

Introduction

L'hypothèse d'un moindre coût médical direct (hors invalidité et arrêt de travail) des patients BPCO après réhabilitation (en centre suivi d'une année de réhabilitation au domicile), a été testée de manière rétrospective sur 13 patients pour lesquels les données exhaustives de coûts de soins ont pu être colligées sur 3 années consécutives (N-1, réhabilitation, N+1).

Matériel et méthodes

Nous avons étudié les coûts médicaux directs de 29 patients ayant choisi de poursuivre la réhabilitation à domicile pendant un an dans le cadre du réseau de réhabilitation respiratoire de Bourgogne, dont 21 ont effectué le programme dans son intégralité. Pour 13 d'entre eux, les données de remboursement de consommation de soins sont analysables de manière exhaustive sur 3 années consécutives via les bases de la CPAM des 4 départements de Bourgogne, comprenant la totalité des remboursements, toutes pathologies confondues.

L'année précédent la réhabilitation (N-1), la somme totale des coûts médicaux directs est de 9223€/an±11127, dont 6435€±11489 de coûts hospitaliers et 2789€±1702 de coûts ambulatoire : 1537€ de frais de pharmacie, 326€ de frais d'appareillage (oxygénothérapie), 280€ de soins de kiné, 177€ d'EFR, 138€ de consultation, 40€ de transport et 39 € de soins infirmiers.

L'année suivant le début de la réhabilitation (N+1), les coûts directs totaux sont passées de 9223€ à 4595€ (p=0,15), différence non statistiquement significative en raison de l'importance des écart-types et de l'augmentation de frais d'appareillage (326€ ->1328€) qui provoque une augmentation des coûts ambulatoires de 2789€ à 3944€.

A l'inverse, les soins hospitaliers ont baissé de 6435€±11489 à 651€ ±1450 (p=0,11).

Tableau 1 : comparaison des consommations de soins sur trois années des patients répondants

	N-1 n=13	écart type	N+1 n=13	écart type	N+2 n=13	écart type	p value n-1/n+2
coûts médicaux directs	9 223€	±11 127	15 807€^a	±10 489	4 595€^b	±3760	0,15
coûts hospitaliers	6 435€	±11 489	11 827€^a	±10 872	651€^b	±1580	0,11
coûts ambulatoires	2 789€	±1 702	3 981€^a	±2 968	3 944€	±2790	0,08
consultations	138€	±142	82€	±73	79€	±92	0,16
kinésithérapeutes	280€	±323	313€	±200	177€	±197	0,33
infirmières	39€	±53	25€	±37	49€	±137	0,76
pharmacie	1 537€	±900	1 915€	±1 422	2 059€	±1 221	0,11
biologie	252€	±248	108€	±88	101€	±128	0,09
appareillages	326€	±565	1 120€^a	±1 460	1 328€^a	±1 702	0,03
EFR	177€	±147	149€	±123	131€	±126	0,06
transports	40€	±143	269€	±554	19€	±31	0,64

a = p < 0,05 par rapport valeur n-1
b = p < 0,05 par rapport valeur n+1

Figure 2 : consommations de soins ambulatoires et hospitaliers avant entrée dans le réseau et après sortie

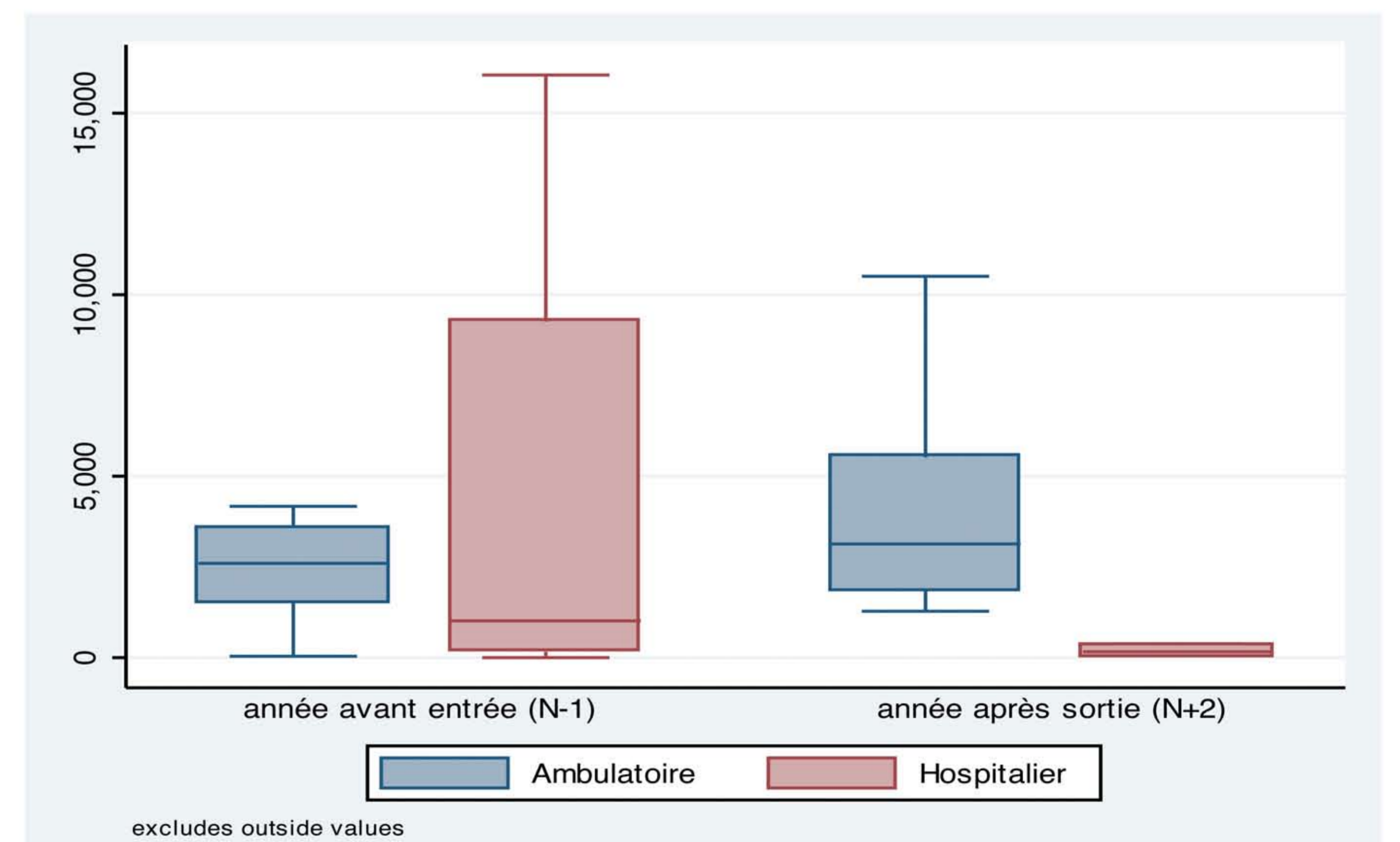
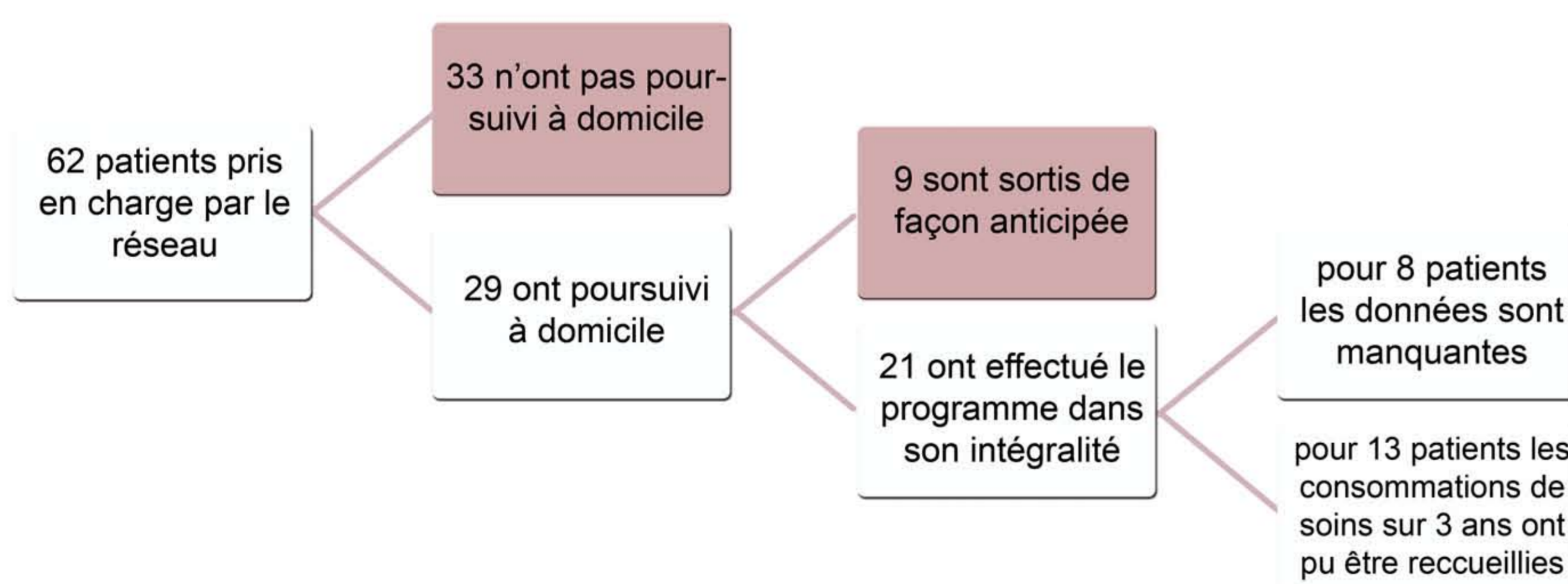


Figure 1 : diagramme des flux



Résultats

Treize patients BPCO modérée à sévère (GOLD 2 : 30%, GOLD 3 et 4 : 61%), homme : 69%, âge moyen 62±11, 53% de comorbidités cardio-vasculaires, tabagisme moyen (sur 10 patients) à 42 paquet-année±17 dont 10 sevrés, 1 non sevré, et 1 non renseigné. 3 patients appareillés (1 SAS, 1 OLD, 1 VNI) soit 23% de l'effectif, entrés en réhabilitation entre le 8 novembre 2010 et le 31 mai 2011.

Discussion-conclusion

Cette étude qui porte sur un petit effectif, illustre les difficultés d'analyse des consommations de soins du fait de la grande hétérogénéité des patients et de la mise en lumière de situations (l'exercice physique) et de diagnostic (bilan d'hypoxie, syndrome d'apnées du sommeil et hypoventilation), nécessitant un appareillage coûteux.

Malgré l'absence de significativité statistique, on observe une tendance à la baisse des coûts médicaux directs, imputable à la baisse des coûts hospitaliers, facteur qu'il importe de valider sur de plus grands effectifs, et qui conditionne en partie la poursuite du financement des réseaux par les ARS.