

COMPARAISON DES COÛTS DU TRAITEMENT DES ANÉVRISMES DE L'ARTÈRE POPLITÉE PAR ENDOPROTHÈSE VASCULAIRE DÉDIÉE ou PAR PONTAGE PROTHÉTIQUE

Objectifs :

Les anévrismes de l'artère poplitée (AAP) peuvent être traités par endoprothèse vasculaire dédiée ou par pontage prothétique. L'endoprothèse vasculaire dédiée est remboursée en France depuis fin 2012.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les coûts hospitaliers des patients présentant un AAP traités par endoprothèse vasculaire dédiée et de les comparer à ceux du pontage prothétique. Les données étaient extraites du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information).

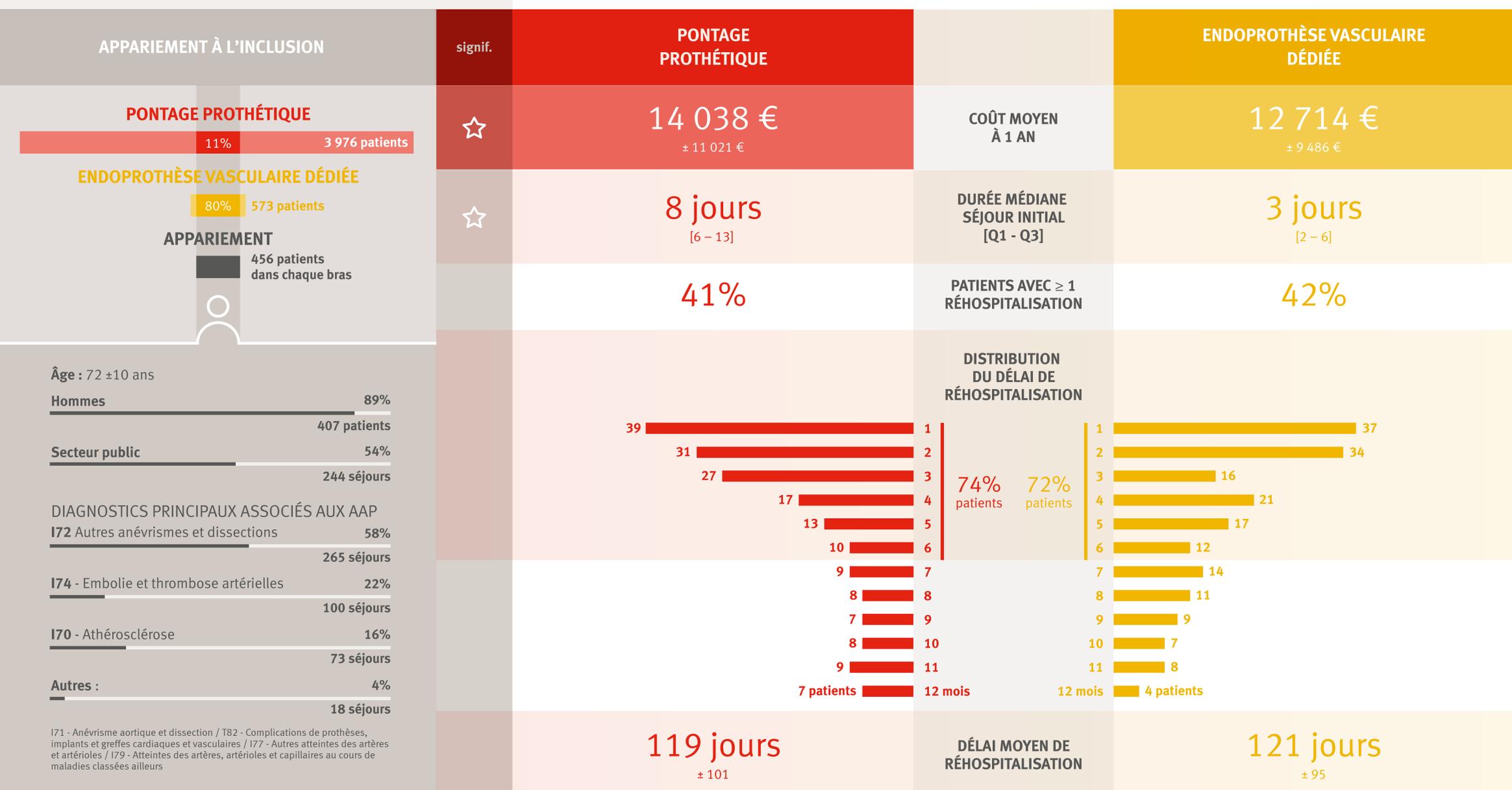
Matériel et méthodes :

Toutes les hospitalisations avec un AAP traité par endoprothèse vasculaire dédiée ou par pontage prothétique ont été extraites du PMSI en 2013 :

- le code LPP (Liste des Produits et Prestations) était utilisé pour identifier les patients avec l'endoprothèse vasculaire dédiée.
- la combinaison des codes d'actes CCAM (Classification Commune des Actes Médicaux) et des codes LPP a permis d'identifier les patients avec un pontage prothétique.

Chaque patient était ensuite chaîné pendant une année (ex. mars 2013 à mars 2014). Un algorithme et une lecture médicale réalisés par un

médecin DIM ont éliminé les réhospitalisations non liées au suivi de ces traitements. Les réhospitalisations liées uniquement à la chirurgie initiale étaient sélectionnées. Les patients étaient appariés selon l'âge, le sexe, le type d'établissement (public/privé) et le diagnostic principal CIM10 (Classification Internationale des Maladies – 10ème édition) à l'inclusion, afin de limiter les facteurs de confusion. Les coûts associés aux séjours initiaux et aux réhospitalisations sélectionnées étaient reportés. Le coût moyen annuel par patient était calculé et comparé entre les 2 bras. La valorisation a été réalisée dans la perspective de l'Assurance Maladie, à partir des tarifs officiels applicables, exprimés en Euro 2016.



Conclusion

Le PMSI regroupe l'exhaustivité des séjours hospitaliers réalisés en France afin d'analyser l'activité des établissements de santé. Il permet également de conduire des analyses économiques, et présente certaines limites à prendre en compte dans l'interprétation des résultats.

Il n'existe pas de code CIM10 spécifique de l'AAP, pour identifier les séjours à l'hôpital concernés par l'indication ciblée. Nous avons donc utilisé les actes CCAM et les codes LPP pour identifier les patients de notre étude.

La sélection des patients ayant eu une endoprothèse vasculaire dédiée sur la base du code LPP était conditionnée à l'indication d'inscription au remboursement « Prise en charge des anévrismes de l'artère poplitée », assurant une bonne représentativité des patients ; en revanche, dans la mesure où les codes CCAM et LPP utilisés pour identifier les pontages prothétiques ne sont pas limités à l'AAP, le nombre initial de patients avec AAP était certainement sur-estimé. L'appariement des deux cohortes a certainement permis de réduire ce biais.

Les actes CCAM ne précisent pas la latéralité de l'intervention initiale et des réinterventions considérées comme liées. Ces dernières ont donc aussi certainement été surestimées.

Les coûts liés aux arrêts de travail éventuels suivant l'intervention initiale et/ou les réhospitalisations ne sont pas colligés dans le PMSI : les arrêts de travail devraient être moins longs dans le bras endoprothèse vasculaire dédiée.

Cette étude montre que l'utilisation d'une endoprothèse vasculaire dédiée au lieu d'un pontage prothétique pour le traitement de l'AAP a permis de réduire le coût moyen par patient à 1 an. Les 456 patients traités avec une endoprothèse vasculaire dédiée en 2013 ont ainsi généré une économie de 603 556 € par rapport au pontage prothétique.

