Analyse économique de l'essai OSSEBO : premiers résultats

Sandrine Dufour-Kippelen,
Yasmine Fahfouhi, Arthur Juet
(Université Paris Dauphine – PSL – LEDa-LEGOS – Pôle Santé Dauphine)

en collaboration avec Patricia Dargent-Molina et Bernard Cassou

Les Rencontres de Santé publique France, 29 mai 2018, Paris

1. Présentation de l'essai OSSEBO et de ses principaux résultats en termes d'épidémiologie, de tests physiques et de chutes (Dargent-Molina et al. BMJ 2015)
2. Etude médico-économique
3. Premiers résultats

Programme d'entraînement progressif de l'équilibre d'une durée de 2 ans sur la prévention des traumatismes liés aux chutes chez des femmes de 75-85 ans : essai multicentrique Ossébo

Patricia Dargent-Molina[1], Fabienne El-Khoury[1], Bernard Cassou[2]

[1]*Centre de Recherche Epidémiologie et Statistique (CRESS), INSERM, Villejuif*
Université Paris-Descartes
[2]*AP-HP, Hôpital Sainte-Périne, Centre de Gérontologie, Paris*

El-Khoury F et al. BMJ 2015:351:h3830

L’intervention

Programme d’entraînement de l’équilibre progressif sur 2 ans (protocole standardisé) adapté à des personnes 75+

Ateliers hebdomadaires d’exercices en petits groupes + exercices à faire au domicile

Animés par des instructeurs de l’association S.I.E.L Bleu, spécialement formés

Population et suivi

- 706 femmes 75-85 ans (moyenne 80) – vivant à domicile

- ‘ni en trop bonne forme, ni trop fragiles’
  Sélection à partir de 2 tests simples: marche ‘funambule’ et test de marche

- Randomisées en 2 groupes: intervention (exercice) (352 femmes) vs. contrôle (354 femmes)
- Inclusion de décembre 2007 à mai 2011

- Enregistrement mensuel des chutes
- Enquête téléphonique en cas de chute + (“éléments” du dossier médical)

- Examens de suivi à 1 an et 2 ans

Résultats

	Nb (taux*) de chutes		Effet de l'intervention: HR¤ (IC 95%)
	Contrôle (354 F)	Exercice (352F)	
Toutes chutes	640 (0,92)	533 (0,79)	0,88 (0,77 - 1,00)
Toutes chutes traumatiques	397 (0,56)	305 (0,45)	0,81 (0,67 - 0,99)
Chutes graves	87 (0,12)	68 (0,10)	0,83 (0,60 - 1,16)

* : Nombre total d'événements / nombre total de femmes-années de suivi

¤ : Ratio des taux d'incidence estimé à partir d'un modèle « à fragilité »

El-Khoury F et al. BMJ 2015:351:h3830

LEDa LEGOS EA 4404

PÔLE SANTÉ DAUPHINE

2- Evaluation médico-économique

Approche microéconomique, du point de vue de l'assurance maladie :

- Une évaluation des conséquences des chutes traumatiques observées (en termes d'utilisation des ressources, de coûts directs médicaux liés à la chute)
- Coût-efficacité / impact du programme

Remerciements:

Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé inpes

M-E Joël, responsable du projet initial

Constitution de la BDD coûts:

Y. Fahfouhi, A. Juet, MC Lai, J. Lé, M. Marmier, S. Barhami

Protocole et données disponibles pour la valorisation des dépenses de l'AM suite à une chute

Les données disponibles:

Enregistrement mensuel des chutes (calendrier)➔Enquête téléphonique en cas de chute + "éléments" du dossier médical ➔ questionnaire "suivi de chute" avec ou sans compte-rendus médicaux:

Renseigne sur la prise en charge suite à la chute sur la base des déclarations des participantes et des CR disponibles

== > reconstitution globale de la trajectoire de soins (directement) liés à la chute en ambulatoire, à l'hôpital..

699 chutes étudiées (395 groupe Contrôle / 304 groupe Exercice)

Limites du recueil des données:

- Déclaratif
- Données lacunaires :
  - récit de la personne ou de ses proches
  - Absence de compte rendu
  - nature des établissements fréquentés
  - Pas d'information sur les suites de la chute

- Coûts réels pas connus, pas collectés

➔ Approche restrictive du coût médical lié à la chute

Hypothèses retenues :

Règle = stratégie conservatrice: ne pas surévaluer les coûts, ne pas favoriser le groupe Exercice

➔mêmes hypothèses pour les 2 groupes

- Tarif remboursés AM (60%)
- Tarifs conventionnels (kiné, IDE, transports)
- Hôpital: étude nationale des coûts pour GHS pour estimer le coût
- SSR: référentiel de coûts : *on applique le plus faible (*objectif quantifié national (étab PL) *OQN)*
- si pas de tarif: prix courant moyen observable (actes hors nomenclature, dispositifs médicaux remboursables…transport hélicoptère)

Scénarios définis pour assurer la cohérence de la prise en charge:

Ex: si visite chez médecin traitant, antalgiques

Ex: si fracture sans hospitalisation: par défaut, radio et consultation de contrôle / 15 séances de kiné

Ex: si fracture avec hospitalisation : séjour hospitalier suivi de kiné si pas de transfert en SSR

ex: aller-retour VSL pour les visites de contrôle

Ex : séjour en SSR fixé à 30 jours si pas de précision

- horizon temporel court par chute: conséquences de la chute à 1 ou 2 mois max

3 - Premiers résultats

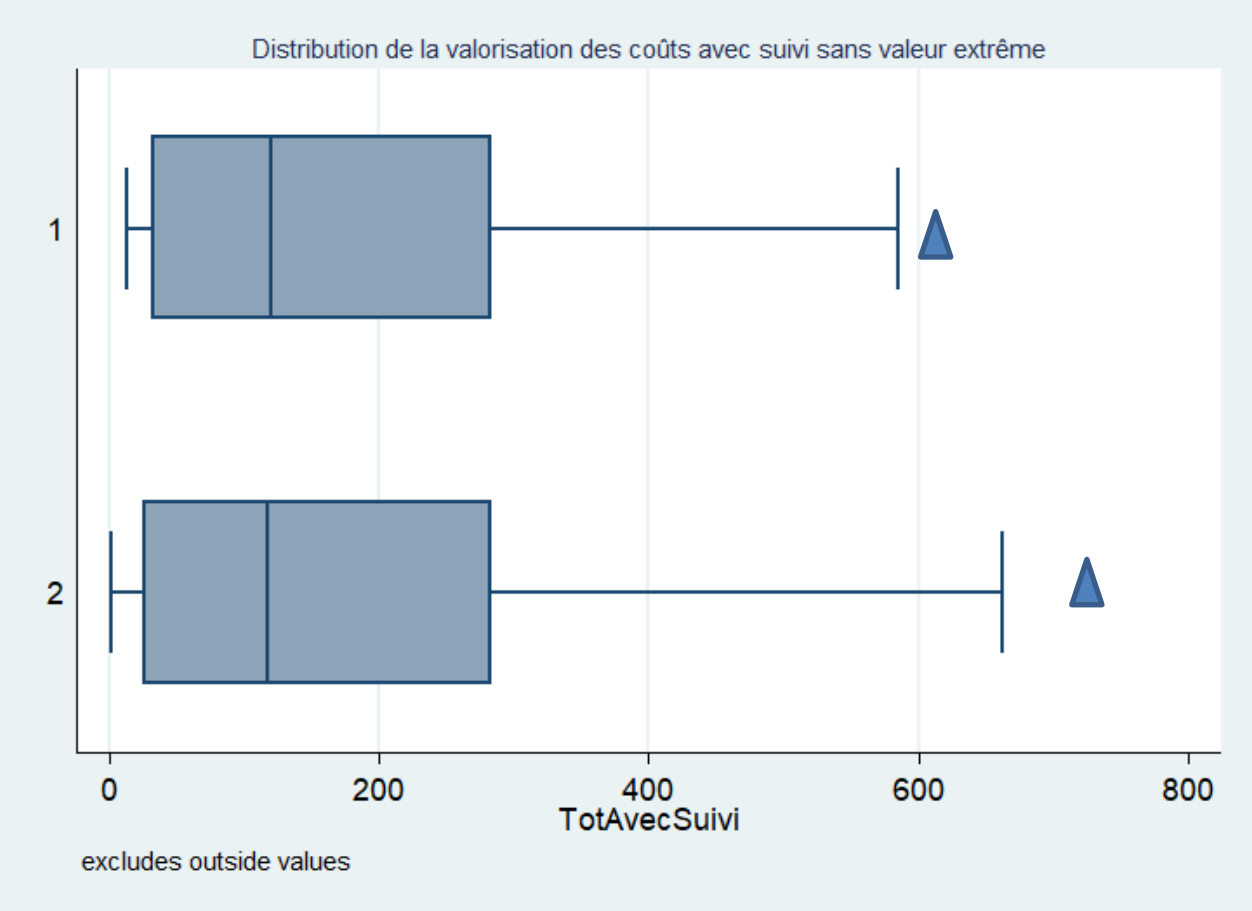
3.1 Le recours au système de soins suite à une chute traumatique

	Contrôle	Exercice
Nb (%) de chutes traumatiques "avec recours au système de santé"	**149 (37.7%)**	**129 (42.4%)**

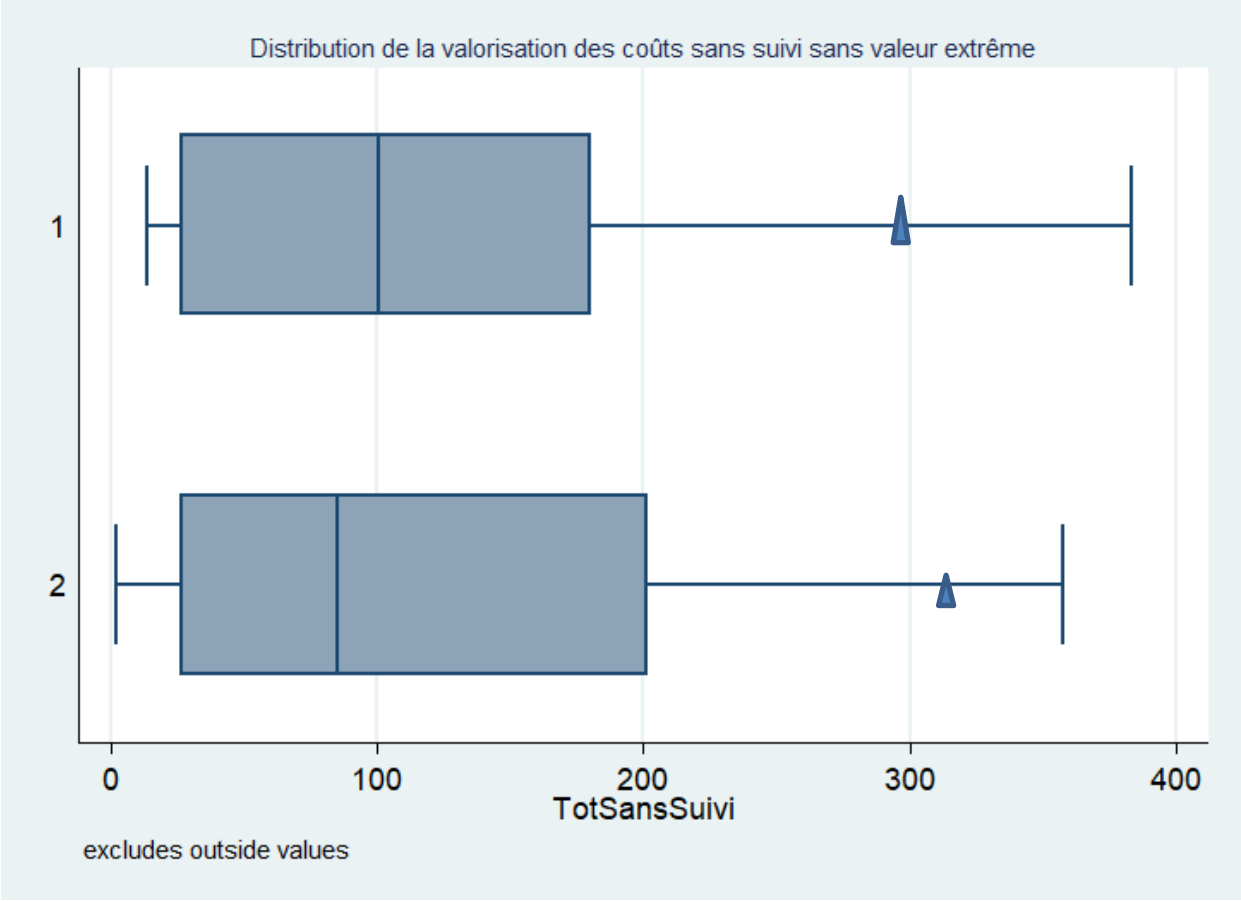
	Groupe 1 N=149 chutes	Groupe 2 N=129 chutes	Diff %
Ambulance	29 (29/149=18.5%)	30 (30/129=24%)	NS
urgence	60 (40.2%)	48 (37%)	NS
médecin	91 (61%)	85 (65.9%)	NS
hospitalisation	19 (12.8%)	19 (14.8%)	NS

3.2 les coûts médicaux directs de la chute

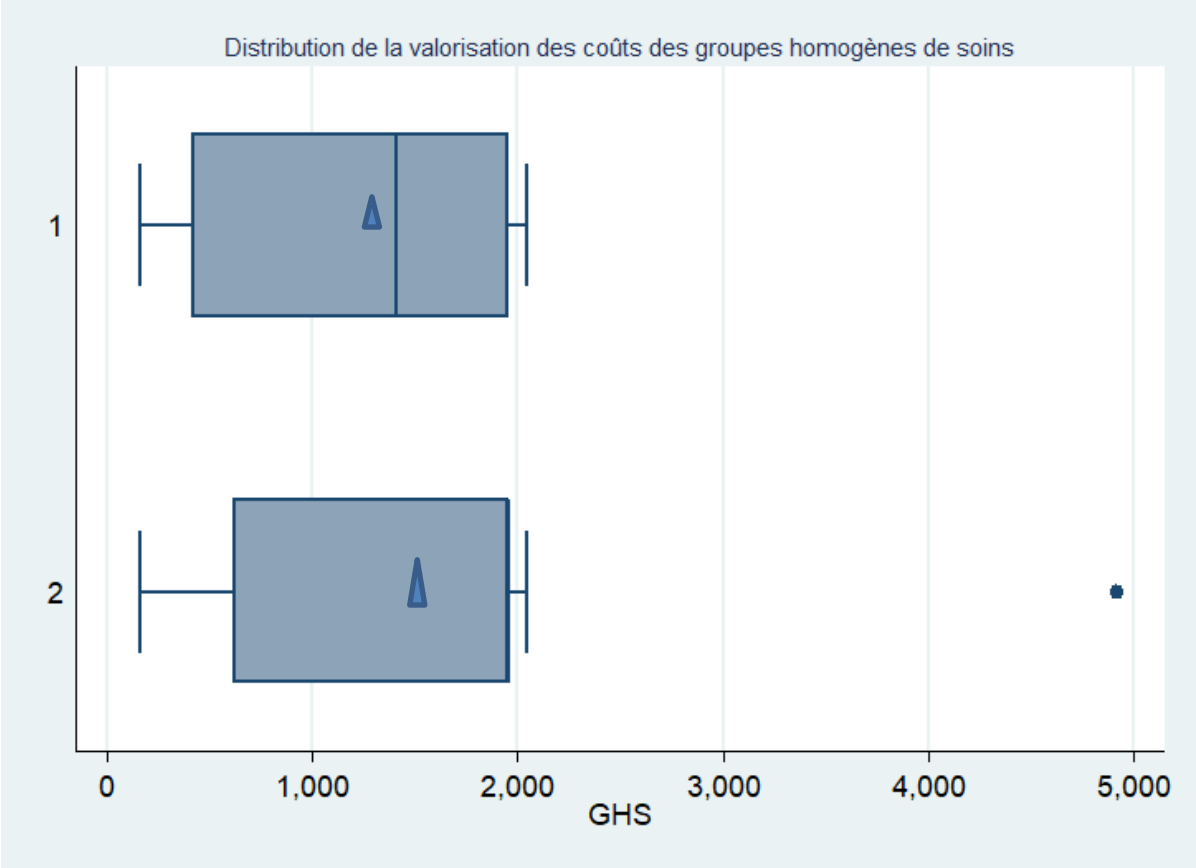
a) Coût total quand recours au système de soins



b) Coût total sans kiné/SSR quand recours au système de soins



c) Coûts hospitaliers



	Contrôle	Exercice	Diff des moyennes
Nb chutes	149	129	
Coût total			
Moyenne (SD)	639 (1903)	788 (1939)	ns
Médiane [Q1; Q3]	120 [32;284]	117 [27;282]	
Coût sans suivi			
Moyenne (SD)	295 (673)	339 (733)	ns
Médiane [Q1; Q3]	100 [26;181]	85 [27;202]	
Coût hospitalier seul			
Moyenne (SD)	1218 (736)	1600 (1080)	ns
Médiane [Q1; Q3]	1409 [421;1958]	1958 [624;1960]	

3.3 Coût / efficacité de l'intervention

Coût de l'intervention = coût des séances d'exercice physique

- 1869h à 67 euros /h
- Coût total intervention = 125283 euros

Coût de l'intervention par femme sur 2 ans:

- / Nb de Femmes prévues (352): 356 euros/F

Coût de l'intervention par chute traumatique évitée:

- 91 chutes évitées sur deux ans
- 1377 euros / chute

Impact économique

- 0,2 chute « modérée ou grave » évitée / an par participante
- Coût médical direct d'une chute ≈ 700 euros (moy) ou 120 (Q2) « coût très restrictif »

➔impact = 0.20*cout chute -178 < 0.

Limites:

*des femmes pourraient être en ALD mais on ne dispose pas du protocole des soins associés

*GHM/GHS « principal » lié à la chute identifié via type de fracture, de blessure : sous estimation (polypathologies)

*prendre en compte ou pas les SSR - kiné/IDE au domicile (choix de prise en charge, observance)

*VSL par défaut si pas clairement exprimé que la personne a été accompagnée par un proche

*ostéoporose : traitement pas inclus dans scénario a priori (sauf si explicite/confirmé dans le dossier de la chute).

Variante: regarder dans questionnaire de fin d'enquête si le traitement est apparu durant l'expérimentation

Discussion:

- Besoin de données plus précises
- Recours CPAM/PMSI
- Collaboration des établissements de santé pour recueil des données
- Chutes: impact plus large que simple coûts médicaux suivant la chute: complications, poly –pathologies, aidants, qualité de vie…