

DISCUSSION

Cette étude observationnelle régionale de suivi de deux cohortes indépendantes a été mise en place en Aquitaine en septembre 2007 auprès de patients souffrant d'arthrose des membres inférieurs (gonarthrose et coxarthrose), la première en population générale (cohorte ESCAPEg), la seconde parmi une population de patients bénéficiant d'une cure thermale (cohorte ESCAPEc). Pour des raisons méthodologiques, chacune des cohortes a été laissée dans l'ignorance l'une de l'autre et chaque participant a donc reçu des informations que sur la cohorte le concernant.

Dans cette étude, 271 patients ont été inclus dans ESCAPEg par 60 MG et 371 patients dans ESCAPEc par les médecins thermaux de Dax, Saint-Paul-lès-Dax et Eugénie-les-Bains.

Au total, après exclusion des patients n'ayant pas complété certains documents de l'étude, ayant déclaré une cure dans les 6 mois précédant l'inclusion ou n'ayant pas de déclaration de soins durant les 6 mois de suivi (hospitalisation), 196 patients ont été analysés dans ESCAPEg et 295 patients dans ESCAPEc. Ces effectifs permettent de répondre aux questions posées dans cette étude.

Dans la cohorte ESCAPEg, le taux de participation active de MG était de 52,2 % par rapport aux médecins ayant donné initialement leur accord de participation et de 6,1 % par rapport aux 978 médecins contactés. Il ne peut être exclu que les caractéristiques des MG actifs soient différentes des médecins qui ont refusé de participer. Néanmoins, la comparaison des caractéristiques des médecins généralistes actifs dans ESCAPEg aux données régionales (DRESS, Janvier 2007) a montré que les différences étaient de faible ampleur : les médecins de la cohorte ESCAPEg étaient plus âgés en moyenne de 1,9 ans par rapport aux données régionales et les femmes étaient sous-représentées.

Dans chaque cohorte, la consommation de soins, de produits de santé et autre, a été recueillie sur une période de 12 mois de façon différente selon la période de recueil étudiée. En effet, durant la période des 6 mois précédant l'inclusion, les données ont été recueillies de manière rétrospective par le biais d'un autoquestionnaire complété à l'inclusion par le patient, ceci pouvant induire un biais de mémorisation. En revanche sur la période des 6 mois suivant l'inclusion, le patient devait compléter un livret en temps réel de manière prospective. Cependant les patients inclus dans chaque cohorte ont fait l'objet d'un recueil similaire de ces données dans ESCAPEc et ESCAPEg, les patients ont donc été évalués de façon similaire dans les deux cohortes. Ainsi, les éventuels biais de sélection se répartissaient de la même manière dans les deux cohortes et n'affectaient pas la comparaison des patients d'ESCAPEc et d'ESCAPEg.

Le critère principal correspondant au coût direct par patient de la prise en charge de l'arthrose des membres inférieurs a été calculé sur 12 mois et comparé entre les 6 mois précédant l'inclusion et les 6 mois suivant dans ESCAPEc et dans ESCAPEg.

Le coût moyen direct total d'un patient vu par un médecin thermal, souffrant d'arthrose des membres inférieurs est plus élevé de 125,0€ (médiane de -168,1€) sur la période des 6 mois suivant l'inclusion (1080,0€) que sur les 6 mois avant (955,0€). Cette évolution n'est pas significative. La consommation de soins concernant les actes d'auxiliaire médical et la consommation de médicaments est significativement moins élevée sur la période des 6 mois après l'inclusion.

Le coût moyen direct total d'un patient vu par un MG souffrant d'arthrose des membres inférieurs est plus élevé de 389,9€ (médiane de -99,5€) sur la période des 6 mois suivant l'inclusion (1493,8€) que sur les 6 mois avant (1103,8€). Cette évolution n'est pas

significative. La consommation de soins concernant les consultations médicales, les consultations chez un médecin généraliste et la consommation de médicaments est significativement moins élevée sur la période des 6 mois après l'inclusion.

Néanmoins du fait d'un mode de recueil différent selon la période étudiée et des biais qui peuvent en découler, la comparaison des coûts au cours des 6 mois précédant et suivant la cure n'est peut-être pas réellement pertinente.

Le coût global (direct et indirect) moyen de la prise en charge de l'arthrose des membres inférieurs sur 12 mois correspondant au critère secondaire de l'étude est de 2081,5€ (médiane de 1350,4€) pour les patients inclus par les médecins thermaux et de 2772,7€ (médiane de 1605,1) pour les patients inclus par les MG. Il est plus élevé de 111,2€ dans ESCAPEc et de 386,6€ dans ESCAPEg sur la période des 6 mois après l'inclusion par rapport aux 6 mois précédents mais cette différence n'est pas significative. Le coût global moyen pour l'Assurance Maladie est également plus élevé sur la période des 6 mois après l'inclusion dans les deux cohortes mais cette différence n'est pas significative. En revanche, le coût global moyen est significativement moins élevé sur cette période pour les patients dans ESCAPEc (-94,5€) et dans ESCAPEg (-69,1€).

La comparaison non ajustée du coût global moyen ne montre pas de différence significative entre ESCAPEc (985,2€ en moyenne, médiane de 725,7€) et ESCAPEg (1193,1€ en moyenne, médiane de 762,9€) pour la période des 6 mois précédant l'inclusion. Pour la période des 6 mois suivant l'inclusion, le coût moyen global est significativement plus faible chez les patients inclus dans ESCAPEc (1096,4€, médiane de 517,7€) que dans ESCAPEg (1579,7€, médiane de 630,5€).

Néanmoins, ces variations de coûts observées ne tiennent pas compte d'éventuelles différences entre les patients des deux cohortes.

La comparaison des caractéristiques des patients d'ESCAPEc et d'ESCAPEg a montré des différences significatives entre ces deux cohortes. En effet, les patients d'ESCAPEc sont un peu plus jeunes avec une arthrose un peu moins grave et douloureuse mais plus ancienne. En revanche, la comparaison d'autres paramètres comme le sexe et l'IMC ne montre pas de différence selon la cohorte étudiée : les deux tiers des patients inclus sont des femmes (64,7 % dans ESCAPEc et 62,8 % dans ESCAPEg) et la majorité sont en surpoids ou obèses. Les pathologies associées et facteurs de risque principalement mentionnés dans ESCAPEg et ESCAPEc sont fréquemment retrouvés chez les patients arthrosiques de façon générale comme la ménopause, la surcharge pondérale ou l'obésité et les facteurs génétiques.

La réalisation de modèles statistiques multivariés dans chaque cohorte a permis de mettre en évidence des facteurs associés à la variation du coût direct moyen sur la période des 6 mois suivant l'inclusion selon l'Assurance Maladie. Ces modèles étaient différents entre ESCAPEc et ESCAPEg. Néanmoins la majorité de ces facteurs traduisent l'effet de la gravité de l'arthrose et l'effet de comorbidités associées.

Afin de prendre en compte les différences observées dans les deux cohortes, trois méthodes d'ajustement ont été proposées pour la comparaison des coûts : l'application du modèle ESCAPEg sur les patients inclus dans ESCAPEc, la réalisation d'un modèle multivarié sur les données poolées des deux cohortes et l'ajustement sur un score de propension.

Bien qu'il persiste une différence numérique entre les coûts totaux des patients inclus dans ESCAPEc et ceux inclus dans ESCAPEg, l'ajustement multivarié qui tient compte des différences entre les groupes de patients et de l'impact de ces différences sur les coûts rend ces différences non significatives. Nous avons donc montré que la méthodologie utilisée permet effectivement de prendre en compte les différences entre les patients curistes et les patients non curistes.

CONCLUSIONS

Il ressort de cette étude la faisabilité de l'utilisation de cohortes parallèles en insu avec ajustement sur les variables explicatives, pour explorer l'impact d'intervention non marquable comme la cure thermale. Cette étude permet d'estimer l'évolution des coûts comparativement chez des patients curistes et non-curistes, de mieux cerner le profil des patients concernés. Elle montre un coût moyen plus faible chez les curistes dans les 6 mois post-cure. Elle nous permet de proposer des méthodes fines d'ajustement en fonction des caractéristiques des sujets recrutés. Ces données nous permettront également de mieux calculer le nombre de sujets nécessaire pour une évaluation plus fine, et des études de puissance appropriée pour confirmer ces résultats.