social</i>
Longueur du cycle	: <u>Modèle 1</u> : <i>1 jour</i> - <u>Modèle 2</u> : <i>3 mois</i>
Horizon temporel	: <u>Modèle 1</u> : <i>90 jours</i> - <u>Modèle 2</u> : <i>5 ans</i>
Etats de santé	: <i>4 * 11 + décès</i>
Critères de jugement	: <i>survie sans incapacité, coût</i>
Interventions	: <i>soins conventionnels, soins en unités spécialisées</i>

Sources des Données

Type d'information	Source
Taux de survenue des évènements cliniques	
Taux de mortalité spécifique avant 1 an Taux de mortalité spécifique à plus d' 1 an Taux de mortalité générale 63-70 ans Taux de récurrence Taux d'invalidité à 3 mois, avant récurrence, Barthel	Registre de Dijon 1993-94 OCSP Burns 1994 Insee 1993 Registre de Dijon 1993-94 Registre de Dijon 1993-94
Trajectoire des patients	
Destination des survivants à la sortie de l'hôpital Destination des survivants à la sortie des établissements Réadapt	Registre de Dijon 1993-94 Base PMSI-SSR Kerpape 1996
Durée de Prise en Charge par lieu de vie	
Hôpital Etablissements Réadaptation Domicile - Institution	Enquête nationale de coûts Base PMSI-SSR Kerpape 1996 Estimation
Coût unitaire	
Hôpital Etablissements Réadaptation Domicile EHPA Soins hospitaliers - Longue durée	Enquête nationale de coûts Base PMSI-SSR Kerpape 1996 Premutan - ODAS ODAS ODAS
Pondération des coûts en fonction de l'invalidité	
Domicile, Hébergement PA, Long séjour	OCDE
Impact des interventions	
Traitement classique + GV Traitement classique + rTPA Unités spécialisées	Protocole GV 150526 NINDS 1995 Stroke Unit Trialist' collaboration 1997

L'Exploration Systématique de l'Incertitude sur la Valeur des Probabilités ou l'Utilité des Résultats

1. Analyse de Sensibilité
 - variation d'un ou plusieurs paramètres
 - hypothèses de cadrage optimiste et pessimiste
 - faisceaux d'hypothèses mutuellement exclusifs
2. Analyse de Seuil
3. Analyse Probabiliste de Sensibilité

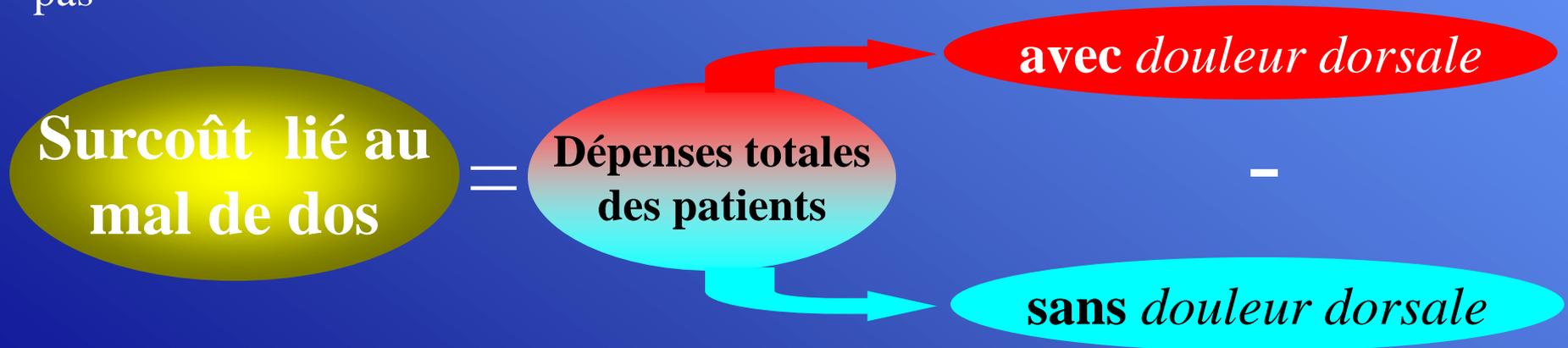
Les Bonnes Pratiques de L'Analyse de Décision

1. Définition des Caractéristiques de la Population Cible
2. Choix d'un Point de Vue
3. Sélection des Options Thérapeutiques
4. Délimitation du Cadre Temporel
5. Adoption d'un Modèle de Décision
6. Recensement des Evénements Pertinents
7. Identification et Quantification des Paramètres-clés,
Vérification de la Qualité de la Preuve
8. Révélation des Préférences
9. Modification des Hypothèses
10. Vérification et Validation du Modèle

LE BÉNÉFICE ECONOMIQUE D 'UNE MEILLEURE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR

Dépenses Médicales Imputables au « Mal de Dos »

- Echantillon permanent des consommateurs de soins médicaux au USA (*Medical Expenditure Panel Survey*) AHRQ* 1998
- Tirage au sort de **2 120 patients** présentant un diagnostic de pathologies dorsales :
Code ICD-9 721(spondyliscite), 722 (hernie discale), 723 (tête et cou), 724 (autres), 847 (déplacement vertébral)
- Estimation du coût **total** de la consommation de services et biens médicaux chez les patients atteints de douleurs dorsales par rapport au coût de ceux qui n'en souffrent pas

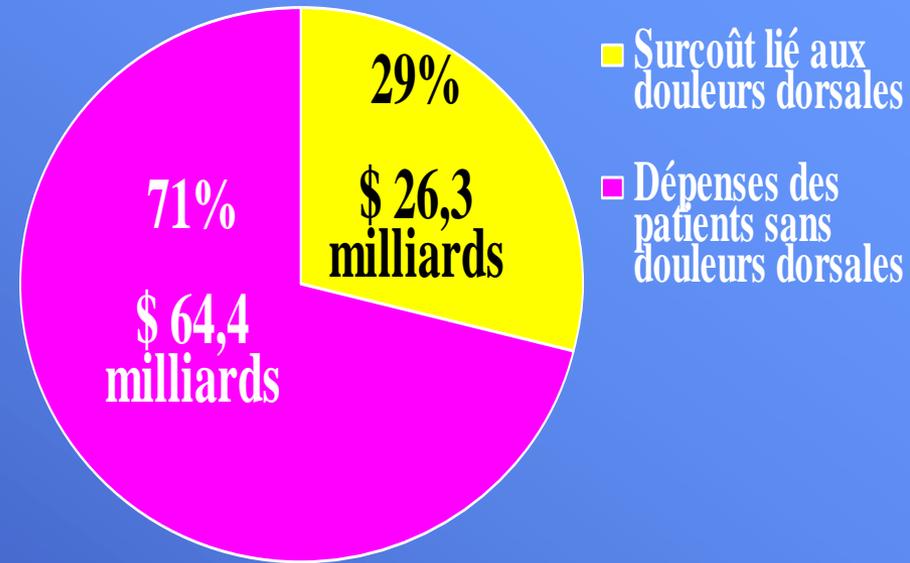


(*) AHRQ Agency for Healthcare Research and Quality

X Luo et al, SPINE 2003

Des Pathologies Onéreuses pour les Organismes Assureurs et les Patients

- Au USA 25,9 millions de personnes étaient à la date de l'étude, concernés par le mal de dos dont 55% de femmes, l'âge moyen des patients était de 48 ans
- Les douleurs les plus fréquentes: lombalgie aiguë (lumbago) ou chronique (sciatique), hernie discale
- **La Dépense médicale totale** des patients présentant des douleurs dorsales s'élevaient en 1998 à **\$ 90,7 milliards**
- **La Dépense par patient et par an** atteignait \$ 3500 pour les patients souffrant de douleurs dorsales versus 2200 \$ pour les patients qui ne présentaient pas cette symptomatologie
 - Par maladie (*voir tableau*)



Diagnosics	Coût Total
Spondyliscite	\$ 5 040
Hernie discale	\$ 6 010
Tête et coût	\$ 3 340
Autres	\$ 3 510
« Entorse » ligamentaire	\$ 2 500

Perte de Productivité due à la Douleur*

- Coupe transversale entre août 2001 et juillet 2002 sur 28 902 travailleurs salariés américains
- Estimation du temps de travail perdu pendant 2 semaines du fait des **douleurs ressenties les plus courantes** (migraine, mal de dos, arthrose, autres)
- **Perte du Temps de Travail = Absentéisme + Présentéisme**

Absentéisme = Nombre de jours d'absence pour maladie

Présentéisme = Tps moyen perdu avant de se mettre au travail + Tps perdu pendant le travail du fait d'une moindre efficacité (% Perte de productivité par heure \times Nb d'heures travaillées/ jour)

Coût des Pertes = Temps de travail perdu \times Salaire horaire

(*) F Stewart, JAMA 2003

Un Manque à Gagner Important Pour la Collectivité

- **Résultats:** 13 % des personnes interrogées ont estimé les pertes de temps de travail liées à la douleur à **4,56 heures/semaine**, soit un coût de **61,2 milliards** de dollars (*0,58% du PNB USA 2002*)
- **Résultats détaillés par Type de Douleur**

Perte de Temps de Travail en heures /semaine	Type de Douleur				
	Migraine n=1688	Arthrose n=608	Dos n=947	Autres n=611	Toutes douleurs confondues n=3830
Présentéisme	0,64 (±0,05)	0,69 (±0,25)	1,35 (±0,16)	1,20 (±0,13)	0,92 (±0,05)
Absentéisme	2,87 (±0,09)	4,50 (±0,26)	3,93 (±0,19)	4,27 (±0,22)	3,64 (±0,09)
Total	3,51 (±0,1)	5,19 (±0,25)	5,28 (±0,25)	5,47 (±0,22)	4,56 (±0,09)

Les Traitements de la Douleur sont Efficaces



(Mayer 1997)

Leur Nécessité est Reconnue par les Pouvoirs Publics

- Reconnaissance des autorités : 3 plans anti-douleur depuis 1998
- Recommandations nationales (ANDEM 1998 2000) concernant la prise en charge du patient douloureux chronique :

« Mesure précoce de l'intensité de la douleur complétée par le schéma de la douleur, les niveaux d'incapacité, d'anxiété et de dépression, le retentissement sur la qualité de vie »

Leurs Retombées Economiques Ont été Scientifiquement Etablies

- Ils Diminuent les Recours Aux Soins
- Ils Réduisent les Dépenses Médicales
- Ils Abrègent la Durée des Arrêts de Travail
- Ils Abaissent les Taux de Pensions d 'Invalidité

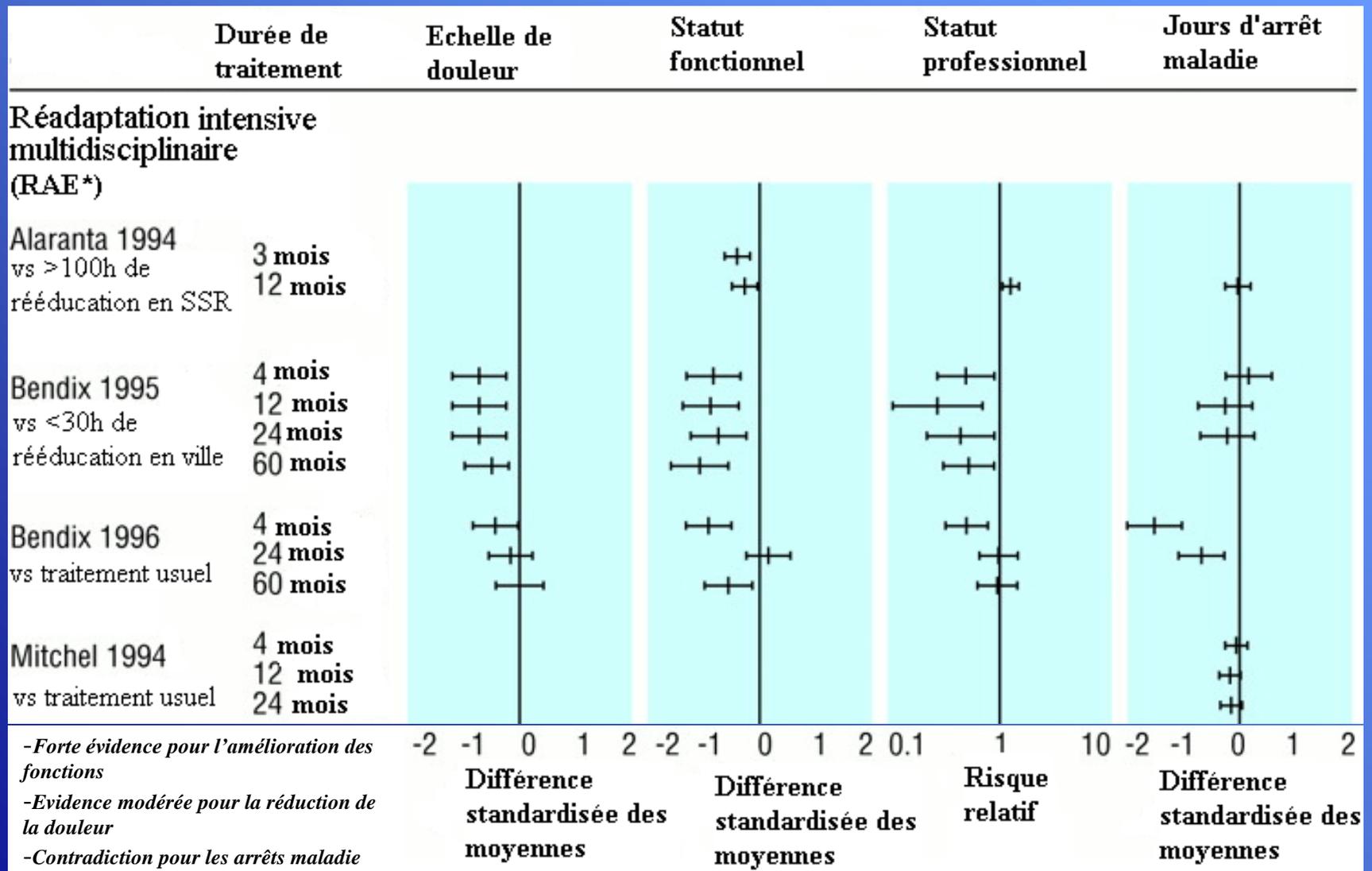
Mais ils ne le font pas tous dans les mêmes proportions

Un Exemple dans la Lombalgie Chronique*

Centre de Réadaptation à l'Effort *versus* Rééducation Ambulatoire *versus* Traitement Conventionnel

- Méta-analyse : 10 essais randomisés entre 1989 et 1997
Maladie > 3 mois
- Qualité des essais individuels évaluée par le Back Review Group sur une échelle à 10 niveaux : bon niveau de preuve lorsque le score est ≥ 5
- Niveau de la preuve : élevé si plusieurs essais de haute qualité convergents, modéré si plusieurs essais de faible qualité convergents ou si un essai de bonne qualité coexiste avec plusieurs de qualité modeste

Les Performances des Centres de Réadaptation à L'Effort Par Rapport aux Autres Modes de Prise en Charge



(*) RAE: centre de Réadaptation à l'Effort

J Guzman et al, BMJ 2001

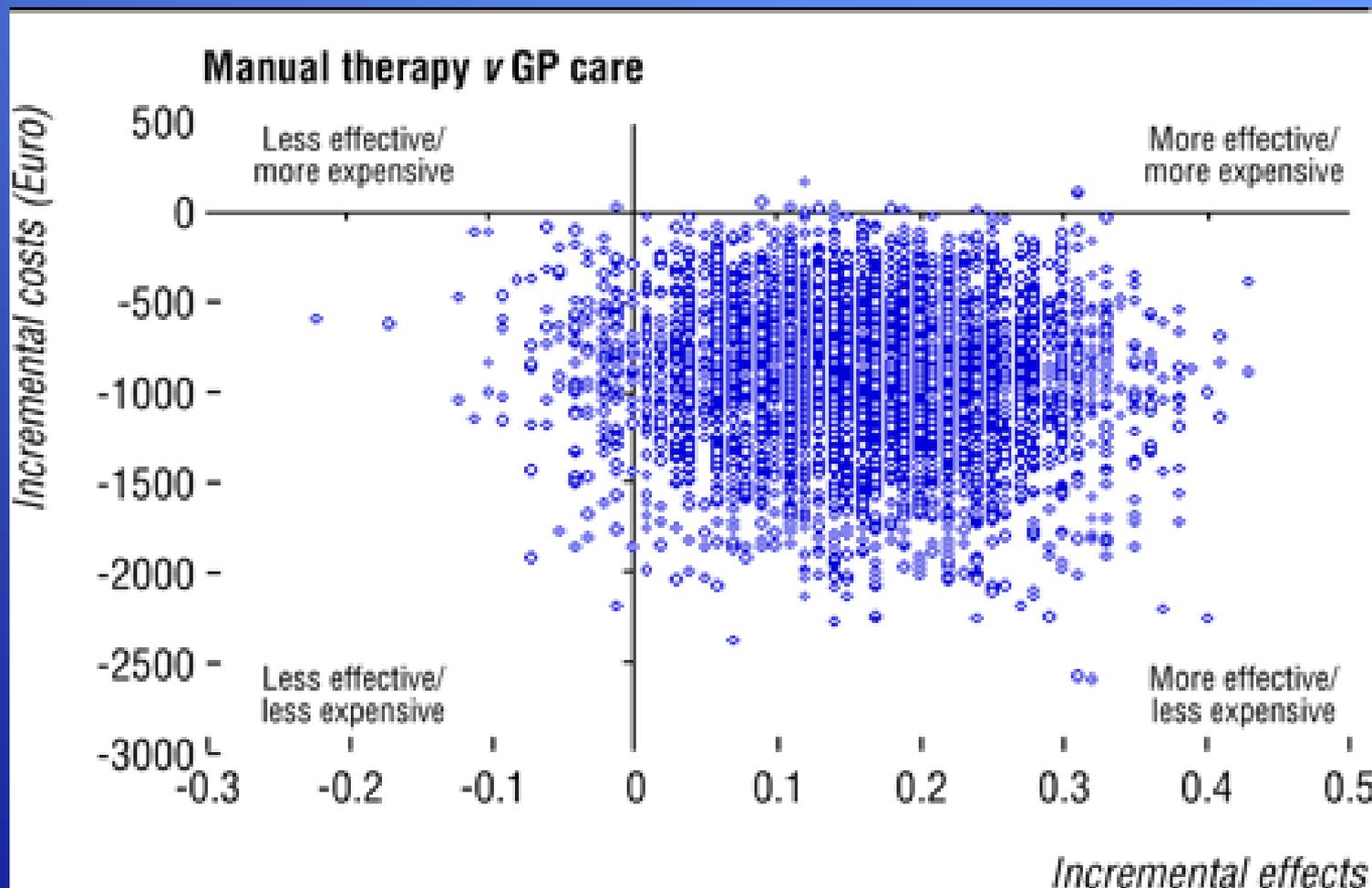
Un Exemple dans les Cervicalgies*ECR

Thérapie Manuelle vs Physiothérapie vs Soins MG

Type de consommation	Thérapie manuelle (n = 60)	Physiothérapie (n = 59)	Soins MG (n = 64)
Consultations MG	0,5 (± 1,3)	0,7 (± 1,3)	3,0 (± 1,6)
Séances massage	7,3 (± 4,4)	1,5 (± 3,0)	7,2 (± 9,2)
Séances physiothérapie	1,2 (± 3,3)	14,7 (± 11,1)	3,0 (± 6,3)
Consultations SP	0,2 (± 0,7)	0,7 (± 2,3)	0,4 (± 1,1)
Heures aides ménagères	0 (± 0)	0,3 (± 2,1)	0,1 (± 1,1)
Heures aides familiales	3,2 (± 9,1)	14,0 (± 63,6)	6,4 (± 23,8)
Jours de travail salariés perdus	1,3 (± 4,1)	7,5 (± 31,4)	10,4 (± 30,1)
Heures de travaux domestiques perdues	5,4 (± 14,9)	23,8 (± 85,1)	15,7 (± 51,3)
Coût total	447	1 297	1 379

Analyse de Sensibilité Probabiliste

Thérapie Manuelle vs Soins Généralistes



Toutes les simulations indiquent une Réduction de la douleur et une baisse des coûts en faveur des thérapies manuelles sur 52 semaines de suivi

Conclusion

L'APPARITION DE BASES DE DONNÉES ALIMENTÉES PAR LES PROFESSIONNELS, BOULEVERSE LES MÉTHODES D'ÉVALUATION

- De *nouveaux critères* de jugement apparaissent :
 - Evaluation de la *qualité de vie*
 - Estimation du *surcroît d'investissement requis* pour obtenir le service attendu
- Une nouvelle conception de nos *devoirs* se forge:
« *DONNER LE MEILLEUR* » *PAR EURO INVESTI*