Journées Neurologiques de Haute Bretagne
Olivier SABOURAUD
Vannes 7-8 septembre 2007

De l'hémiplégie à la T2A : une convergence médico-administrative est-elle négociable ?

Robert LAUNOIS

Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé

28, rue d'Assas
75006 Paris – France
Tel 01 44 39 16 90 – Fax 01 44 39 16 92
E-mail : reesfrance@wanadoo.fr - Web : www.rees-france.com

REES
Réseau d'Evaluation en Economie de la Santé

Les Enjeux

- **Un état des lieux alarmant.**
- **Restructurer l'offre neurovasculaire**
- **Chiffrer les besoins**
- **Trouver les recettes**
- **Evaluer le retour sur investissement**
- **Perspectives d'avenir.**

Survivre à l'AVC et Dans Quel Etat ?

- En France 1 AVC toutes les quatre minutes [OPEPS 2007]
- 20 % des AVC décèdent dans le mois qui suit [ARH IdF 2002]
- 30 % sont décédés à un an [Warlow Lancet 2003]
- 13 % des survivants récidivent à 1 an [Rothwell Lancet 2005]
- 35 % gardent des séquelles permanentes [Warlow Lancet 2003]
- Deuxième cause de mort dans les pays développés:780 000 de morts en 2001 sur 7,8 millions de décès imputables aux grandes pathologies « tueuses » [Lopez lancet 2006]
- Une part contributive majeure aux années potentielles de vie perdues pour décès prématurés ou incapacités sévères dans les pays développés: 6,3 %. 2ième rang après les maladies cardio-vasculaires (8,3 %) mais avant la maladie d'Alzheimer (5,0%) et le diabète (2,8%) [Lopez lancet 2006]
- Un poids dans le fardeau de la maladie associé à l'ensemble des pathologies neurologiques 4 fois supérieur à celui de l'Alzheimer: *AVC 54 % Alzheimer 12 %* [OMS 2006]

Combien d'AVC en France ?

Nombre De Séjours Hospitaliers par Type d' Accidents cérébraux vasculaires [2007 *Base PMSI 2005*]

Accidents ischémiques transitoires	[G45 +…]	36 000	28 %
Hémorragies cérébrales	[I61 +…]	16 400	13 %
Infarctus cérébraux	[I63 +…]	58 300	44 %
Indéterminés	[I64 +…]	19 500	15 %
TOTAL		**≅ 130 000**	**100**

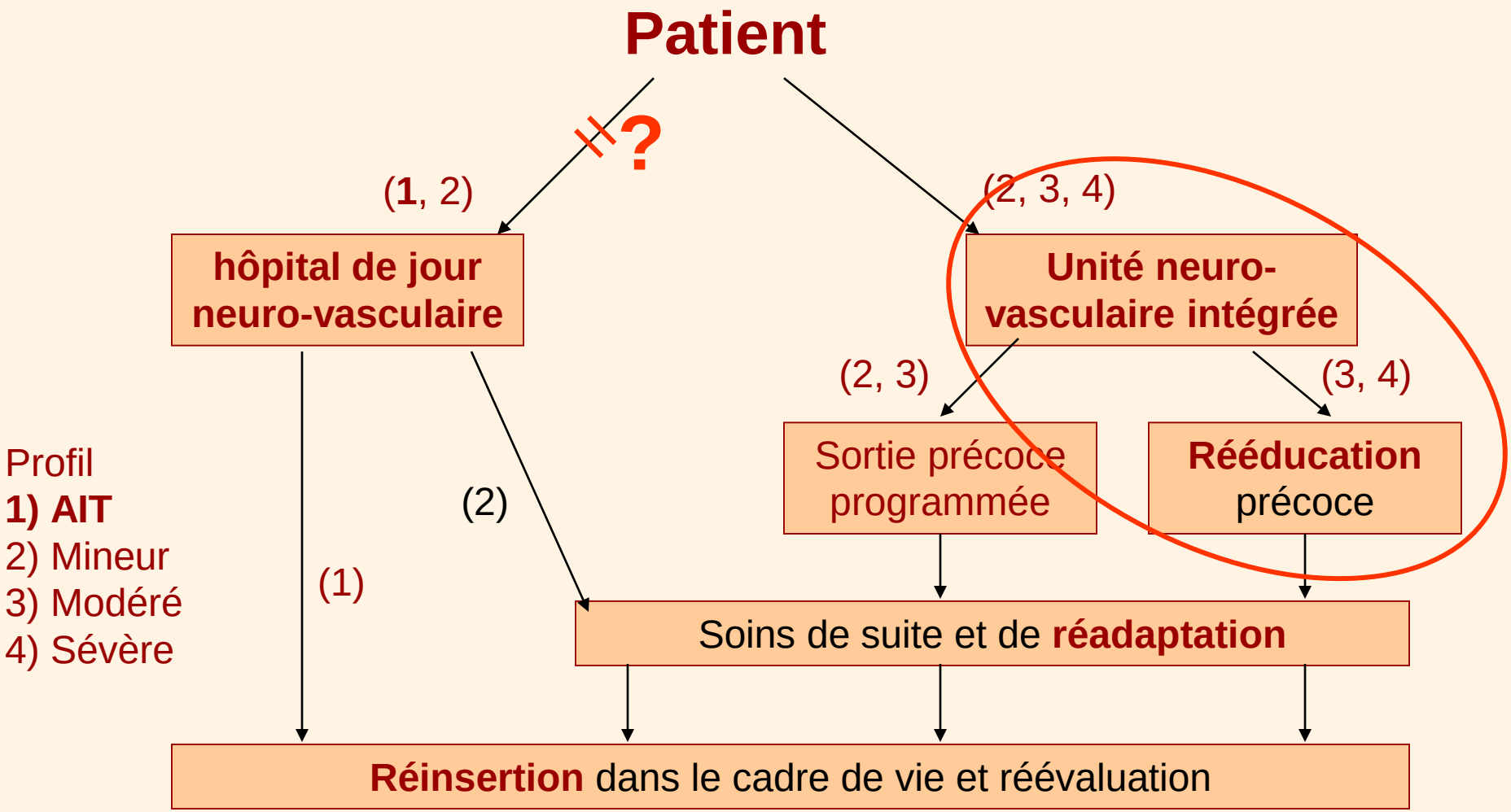
Rapport OPEPS 2007

Extraction sur les Codes Diagnostics CIM 10
Réalisée à Partir de la Base RSA 2005 :

	Hypothèse Basse	Hypothèse Haute
Accident Ischémique Transitoire	**G45** en Diagnostic Principal	
Hémorragie Cérébrale	**I61 en DP** ou (**G46** en DP et **I61** en **DA)** et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)	**I61 en DP** ou (**G46** en DP et **I61** en **DA**) ou (**G81** en DP et I61 en DA) et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)
Infarctus Cérébral	**I63** en DP ou (**G46** en DP et **I63** en DA) et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)	**I63 en DP** ou (**G46** en DP et I63 en DA) ou (**G81** en DP et I63 en DA) et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)
AVC indéterminé	**I64** en DP ou (**G46** en DP et **I64** en DA) et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)	**I64 en DP** ou (**G46** en DP et I64 en DA) ou (**G81** en DP et I64 en DA) et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)
Pathologies neuro vasculaires aiguës non compliquées d'AVC	**I67** en DP et (durée > 0 nuit) ou (DC ou transfert)	

G/ *Code « astérisque »;* ***I/*** *Code « dague »*

Comment Organiser la Prise en Charge des Accidents Vasculaires Cérébraux ?



Langhorne 2006

« La Doctrine »*

- « L'UNV est une unité fonctionnellement individualisée, placée **sous la responsabilité d'un médecin neurologue** ayant une expertise neurovasculaire, qui est capable d'accueillir **en permanence** 24h/24 tous les jours de l'année, **directement** si possible, **des patients présentant une pathologie vasculaire aiguë compliquée ou non d'AVC ou d' AIT**.

- Elle assure la prise en charge d'au moins trois cents patients par an **sans discrimination d'âge, de gravité ou de nature (accidents ischémiques ou hémorragiques)**.

- **Un neurologue est en permanence sur place ou en astreinte à domicile** pour assurer l'expertise nécessaire au contrôle de la prise en charge.

- Chaque journée dans un lit de soins intensifs d'une UNV **définie au CPOM** donne lieu au versement du supplément « soins intensifs »

- Les **évolutions de la classification** des GHM conduiront à faire évoluer le dispositif. Il est recommandé d'utiliser les codes diagnostiques crées par l'ATIH ».

* *circulaire du 22 mars 2007*

RESTRUCTURER L'OFFRE

Implantation des UNV par Région en France Métropolitaine SROS III(1...)

Région	AVC/ 1000 hbts Séjours 2005*	UNV existantes 2006	UNV prévues 2010	UNV à créer
Alsace	2,0	4	4	**0**
Aquitaine	2,4	1	7	**6**
Auvergne	2,2	1	1	**0**
Basse Normandie	2,4	0	5	**5**
Bourgogne	2,5	1	4	**3**
Bretagne	**2,6**	**2**	**7-8**	**5-6**
Centre	2,0	2	4-7	**2-5**
Champagne Ardenne	2,0	1	3	**2**
Franche-Comté	2,3	1	5	**4**
Haute Normandie	1,9	2	3-5	**1-3**
Ile de France	**1,6**	**11**	**24-25**	**13-14**
Languedoc-Roussillon	2,3	1	6	5

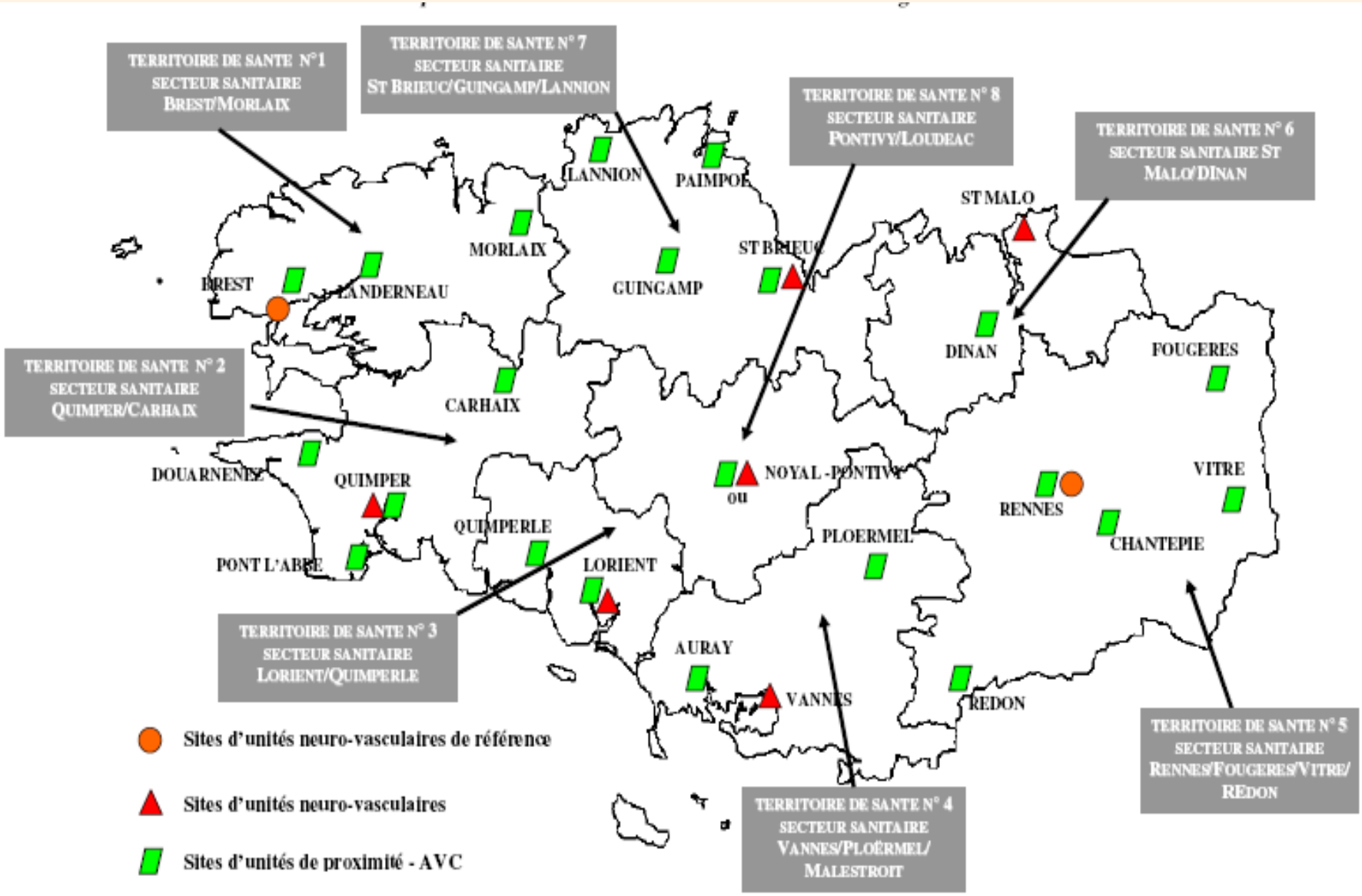
* *Rapport OPEPS 2007 base PMSI 2005*

Implantation des UNV par Région en France Métropolitaine (2)

Région	Séjours AVC/ 1000 hbts 2005*	UNV existantes 2006	UNV prévues 2010	UNV à créer
Limousin	3,2	1	1-3	0-2
Lorraine	2,2	1	5	4
Midi Pyrénées	**2,6**	**4**	**13-14**	**9-10**
Nord Pas de Calais	2,1	6	12	6
PACA	2,2	2	5	3
Pays de la Loire	1,8	1	7	6
Picardie	2,0	2	6-9	4-7
Poitou-Charentes	2,3	1	5	4
Rhône Alpes	**1,8**	**5**	**11**	**6**
Total France métropolitaine	**2,1**	**50** *(dont 21 à niveau; 29 à mettre aux normes 2007)*	**127-140**	**77-90** *+29*

* *Rapport OPEPS 2007 base PMSI 2005*

La Complémentarité par Territoire de Recours



Adéquation Offre Demande de Soins Neurovasculaires en Bretagne [PMSI 2005]

	Territoires de santé de Bretagne	Nombre Recours	Admission EASN*	Neurologues vasculaires		
				PHT plein	PHT partiel	PUPH
1	Brest-Morlaix	**1 374**	826	6	1	1
2	Lorient-Quimperlé	782	540	2	-	-
3	Noyal- Pontivy	257	247	1	-	-
4	Quimper-Carhaix	1 040	634	2	-	-
5	Rennes	**1 777**	1 034	5	2	2
6	Saint Malo-Dinan	674	379	1	-	-
7	Saint-Brieuc-Guingamp-Lannion	1 532	1 132	4	-	-
8	Vannes-Ploërmel- Malestroit	**935**	712	3	-	-
	TOTAL	**8 372**	**5 506**	**24**	**3**	**3**

** EASN : Établissements Avec Service de Neurologie Générale*

Le Moyen Privilégié de la Coordination

Territoire de Santé Vannes-Ploërmel-Malestroit

[PMSI 2005]

Territoire de santé de Vannes	Recours N	Origines			
		Même territoire %	autres Territoires %	hors région %	étrangers %
CH de Vannes	**712**	82	7,7	**9,9**	0,4
CH Ploërmel	130	88,2	7,4	4,4	0,0
CL des Augustines Malestroit	42	83,3	11,9	4,8	0,0
CL Océane	35	85,7	11,0	3,3	0,0
HL de la Roche Bernard	5	83,3	0,0	16,7	0,0
HL du Palais	5	83,3	0,0	16,7	0,0
HL de Josselin	4	50,0	50,0	0,0	0,0
HL Malestroit	3	100	0,0	0,0	0,0
	935				

Valorisation des GHS AVC [PMSI 2005]

GHS	GHM	Libellé du GHS	Tarif €
173	01**M**16**Z**	AIT et occlusion des artères précérébrales < 81 ans	**2 266,86**
172	01**M**15**Z**	AIT et occlusion des artères précérébrales > 80 ans	3 075,53
163	01**M**10**V**	Autres affections cérébrovasculaires **sans CMA**	3 884,43
164	01**M**10**W**	Autres affections cérébrovasculaires **avec CMA**	5 811,65
170	01**M**14**V**	AVC non transitoires **sans CMA**	4 156,61
171	01**M**14**W**	AVC non transitoires **avec CMA**	**5 264,79**
150	01**M**01**S**	Affections du système nerveux avec CMA**S**	**13 800,38**

Les Efforts Déployés en Bretagne pour la Prise en Charge de l'AVC [PMSI 2005]

		Hémorragiques	Ischémiques	Transitoires
1	Brest-Morlaix	1 326 308 €	3 981 699 €	905 400 €
2	Lorient-Quimperlé	281 992 €	2 058 538 €	746 465 €
3	Noyal-Pontivy	160 736 €	770 125 €	165 181 €
4	Quimper-Carhaix	474 143 €	2 881 582 €	820 192 €
5	Rennes	1 601 324 €	5 044 337 €	1 144 352 €
6	Saint Malo-Dinan	920 993 €	4 505 729 €	984 753 €
7	Saint Brieuc-Guingamp	328 111 €	1 790 346 €	356 506 €
8	Vannes	450 965 €	2 570 915 €	688 055 €
	TOTAL	**5 613 574 €**	**23 603 272 €**	**5 810 905 €**
	TOTAL GENERAL		***35 027 751 €***	

Les Efforts Déployés France Entière
[PMSI 2005]

Accidents ischémiques transitoires	86,7 Millions €	16,2 %
Hémorragies cérébrales	81,7 Millions €	15,4 %
Infarctus cérébraux	277,7 Millions €	52,4 %
Indéterminés	85,2 Millions €	16,0 %
TOTAL	**≅ 530 Millions €**	**100 %**

Rapport OPEPS 2007

BESOIN DE FINANCEMENT

Effectif d'Infirmières Soins Intensifs

en Fonction de la Charge en Soins et des Plages Horaires des Postes de Travail

Recommandations SFNV 2001: un IDE et 0,5 AS pour quatre lits de soins intensifs

Équipes séparées et fixes	Matin	Après-midi	Nuit
Charge en soins IDE par patient (minutes)	69' *	42' *	37' *
Nombre de postes	1	1	1
Temps de travail effectif d'un poste (en décimal)	7,25	7,25	10
Temps de travail nécessaire par an	5 292		3 650
Temps annuel légal	1 600		1495
Effectif mathématiquement nécessaire	3,3		2,5

= 5,8 arrondi à 6 infirmières nécessaires pour 4 lits de soins intensifs

= 8,7 arrondi à 9 infirmières pour 6 lits de soins intensifs.Idem pour AS

** Source : Minier et al 2004*

Barème des Salaires Bruts Annuels ETP

Personnel soins intensifs	**Rémunération annuelle**
Coût d'un équivalent temps plein d'une garde de neurologue	150 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un manipulateur en radiologie	45 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un infirmier diplômé d'état	45 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un aide soignant	35 000 €
Personnel spécialisé	
Coût d'un équivalent temps plein d'un psychologue	55 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un kinésithérapeute	45 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un ergothérapeute	45 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'un orthophoniste	45 000 €
Coût d'un équivalent temps plein d'une assistante sociale	40 000 €

Source : Fédération hospitalière de France

Charges de Personnel Non Médical d'une Unité Neuro-Vasculaire

La présence **5 jours sur 7** d'un psychologue et d'un neuropsychologue implique la présence de 2,35 ETP **(3,3/7*5)** chacun. Le surcoût est estimé pour chacun à 129 300 € (2,35*55 000 €) soit **258 600** au total.

La présence de jour de 2 kinésithérapeutes **7 jours sur 7** représente 6,6 ETP **(3,3*2)** sur l'année ; le surcoût par unité est estimé à **297 000 €** (6,6*45 000€) par an

La présence **5 jours sur 7** d'un orthophoniste et d'un ergothérapeute implique la présence de 2,35 ETP **(3,3/7*5)** chacun. Le surcoût par unité est estimé pour chacun à **105 800** € (2,35*45 000€).

La présence **5 jours sur 7** d'une assistante sociale à mi-temps implique la présence de 1,18 ETP (**2,35/2**) chacun. Le surcoût par unité est estimé à **47 000** € (1,18*40 000 €).

Dits moi, une UNV, Combien Ça Coûte ?

Type de personnels		Coûts pour une UNV de 6 lits de soins intensifs et 24 lits dédiés
Personnels soins intensifs		
- Permanence médicale	(ETP 6,0)	150 000 €
- Infirmiers	(ETP 8,7)	391 500 €
- Aides soignants	(ETP 8,7)	304 500 €
- Coûts medico-techniques		94 500 € (H1) ; 189 000 € (H2) ; 35 000 € (H3)
- Autres coûts		362 500 €
Personnels spécialisés		
- Psychologue et neuropsychologue	(ETP 4,7)	258 600 €
- Kinésithérapeutes	(ETP 6,6)	297 000 €
- Ergothérapeutes	(ETP 2,3)	105 800 €
- Orthophonistes	(ETP 2,3)	105 800 €
- Assistante sociale	(ETP 1,2)	47 000 €
Total		**2 117 200 € (H1) ; 2 211 700 € (H2) ; 2 057 700 € (H3)**

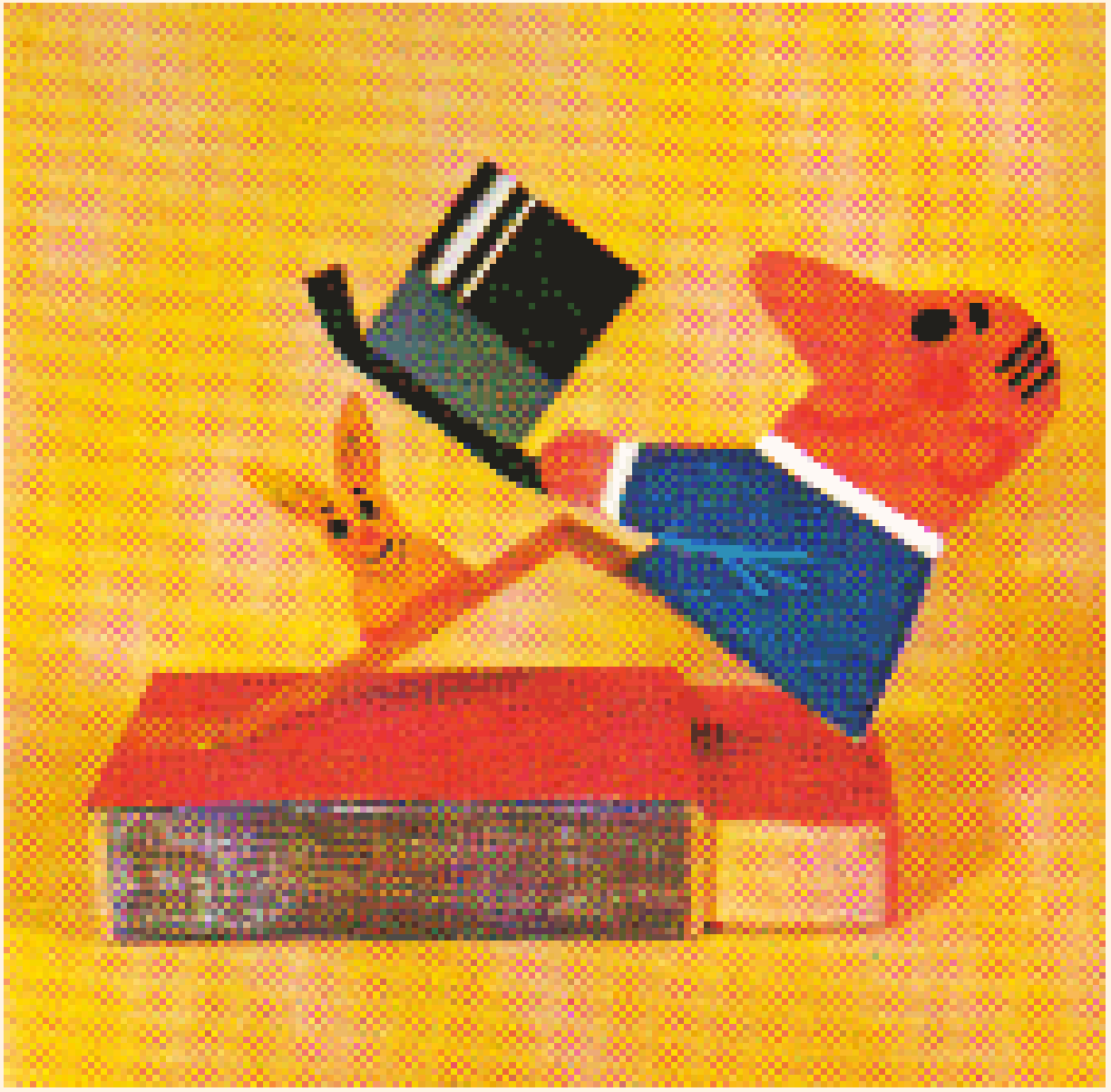
Rapport OPEPS 2007

Un Plan d'Action en Faveur de l'AVC Pour les Cinq Ans à Venir

		Coûts de fonctionnement des unités neurovasculaires					AVC pris en charge		
	Nombre d'UNV	personnel	autres	paramédicaux et personnels spécialisés	médico-technique	total	borne basse (DMS 2 jours)	valeur centrale (DMS 3 jours)	borne haute (DMS 4 jours)
point de vue DHOS-SFNV									
existantes	21	17 766 000	7 612 500	17 098 200	1 984 500	44 461 200	19 546	13 031	9 773
mises à niveau	37	31 302 000	13 412 500	30 125 400	3 496 500	78 336 400	34 438	22 959	17 219
Total 2008 DHOS	58	49 068 000	21 025 000	47 223 600	5 481 000	122 797 600	53 984	35 989	26 992
point de vue SROS		0	0	0	0	0			
existantes	21	17 766 000	7 612 500	17 098 200	1 984 500	44 461 200	19 546	13 031	9 773
créations, mises à niveau	106	89 676 000	38 425 000	86 305 200	10 017 000	224 423 200	98 660	65 773	49 330
Total 2011 SROS	127	107 442 000	46 037 500	103 403 400	12 001 500	268 884 400	118 205	78 804	59 103
point de vue SFNV		0	0	0	0	0			
existantes	21	17 766 000	7 612 500	17 098 200	1 984 500	44 461 200	19 546	13 031	9 773
créations, mises à niveau	125	105 750 000	45 312 500	101 775 000	11 812 500	264 650 000	116 344	77 563	58 172
Total 2011 SFNV	146	123 516 000	52 925 000	118 873 200	13 797 000	309 111 200	135 890	90 593	67 945

OU TROUVER L'ARGENT ?

La T2A



Passer d'une Logique de Postes Budgétaires à Une Logique de Recettes

La Dotation globale : une logique de moyens

Les étapes :

1- Dépenses « encadrées » par rapport au budget précédant

↓

2- Dotation calculée à l'euro près pour couvrir les dépenses

↓

3- Financement des moyens (personnel, consommables)

↓

4- L'activité possible est limitée par le volume des moyens disponibles

La T2A : une logique financière

Les étapes :

1- Activité réelle effectuée

↓

2- Ressources encaissées

↓

3- Dépenses gagées à concurrence des recettes

↓

4- Moyens affectés

Vers un Compte de Résultats Analytiques Par Pôle (CREA)

CHARGES

1. ***HOSPITALISATION***

GHM 2007(Coûts par GHM ENC)

- Dépenses Journées…..……
  - Personnel médical……
  - Personnel non médical…….
- Dépenses patients
- Molécules onéreuses

Total hospitalisation= €

2. ***SOINS EXTERNES***

Charges directes + quote part logistique générale…… .€

3. TOTAL… ……€

EXCEDENT……€

RECETTES facturées

1. ***HOSPITALISATION***

GHS (Tarifs 2007)……..

- H >48h……
- H ≤ 48h (CM24)……..

Total hospitalisation=……€

2. ***SOINS EXTERNES***

Activité produite

Tarifs CCAM…….……€

Coefficients NGAP…… €

3. TOTAL……..…€

DEFICIT……€

Cinq Vecteurs de Financement Possibles

Financements directement liés à l'activité

TARIFS PAR SEJOURS (GHS et suppléments)

TARIFS PAR PRESTATIONS
(CONSULTATIONS ET ACTES EXTERNES, ATU URGENCE, PO, HAD)

PAIEMENTS EN SUS
(MEDICAMENTS, DM)

Autres financements (dotation)

MISSIONS D'INTERET GENERAL ET D'AIDE A LA CONTRACTUALISATION (MIGAC)

FORFAITS ANNUELS
Financements liés à la permanence des soins
(FAU URGENCES, CPO)

Deux Financements liés à l'Activité

TARIFS PAR SEJOURS (GHS et facturation des séjours extrêmes)

TARIFS PAR PRESTATIONS (REA, STF, STC, CAE, ATU , PO, HAD)

PAIEMENTS EN SUS (MEDICAMENTS, DM)

(A)

Tarifs des GHS + suppléments

(B)

Tarifs des prestations des activités non liées intrinsèquement au GHS

(C)

Tarifs de responsabilité des consommables payés en sus

Le Paiement au Forfait par Séjour
7 GHS AVC En 2007

GHS	GHM	Libellé du GHS	Tarif €
173	01M16Z	AIT et occlusion des artères précérébrales < 81 ans	2 652,05
172	01M15Z	AIT et occlusion des artères précérébrales > 80 ans	3 063,04
163	01M10V	Autres affections cérébrovasculaires sans CMA	3 781,93
164	01M10W	Autres affections cérébrovasculaires avec CMA	5 784,35
170	01M14V	AVC non transitoires sans CMA	**3 990,29**
171	01M14W	AVC non transitoires avec CMA	**5 153,08**
150	01M01S	Affection du système nerveux avec IMAS	**7 049,42**

Tarif supplément journalier USI (STF) 419,58 €

Un Tarif à l'Unité : le Forfait Journalier de Soins Intensifs

Accidents cérébraux vasculaires non transitoires avec CMA-UNV hors USI (indicateur de reconnaissance spécifique 17)

GHS 171 — **5 153,08 €**

+

Accueil soins intensifs en UNV (unité médicale18)

3 jours — **419,58 €** **X 3**

Montant global facturé par l'établissement

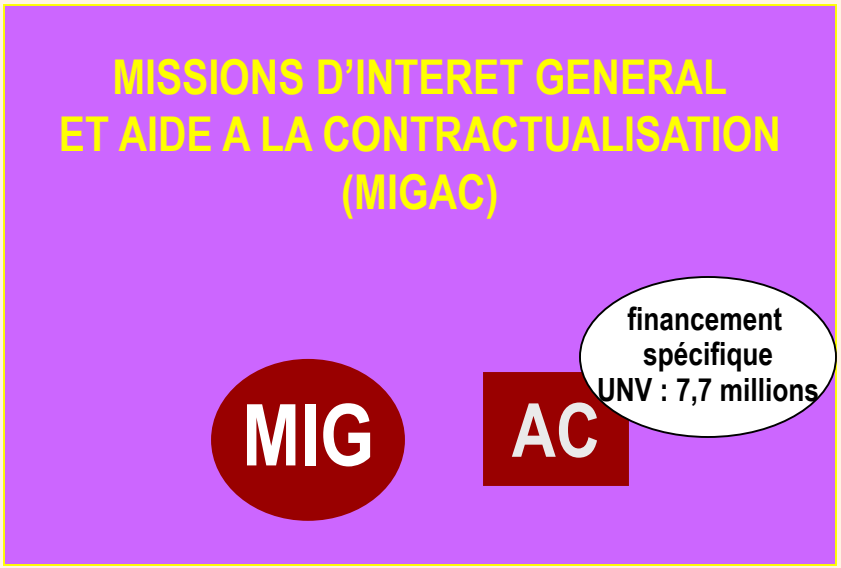
6 411,82 €

+ Un Financement non Pérenne prélevé sur la Dotation Annuelle Complémentaire

UNE MODALITE DE FINANCEMENT NE RELEVANT PAS D'UNE TARIFICATION A L'ACTIVITE :

L'ENVELOPPE « MIGAC »

(Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation)



A la Recherche d'Autres Ressources

Identifier les GHM qui peuvent être scindés

pour tenir compte de

la gravité inégale des situations cliniques

Le calcul du coût de séjour ne prend pas en compte le temps infirmier passé auprès de chaque patient non plus que le travail social individualisé. Ces temps sont lissés sur l'ensemble des séjour d'une même unité

Règles de Codage

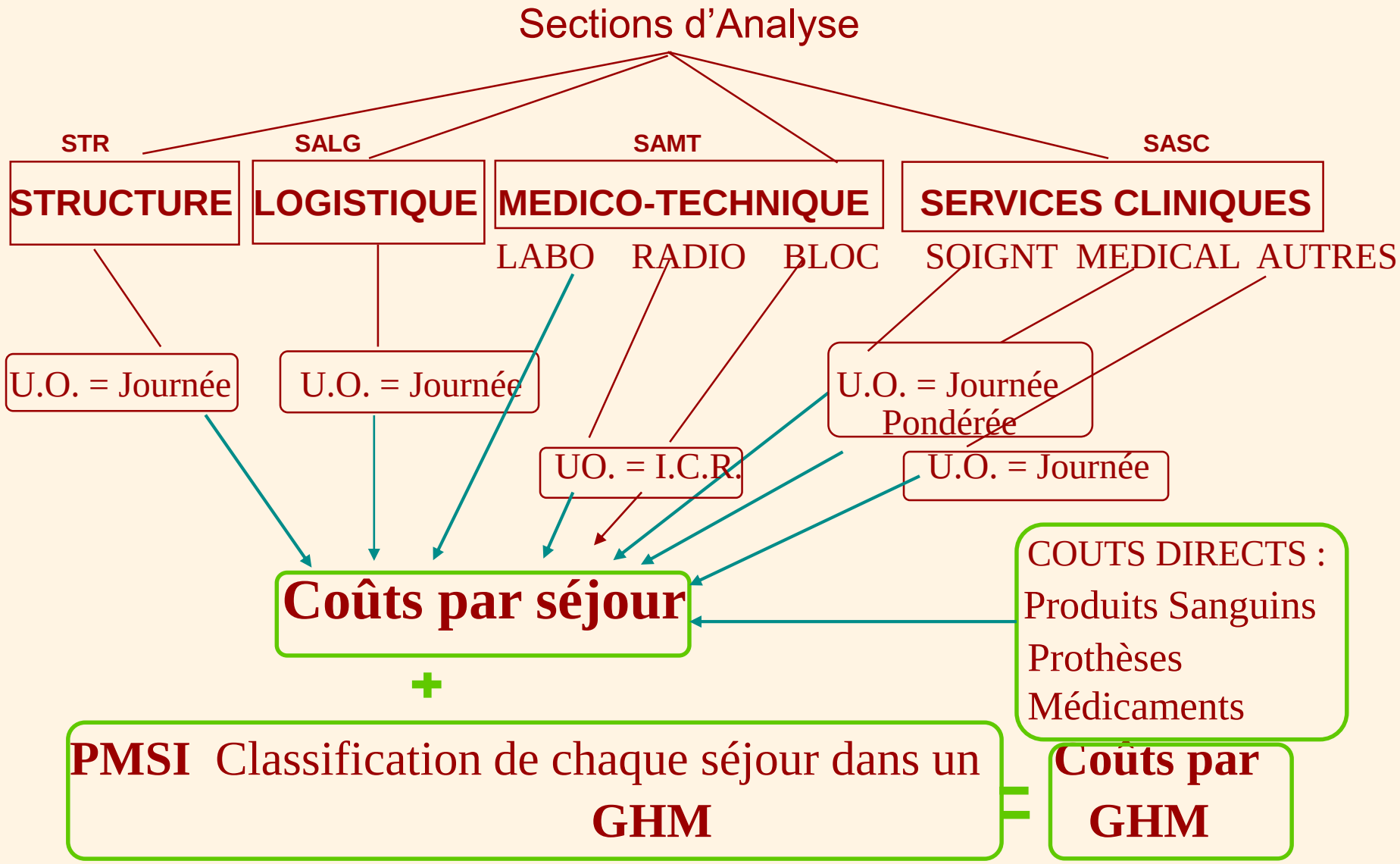
- **Un code qui n'était pas une CMA peut le devenir,** encore faut-il que son incidence puisse être étudiée, pour cela **il doit être présent** dans les bases nationales, donc dans les RUM.
- **On ne peut pas** en même temps **demander que la classification des GHM évolue et coder en fonction de sa présentation actuelle** à un moment donné.
- **La bonne référence pour le codage est le patient** : c'est lui qu'on résume, **non en fonction du contenu**, une année donnée, de la classification médicoéconomique, mais **selon ses problèmes** de santé et sa prise en charge réelle au cours du séjour
- **Le contrôle de la qualité** de l'information par l'assurance maladie ne se **limitera pas aux informations classantes, ce que sont les CMA** ; il vérifiera plus largement si les établissements « satisfont à leur obligation de qualité de l'information ». La référence étant le dossier du malade (arrêté du 31 décembre 2003), **le codage de l'ensemble des DAS**, selon leur définition (guide méthodologique) et non selon la liste des CMA, est bien concerné.

Codes Diagnostic Associés Significatifs (DAS) de l'Hémiplégie et de l'Aphasie Récentes*

G81.00	**Hémiplégie** flasque récente, **persistant** au-delà de 24 heures
G81.01	**Hémiplégie** flasque récente, **régressive** dans les 24 heures
G81.08	**Hémiplégie** flasque, autre et **sans précision**
R47.00	**Aphasie** récente, **persistant** au-delà de 24 heures
R47.01	**Aphasie** récente, **régressive** dans les 24 heures
R47.02	**Aphasie**, autre et **sans précision**
R47.03	**Dysphasie**

* *Annexe 2 circulaire du 22 mars 2007*

Examen des Coûts Par Unité Médicale Reconnue en Fonction des Codes dans L'Echelle Nationale de Coûts N-2



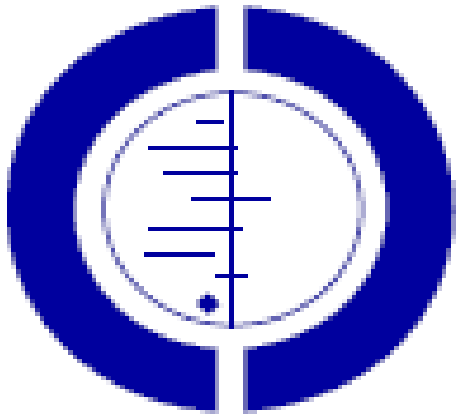
Autres Hypothèses de Travail :

- Déconnecter les GHS des GHM en attachant **plusieurs GHS à un seul GHM** en fonction de la gravité inégale des situations cliniques (ex:soins palliatifs)
- Créer pour les UNV un financement mixte doté d'un **forfait annuel garanti** quelque soit l'activité pour couvrir les importantes charges fixes de personnels (permanence 24h/24, personnel spécialisé).Le niveau des forfaits serait différencié en fonction de la file active (ex:Coordination Prélèvement d'Organes).

RENDRE DES COMPTES

Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review)

Stroke Unit Trialists' Collaboration



THE COCHRANE COLLABORATION®

Evidence Based Economics

La Question Économique

Où Faut-il Placer son Argent
pour Mieux Prendre en Charge L'AVC ?

Organisation Conventionnelle ou Organisation innovante ?

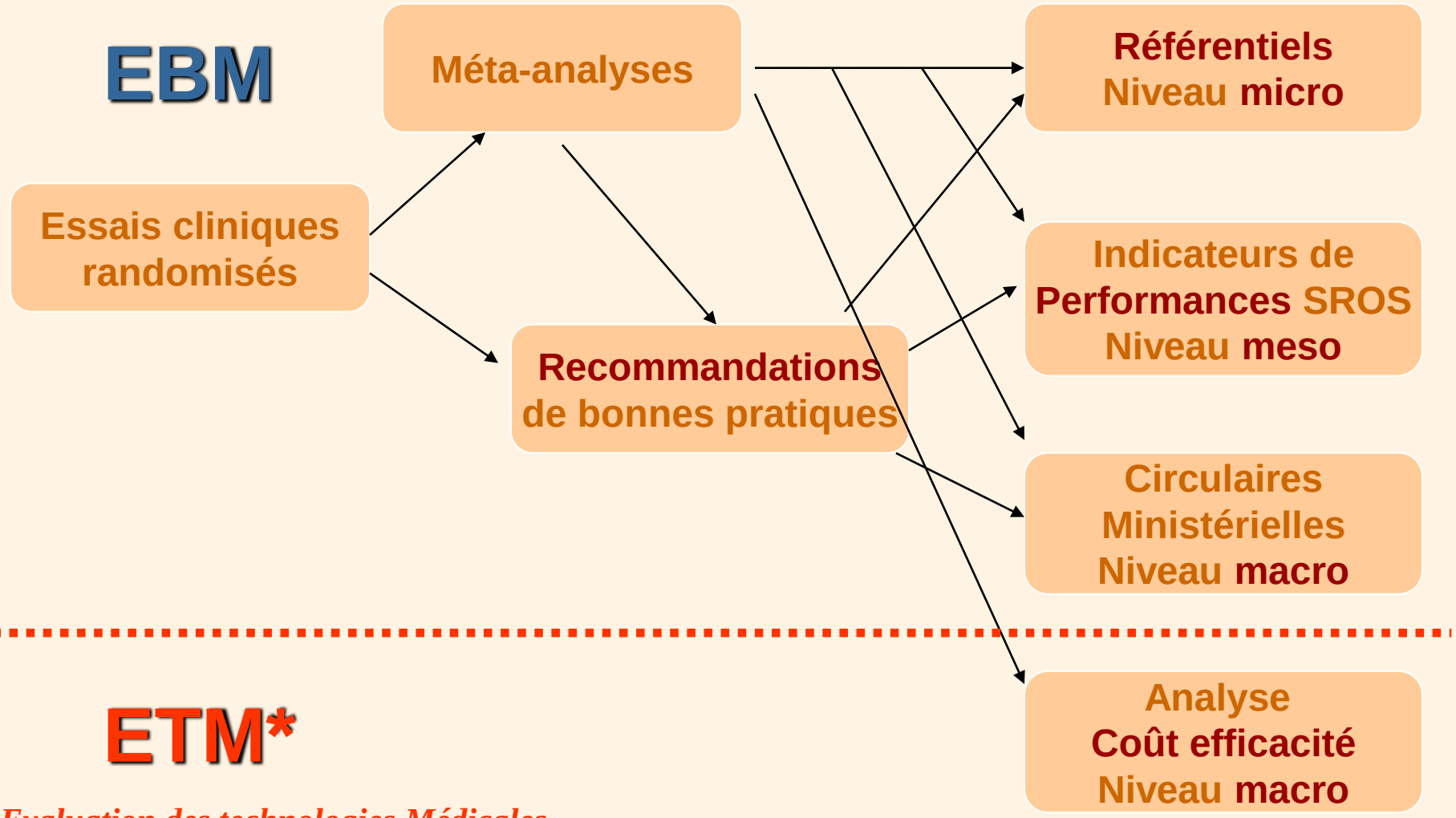
Réponse

Privilégier la mise en œuvre de l'organisation qui offre

les meilleurs bénéfices thérapeutiques, humains et financiers

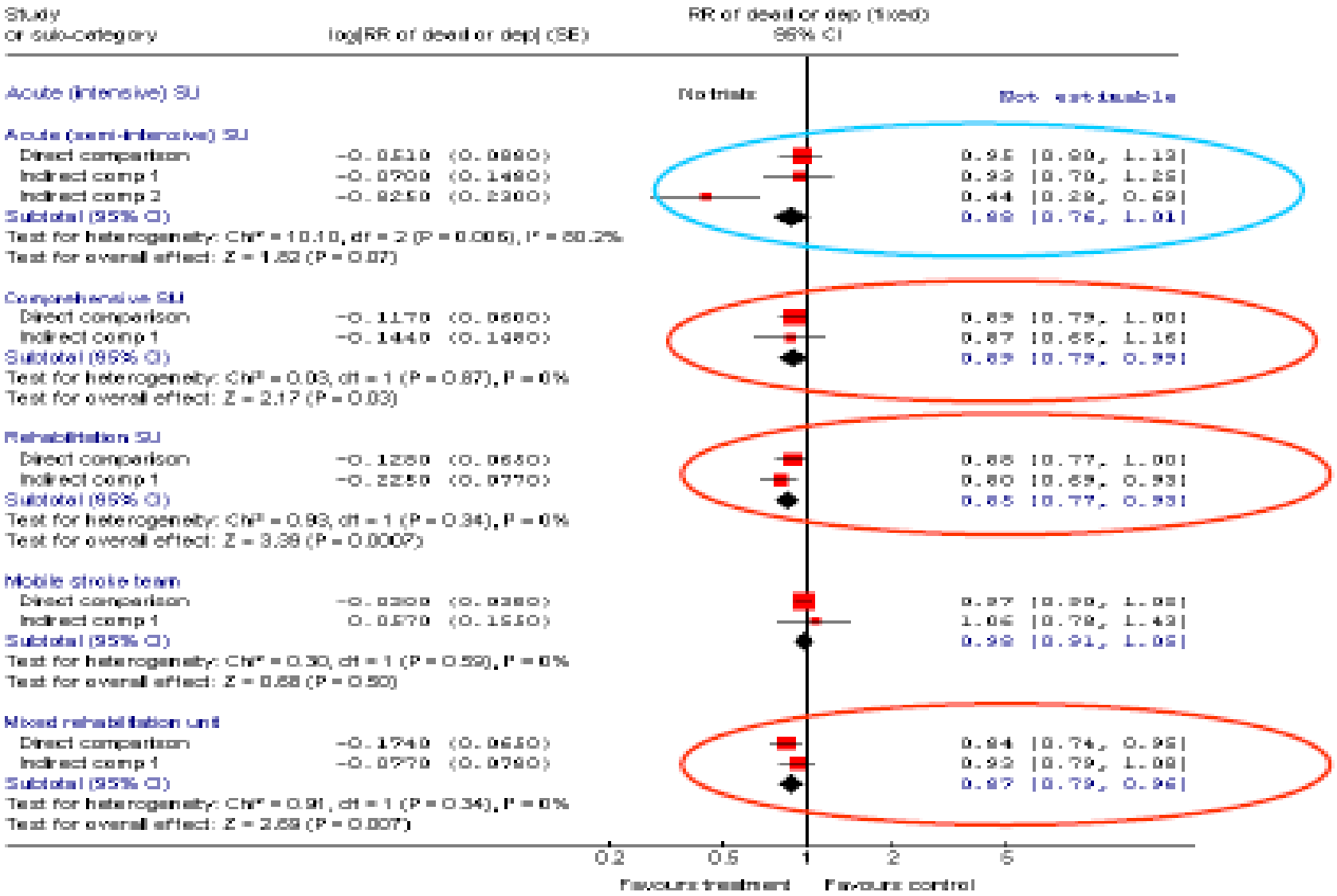
par unité monétaire investie

De la Recherche Clinique à la Politique de Santé : EBM vs ETM *



******Evaluation des technologies Médicales*

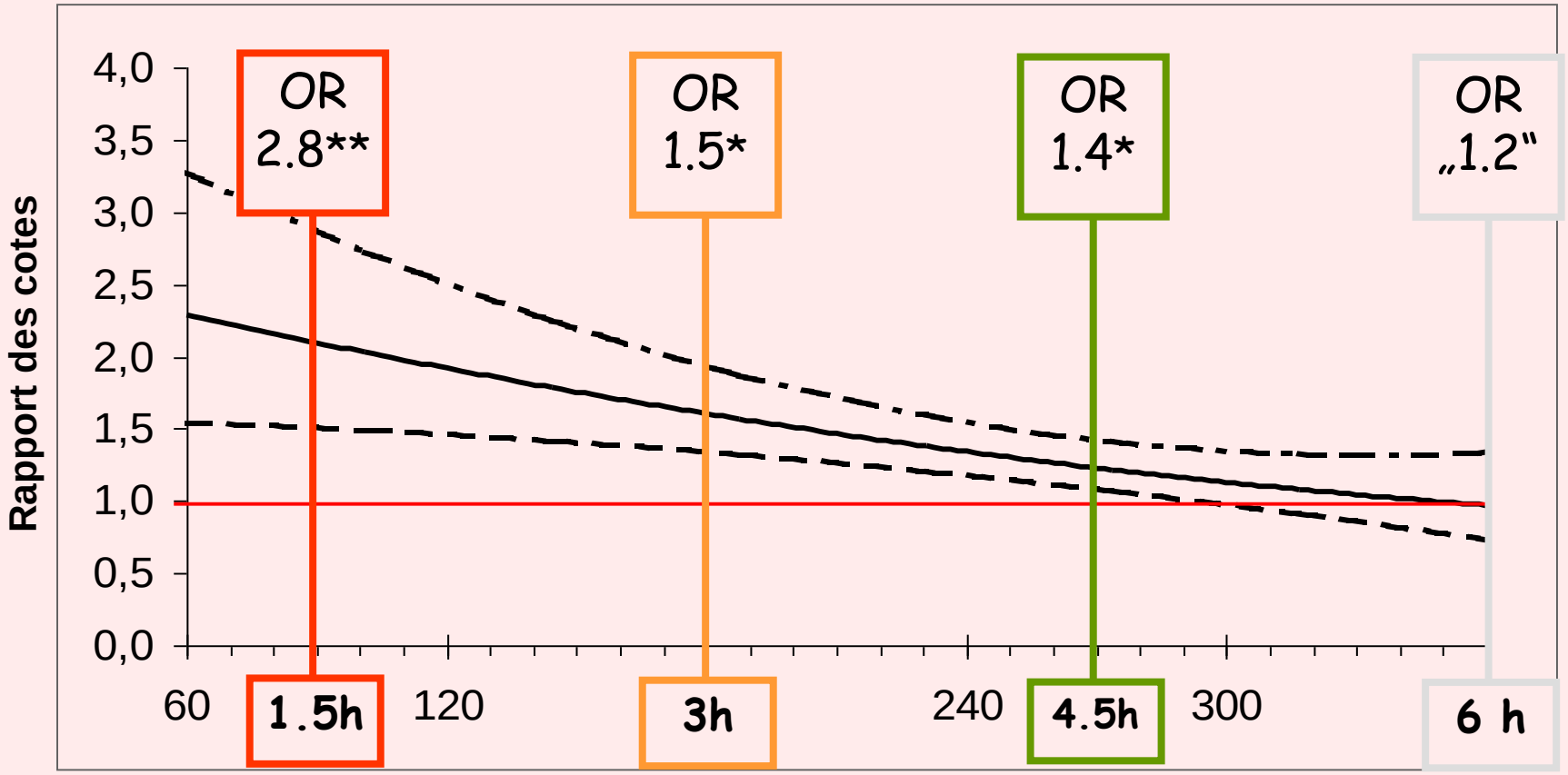
UNV: Décès ou Handicap au Terme de la Période de Suivi



Kalra, Stroke Units Trialists' Collaboration 2005

Quelle Fenêtre Thérapeutique pour la Thrombolyse* ?

Critère composite indépendance fonctionnelle et déficit neurologique à 90 J
(mRS 0-1, Indice de Barthel 95-100, NIHSS 0-1)
Rapport des cotes Intervalle de Confiance à 95%
N = 2799



** Hacke et al Lancet 2004.363 : 768-774*

La Traduction des Recommandations en Critères Observables*

- Indicateurs de structure :
  - Taux d'incidence des AVC par territoire
  - Taux d'AVC par tranche d'âge
  - Nombre et implantation des UNV
- Indicateurs de processus :
  - Nombre de patients pris en charge dans l'établissement/dans l'UNV
  - Pratique d'une IRM ou non
  - Nombre de Patients thrombolysés pour AVC
  - Durée moyenne de séjour dans l'établissement/dans l'UNV
- Indicateurs de résultats :
  - **Score NIH** à l'admission, aprés 48 h et à la sortie
  - Mode de sortie et destinations au sens du PMSI

** Annexe 3 circulaire du 22 mars 2007*

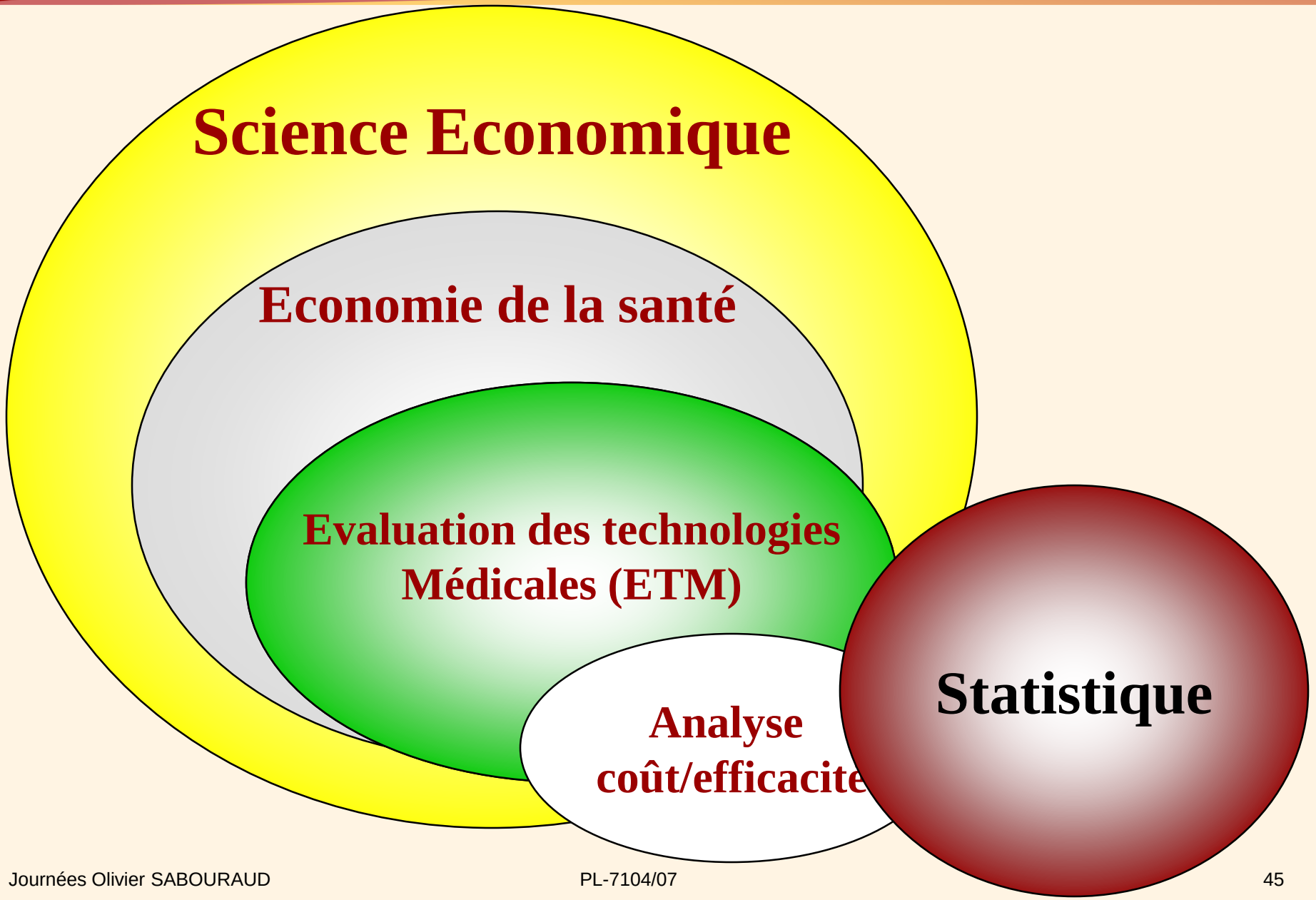
Intérêt de Santé Publique: « Stratégie de Masse » vs « Stratégie Ciblée »

Intervention	Population rejointe en nombre annuel d'AVC	Différence absolue de risque exprimé en % (IC 95 %)	Nombre de décès ou de handicaps évités N (IC 95 %)	Bénéfice populationnel pour 1000 AVC (IC 95 %)
UNV (100 %)	94 200 [1]	5,6 %[2] (2,0 ; 8,3)	5 275 (1 884 ; 7 819)	56 (20 ; 83)
Rt-PA (20 %) [4]	18 000	11,0 % [3] (5,0 ; 17,0)	1 980 (900 ; 3 060)	21 (10 ; 32)
Rt-PA (1,1 %) [5]	1 080	11,0 % (5,0 ; 17,0)	119 (54 ; 184)	1,26 (0,57 ; 1,95)

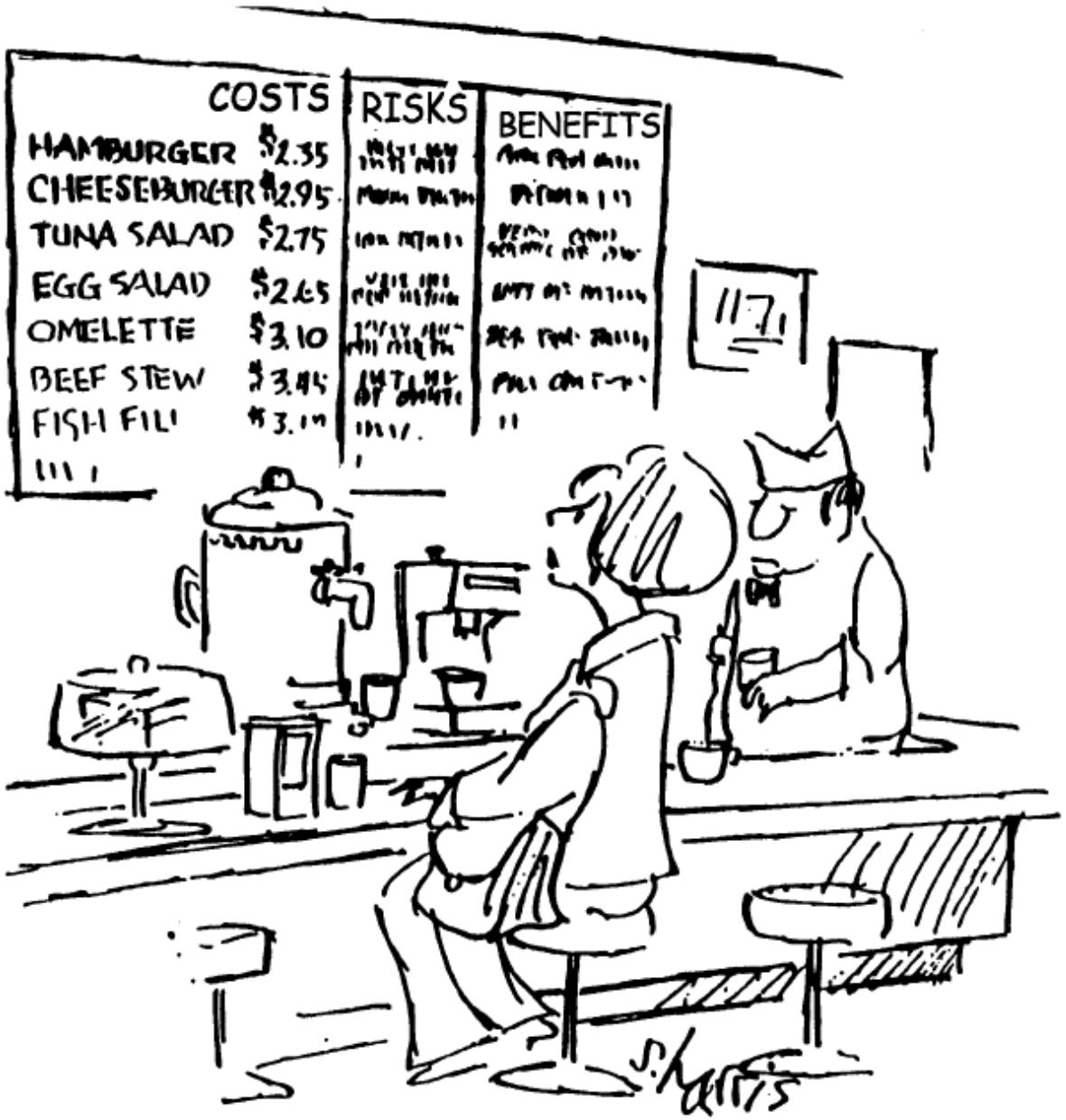
[1] estimation PMSI 2005 ; [2] Cohrane review 2002 UNV vs Médecine interne; [3] Warlow; Stroke 2003 ; estimation [4] Californian Acute Stroke Pilote Registry; Stroke 2005 ; [5] Enquête d'observation [SFNV-DHOS 2006] ;

Rapport OPEPS 2007

ETM : Un Lien entre Science & Décision



Le Bénéfice-Risque



L'Evaluation des Technologies Médicales

est une Discipline Subsidiaire d'Aval de la Prise en Charge

- Elle prend les empreintes de la démarche clinique
- Elle en fait un moulage
- Elle y coule des Euros

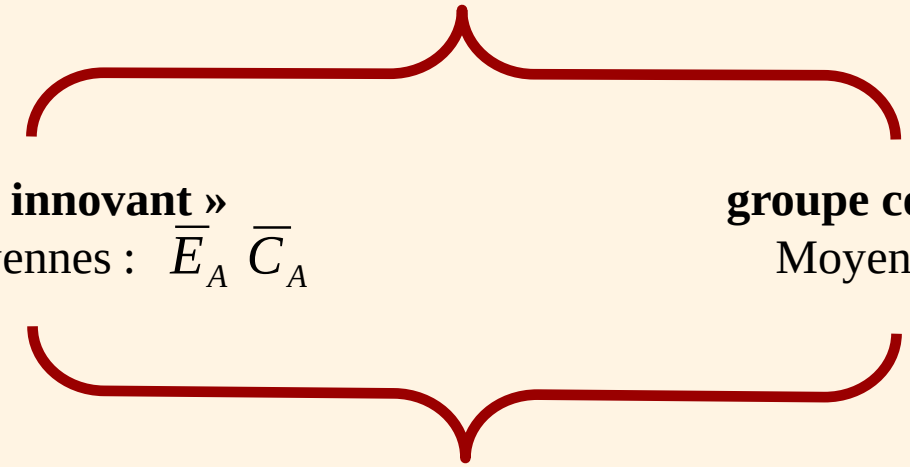
Cadre Analytique de l'ACE

- Deux organisations (Org) : une organisation innovante (A) vs. une organisation conventionnelle (B)
- Besoin de Financement (BDF):
  - Pts dans le groupe innovant : C_{A1}, C_{A2}, ….C_{AK} → $\overline{C}_A$
  - Pts dans le groupe contrôle : C_{B1}, C_{B2}, ….C_{BJ} → $\overline{C}_B$
- Efficacité :
  - Exemples de mesures:
    - Quality-adjusted life years (QALYs), Indice de Barthel, mRs.
    - Années de vie gagnées sans séquelle
  - Pts dans le groupe innovant : E_{A1}, E_{A2}, ….E_{AK} → $\overline{E}_A$
  - Pts dans le groupe contrôle : E_{B1}, E_{B2}, ….E_{BJ} → $\overline{E}_B$

Quel Montant doit-on Investir pour Obtenir le Résultat Attendu ?

Le Rapport Investissement additionnel/Quantité d'Effets Induits :

Deux populations indépendantes de mêmes caractéristiques



groupe « innovant »
Moyennes : $\overline{E}_A$ $\overline{C}_A$

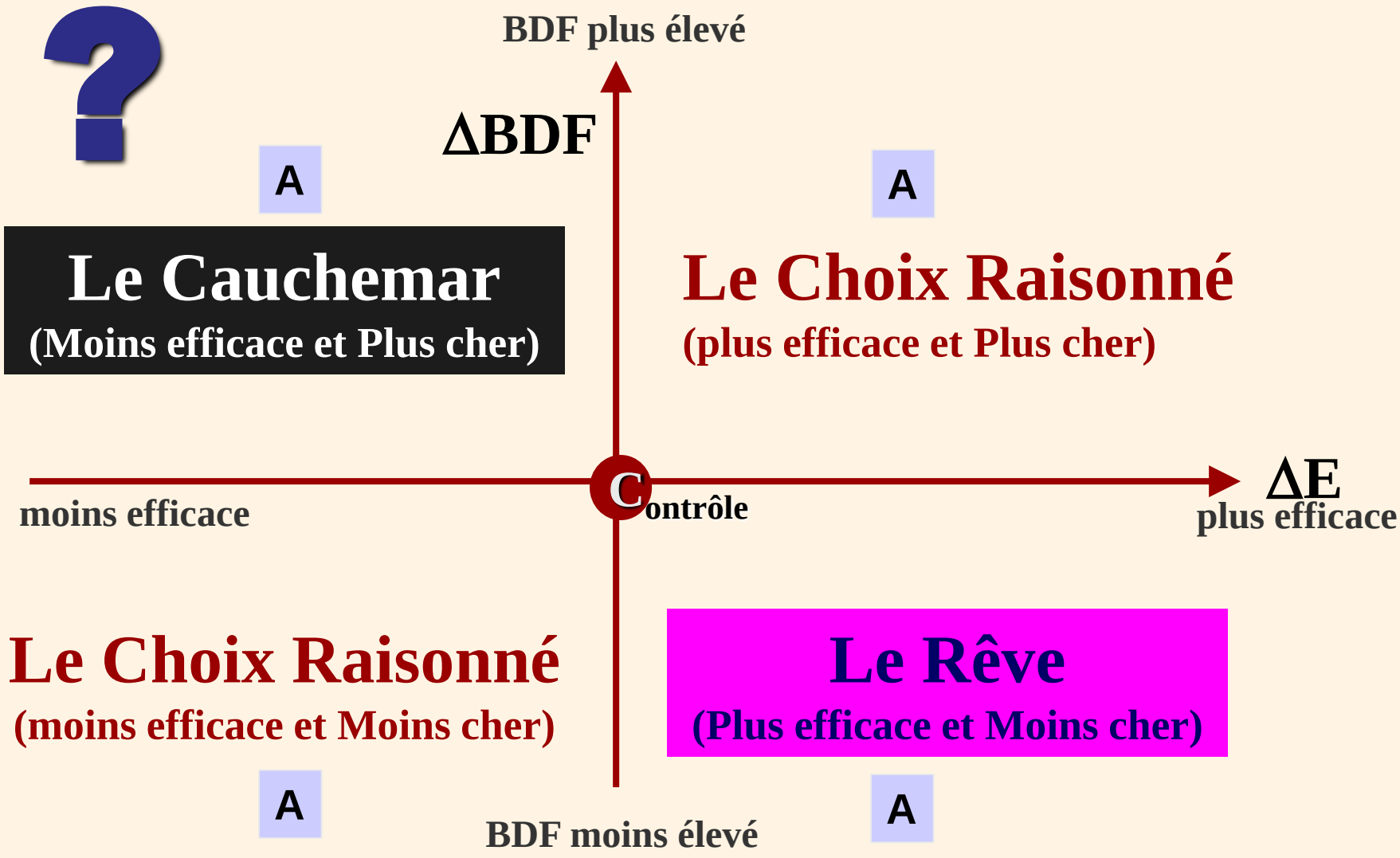
groupe contrôle
Moyennes : $\overline{E}_B$ $\overline{C}_B$

Ratio coût efficacité différentiel

$$R = \frac{\Delta BDF}{\Delta E} = \frac{\overline{BDF}_A - \overline{BDF}_B}{\overline{E}_A - \overline{E}_B}$$

BDF: Besoin de Financement

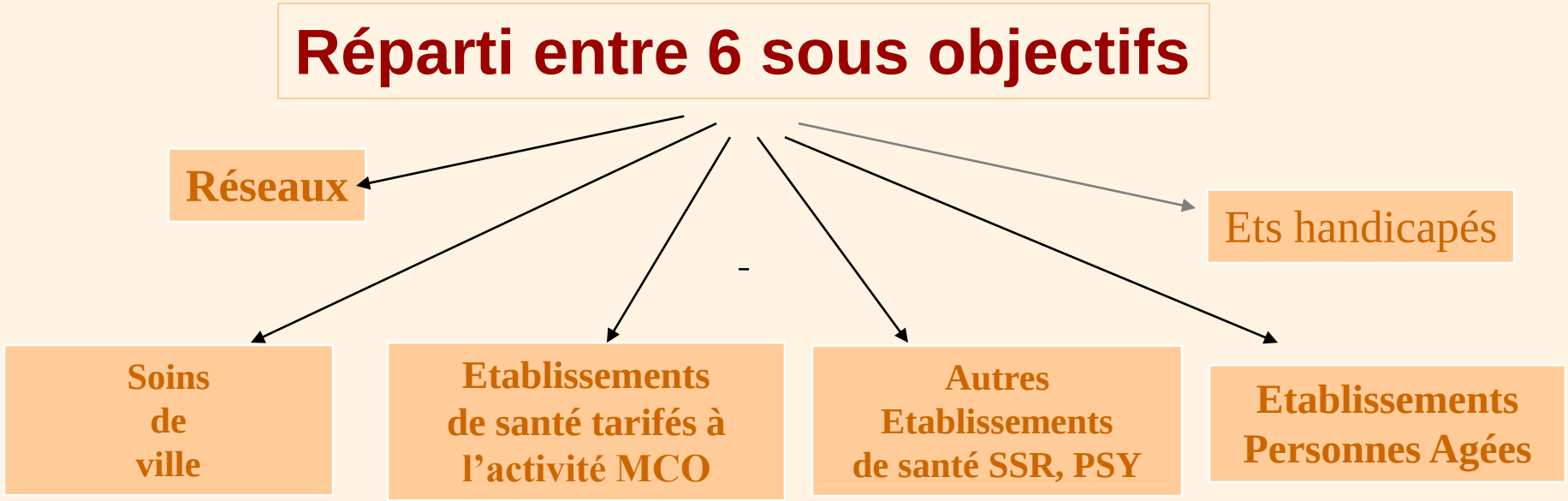
En Avoir ou Non Pour Son Argent : Où est A?



BDF: Besoin de Financement

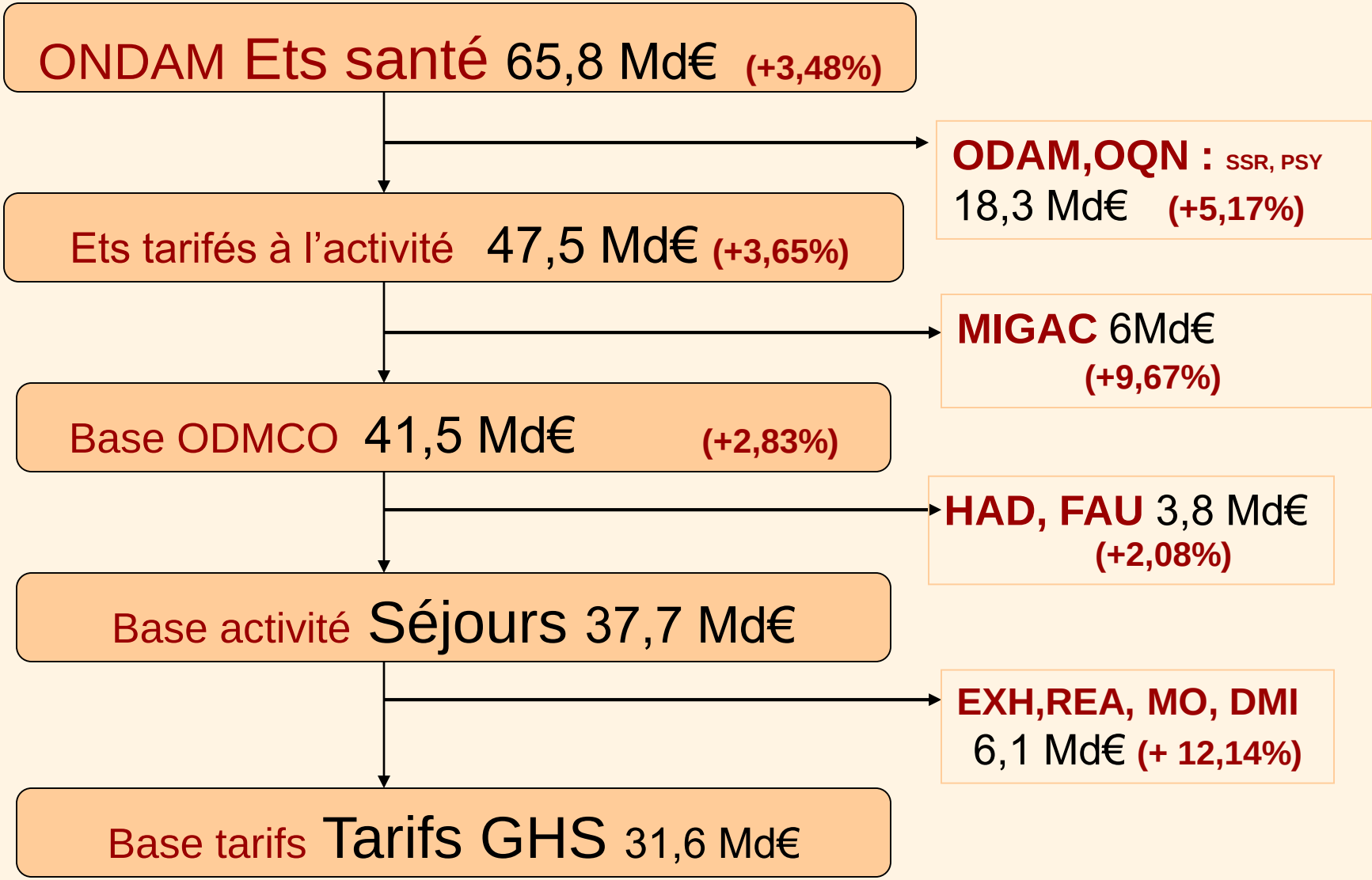
La Volonté de Payer n'est Pas Infinie

Le Parlement vote la loi de financement de la Sécurité Sociale qui fixe l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie

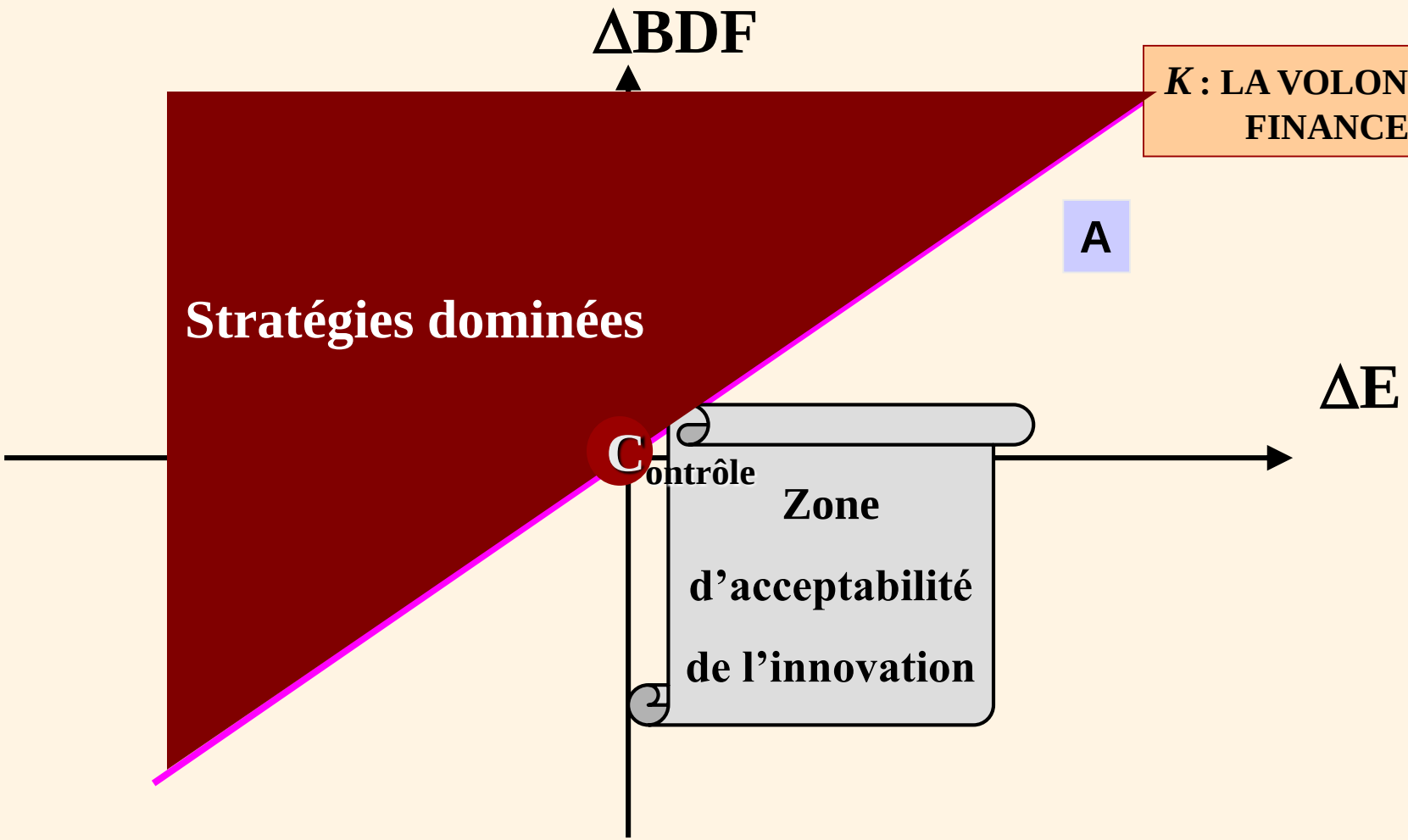


L'ONDAM 2007 144,8 Md€ (+2,6%)

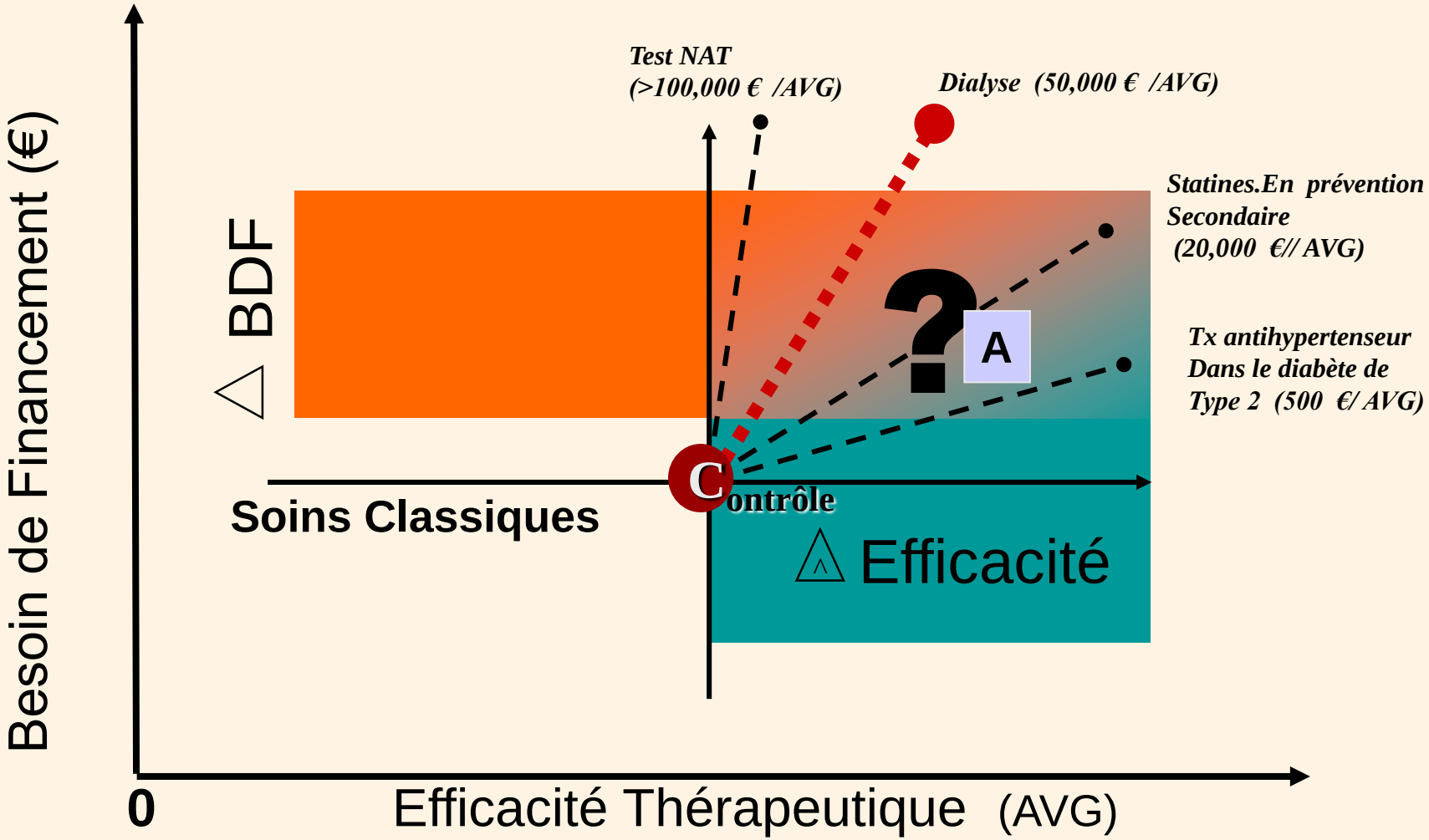
« La Bonne Santé des Uns fait la Mauvaise Santé des Autres »



Combien les Biens Portants sont-ils Prêts à Payer ?

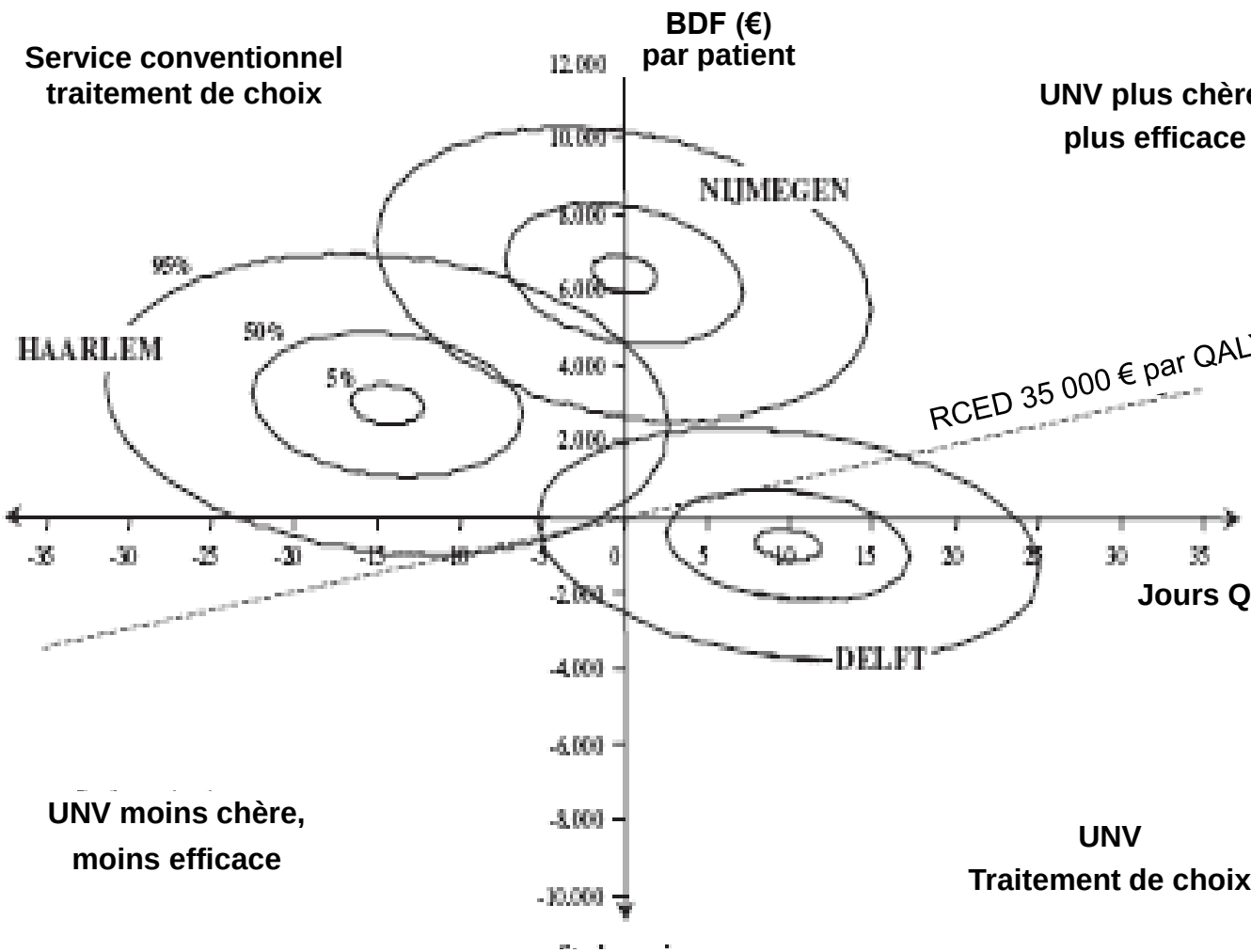


Calculer l'Effort Selon ce Qu'il Rapporte aux Malades



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

Efficience des Réseaux Cérébraux Vasculaires en Hollande



Exel Q.J.Med 2005;415-425

Conclusion

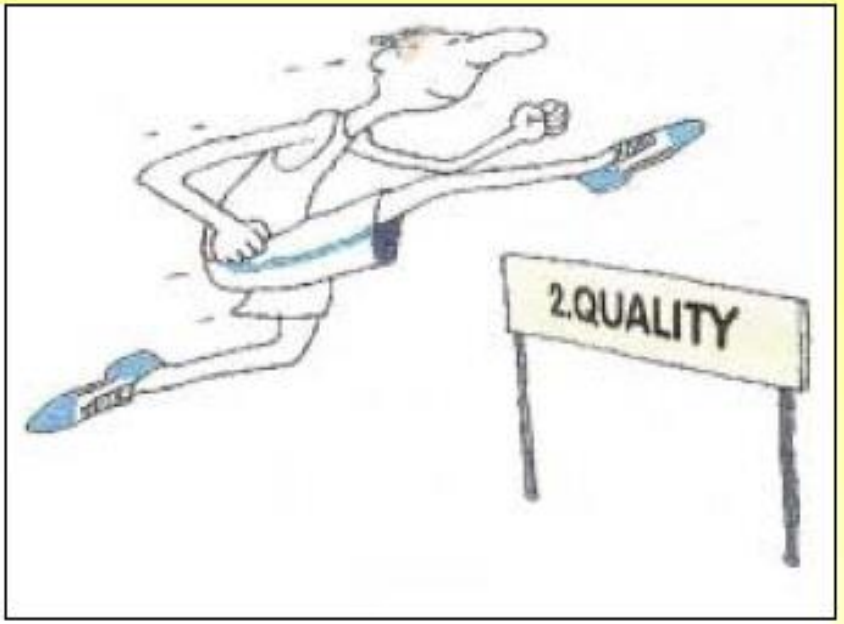
- ***Exiger des moyens sur la base de données épidémiologiques ou de faits scientifiquement démontrés ne suffit plus.***
- De ***nouveaux critères*** de jugement doivent être pris en compte :

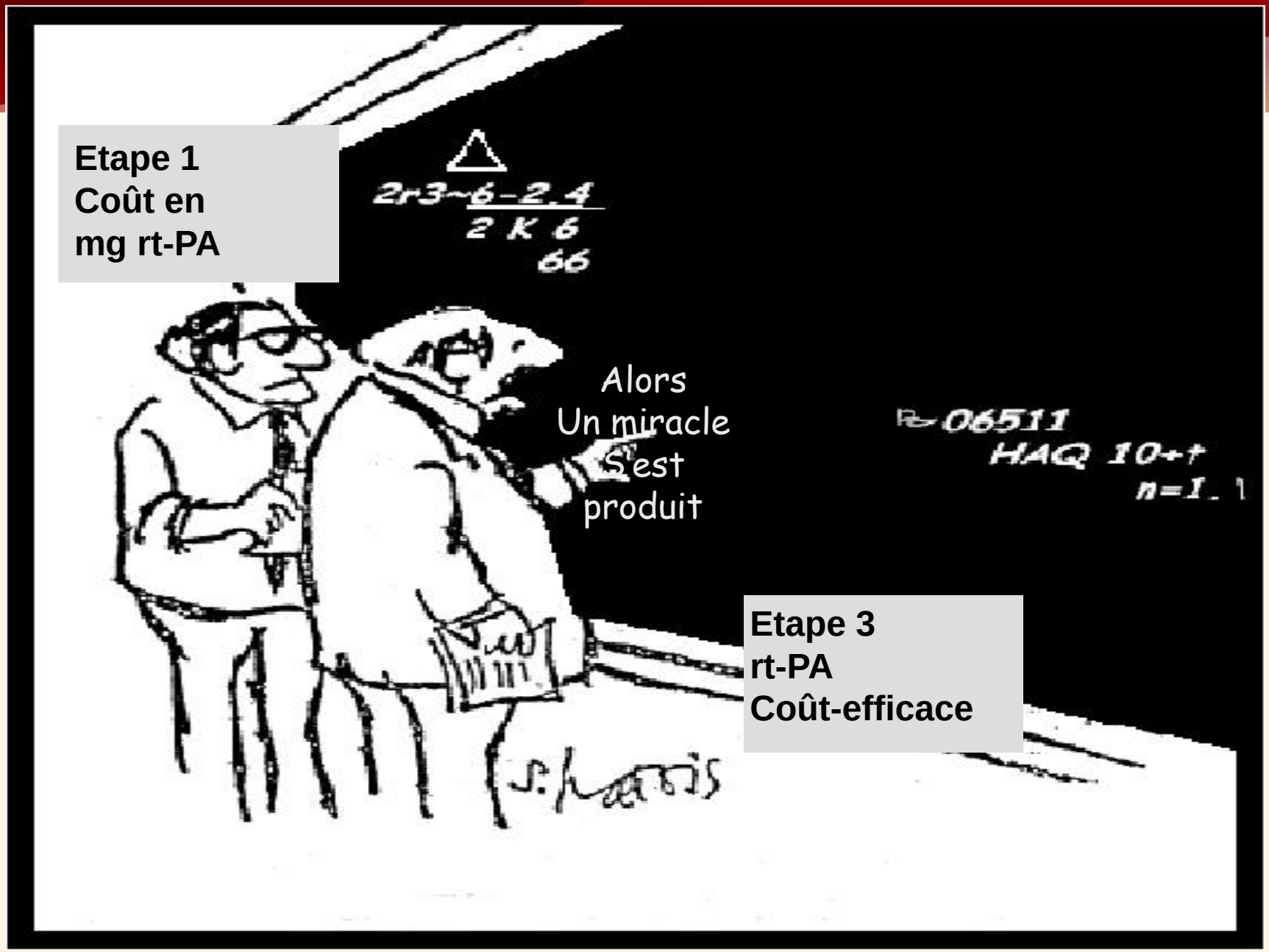
  – Introduction de la variable Recettes dans les TDB. Le chiffrage des ***recettes à dégager*** pour obtenir le service attendu ou rendu est un impératif.

  – Démonstration en condition normale d'usage et **sur coupe longitudinale** du bénéfice médical retiré par le patient de la fréquentation du dispositif ***(par ex en terme de survie sans handicap mRs)***
- ***L'analyse économique*** *est au cœur du dialogue entre une administration* ***qui travaille et des société savantes désormais en concurrence les une avec les autres*** :
- Une nouvelle conception de nos ***devoirs*** se forge:

« DONNER LE MEILLEUR » PAR EURO INVESTI

La Décision Médicale





Je pense que vous devriez être plus explicite ici à l'étape 2