



RÉSEAU PIC
psychiatrie·information·communication

7^{ème} journées nationales
27 et 28 septembre 2018 - Rennes

Evaluation médico-économique des antipsychotiques à action prolongée dans les troubles schizophréniques

Dr Emmanuelle QUEUILLE, CH Charles Perrens, Bordeaux
Dr Nicolas MARIE, Pharmacien, CH Guillaume Rénier, Rennes

Analyse Médico-Economique (AME)

- Objectif : relier le coût de différentes interventions à leurs résultats médicaux
 - Efficience
- Confrontation des bénéfices cliniques de différentes stratégies de soins, diagnostiques ou thérapeutiques à leurs coûts respectifs
 - Hiérarchisation des stratégies en vue d'une allocation optimale des ressources

Efficacité clinique (résultats médicaux)

- Année de vie gagnée
- Décès évité
- Apparition d'un événement clinique : IDM, AVC, rechute,...

Expression en
coût /critère clinique



Coûts

Coûts directs (patients)

- Coûts imputables à la prise en charge : médicaux : (hospitalisations, consultations, médicaments, imagerie, etc.) et non-médicaux (transports, aides sociales, etc.)

Coûts indirects (patients + aidants)

- Arrêt de travail, perte de productivité
- Mortalité prématurée
- Morbidité

Coûts intangibles (patients + aidants)

- Perte de qualité de vie (souffrance physique, souffrance psychologique, etc.)

La mesure des coûts dépend de la **population concernée** (tout le monde, nouveaux patients,...), de l'**horizon temporel** (1 an, 5ans, vie entière,...) et du **point de vue adopté** (assurance maladie, établissement de santé, patient, mutuelle, société).

AME – Types d'étude

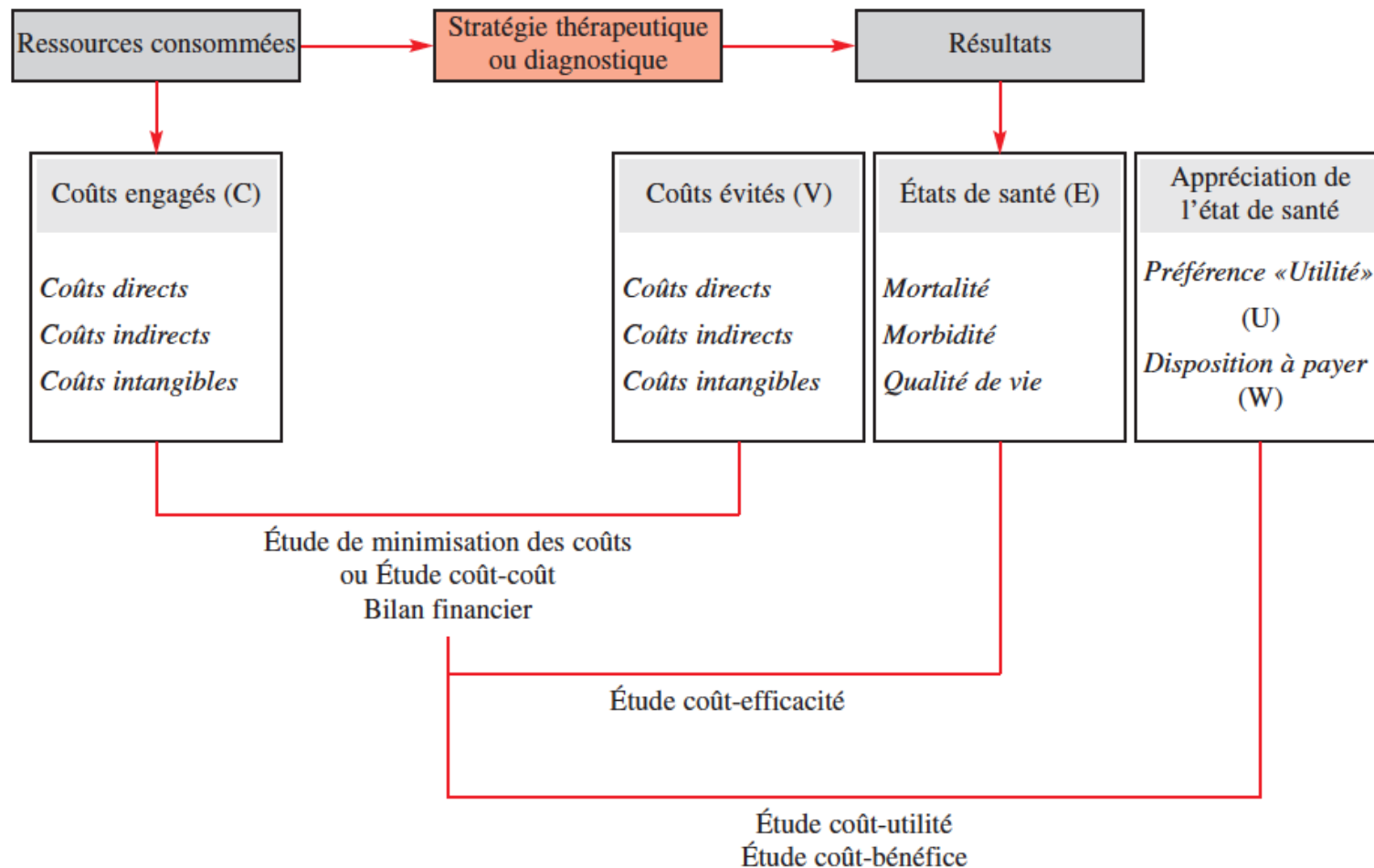


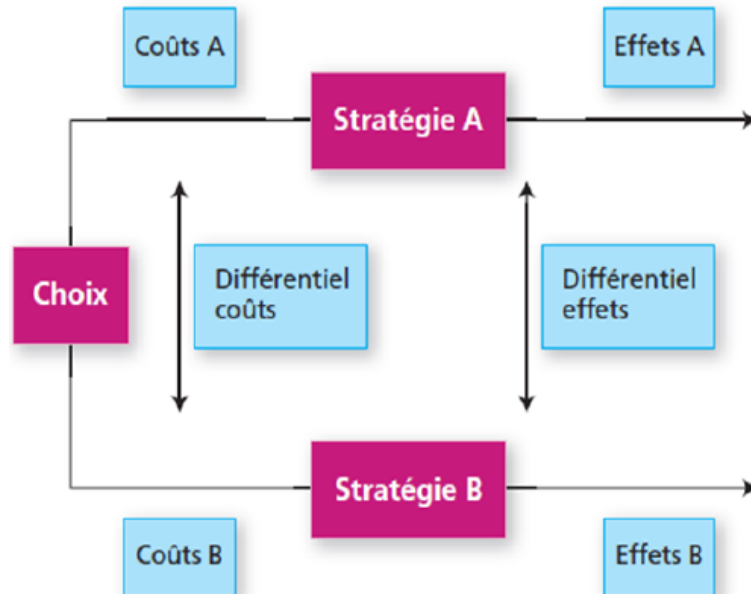
Schéma 1 : démarche de l'évaluation pharmaco-économique.

Analyse de minimisation des coûts (AMC)

- Comparaison des coûts entre des stratégies dont les résultats (efficacité, tolérance,...) sont identiques
 - Prérequis : Efficacité Stratégie A = Efficacité Stratégie B
 - Résultats : Coûts Stratégie A – Coûts stratégie B
- Expression monétaire

Analyse coût-efficacité (ACE)

- Prérequis : possibilité de relier des coûts d'une stratégie à des conséquences physiques sur la santé (années de vie gagnées, nombre de patients guéris,...)
 - Expression : Coût (ou différence de coût) / unité physique
- Expression des résultats d'une ACE en Ratio coût-efficacité incrémentaux = **ICER** (Incremental Cost Efficiency Ratios)
- Expression en Δ coûts/unité d'efficacité



• ICER = Ratio Coût-Efficacité Incremental :

$$\text{ICER} = \frac{C_B - C_A}{E_B - E_A} = \frac{\Delta \text{Coûts}}{\Delta \text{Effets}}$$

• Coût supplémentaire nécessaire pour gagner « une unité » d'effet :

$$\frac{\Delta \text{Coûts}}{\Delta \text{Effets}} = N \text{ €/unité d'effet}$$

Analyse coût-utilité (ACU)

- = ACE où les résultats sont mesurées en année de vie pondérées par la qualité de vie
 - **QALY** (Quality Adjusted Life-Year)
 - Echelle de 0 à 1 :
 - 0 = décès
 - 1 = 1 année de vie en bonne santé
 - <1 = 1 année de vie en moins bonne santé
- Exemple :
 - 1 année en bonne santé après une intervention : QALY = 1
- Analyse de référence pour l'HAS si la qualité de vie liée à la santé est identifiée comme une conséquence importante
- Valeur seuil :
 - Pas de seuil d'efficience défini en France
 - Seuil d'efficience en GB : société disposée à payer si efficience inférieure à 20 000 - 30 000 £ par QALY

Analyse coût-utilité (ACU)

- Exemple :

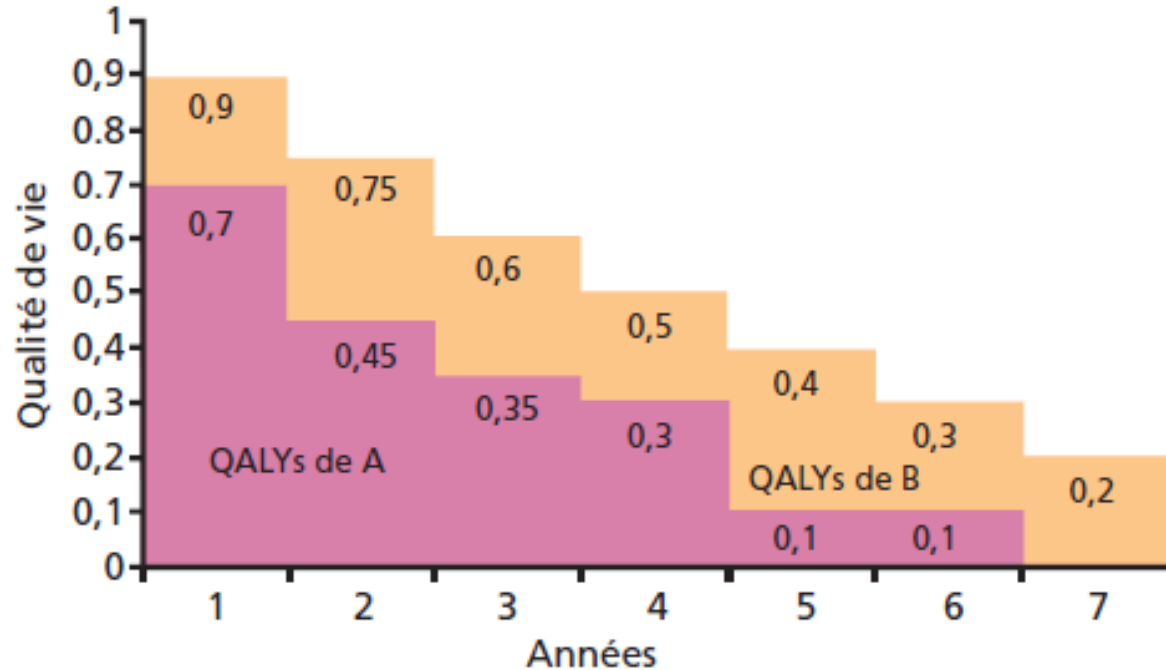
- Avec la stratégie A**

- on vit 6 ans dans un état de santé qui se dégrade
- cela correspond à 2 QALYs (l'aire en rose)

- Avec la stratégie B**

- on prolonge la survie de 1 an
- cela correspond à 3,65 QALYs.

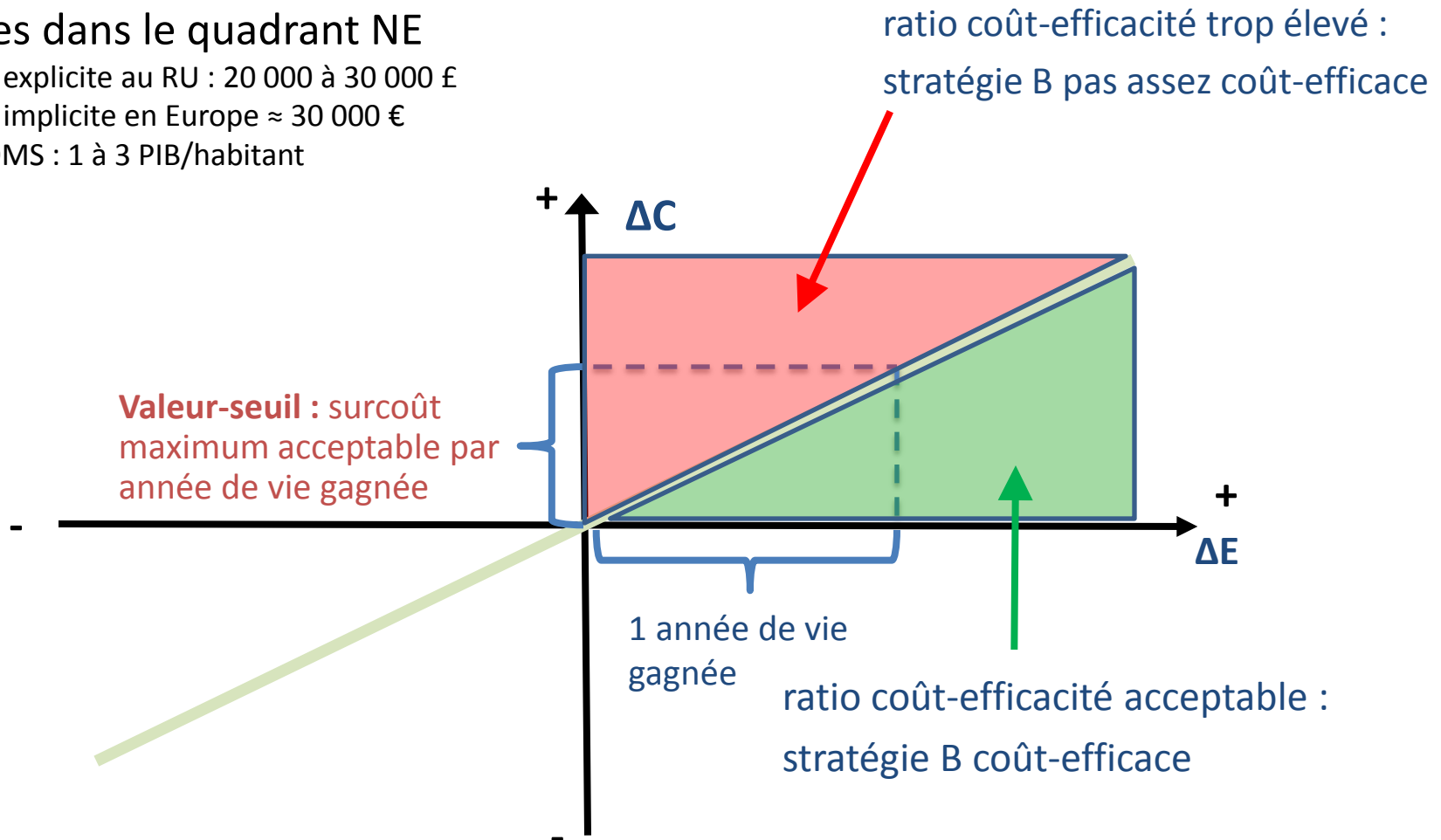
- **Ccl** : la stratégie B permet de gagner 1,65 QALYs de plus que la stratégie A



valeur-seuil

Le choix d'une valeur-seuil permet de discriminer les stratégies dans le quadrant NE

- Valeur explicite au RU : 20 000 à 30 000 £
- Valeur implicite en Europe $\approx$ 30 000 €
- Pour OMS : 1 à 3 PIB/habitant



Analyse coût-bénéfice

- Valorisation des années de vie de gagnée (en termes de productivité pour la société), du temps de convalescence épargné, des complications évitées,...
- Disposition à payer des individus pour une amélioration de leur état de santé
 - Agrégation des préférences individuelles = évaluation de ce que la société est disposée à allouer pour remplir un objectif

Réalisation d'une AME

Nécessité de définir :

- **Point de vue de l'analyse** : hospitalier, de l'assurance maladie, de la société
 - En psychiatrie : nécessité d'un point de vue hospitalier, ambulatoire et social
- **Population étudiée** : représentativité de la population générale présentant la pathologie évaluée
 - En psychiatrie : difficulté au vu de l'hétérogénéité de la population au sein d'une même pathologie mentale

– **Choix du comparateur** : usuellement la thérapeutique de référence

➤ En psychiatrie :

- peu de thérapeutiques de référence (oui à l'échelle de classe pharmacologique, quasi-non à l'échelle médicament)
- si AME sur médicament : nécessité d'une prise en charge non pharmacologique (psychothérapie, remédiation cognitive,...) identique au vu de l'importance d'effet de ces dernières
- Etude en miroir (exemple : forme orale vs forme injectable à action prolongée)

- **Horizon temporel** : normalement longue si études sur pathologie chronique (recours à la modélisation sur extrapolation de données de court terme)

- **Type de résultats pris en compte** :
 - Critère principal d'étude = mesure de clinique direct (exemple dans la SCZ : nombre de rechutes évitées)
 - Qualité de vie : utilisation d'échelle en vue de transformation en QALY (exemple : Quality Life Scale QLS, Schizophrenic Quality of Life SQOL, Quality of Life 5 Dimensions EQ-5D)

– Identification des coûts Coûts directs / indirects

➤ En pratique difficile à récolter

- Coûts directs :
 - Coûts hospitaliers : OK
 - Coûts ambulatoires : nécessité de la base du SNIIRAM (Système National d'Information Inter-Régimes de l'Assurance Maladie) mais encore peu accessible
- Coûts indirects : quasi impossible sans l'aide d'un économiste

➤ Actualisation des coûts (/horizon temporel)

➤ Mesure des coûts

« gross-costing » : PMSI (tarif par séjour)



Simplicité
Traçabilité
Insensibilité aux
particularismes locaux
Préférable pour des
généralisations

Impact de la réduction
de la durée de séjour
sur le coût?
Impact de petits
changements (ex :
réduction du temps
soignants) ?



« micro-costing » : calcul par une approche agrégative



Valorisation séparée
de chaque entrée
selon sa nature
Méthode plus précise

Chronophage
Pas toujours faisable
Spécifique à un site
hospitalier (pratique
des soins, coûts
unitaires)



➤ Problématique de la mesure des coûts

- Périmètre exhaustif des coûts
- Respect du point de vue
- Approximation ou non inclusion de certains coûts car difficiles à mesurer
- Différence entre tarifs et coûts réels
- Bon choix sur la durée de l'étude des coûts (coûts à moyen terme à long terme) ?
- Mode de recueil des consommations de ressources pas toujours aisé



Nécessité de connaître la méthode de mesure des coûts : sources, champ d'application, biais

Modélisation d'une AME

- Permet d'augmenter la puissance statistique
 - Données manquantes, incomplètes : nombre de patients, pb des études « vie réelle », bases de données (ex : SNIRAM)
 - Extrapolation via des modèles mathématiques :
 - Modèle de Markov : suivi d'une cohorte de patients à travers différents états de santé
 - Arbres décisionnels, simulations à événements discrets: suivi individuel des patients au travers différents états de santé
 - Limites : puissance des données permettant de modéliser les passages entre les différents états de santé

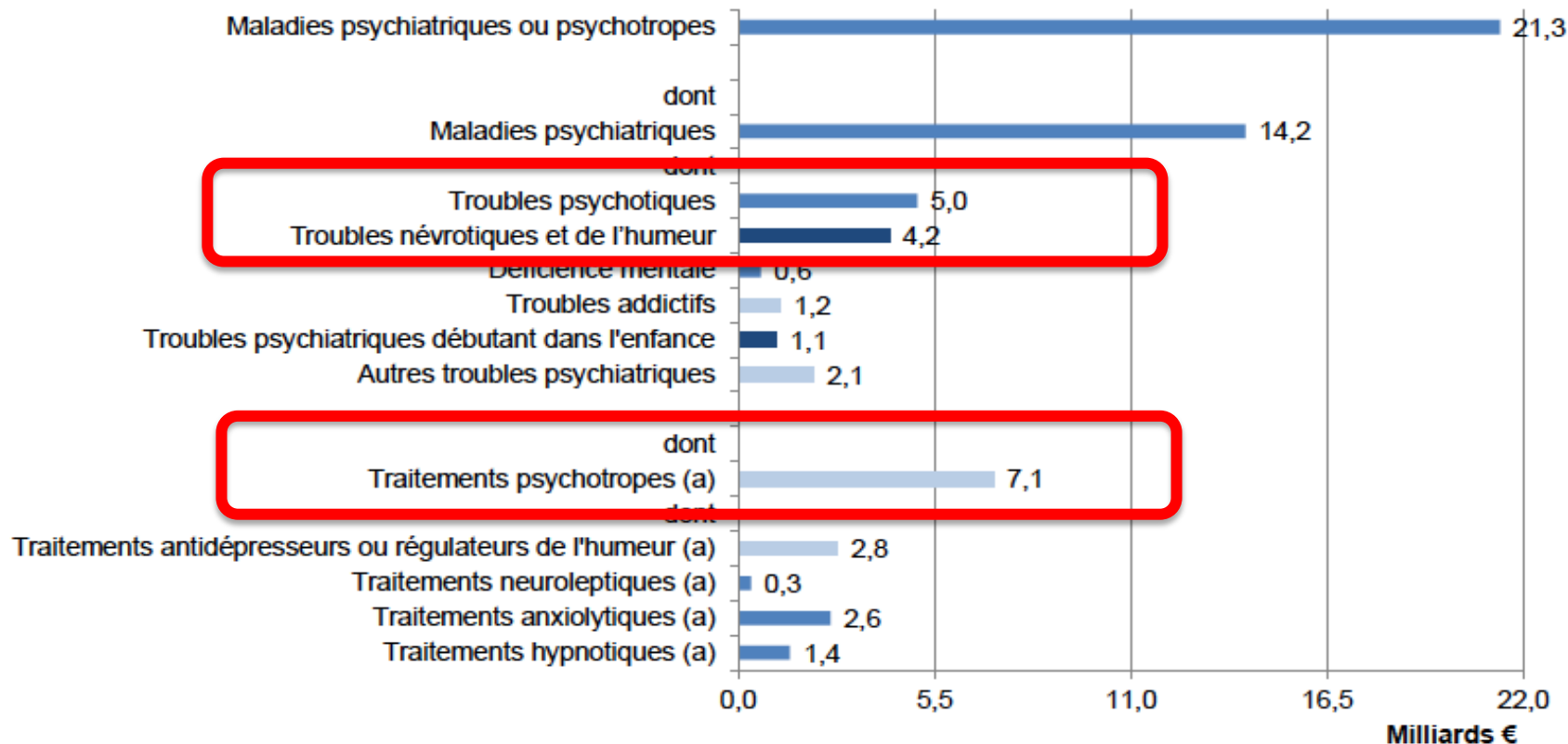
Etudes pharmaco-économiques sur les APAP

- Nombreuses mais divergentes
- Comparaison entre APAP et voie orale
- Critère principal : ré-hospitalisation (par extrapolation : rechute)
- Pas d'étude longue
- Coûts très variables selon les pays, pas de prise en compte des coûts indirects

Répartition des coûts directs par pathologie en France

Dépenses 2013 liées à la santé mentale

Environ 15% des dépenses totales



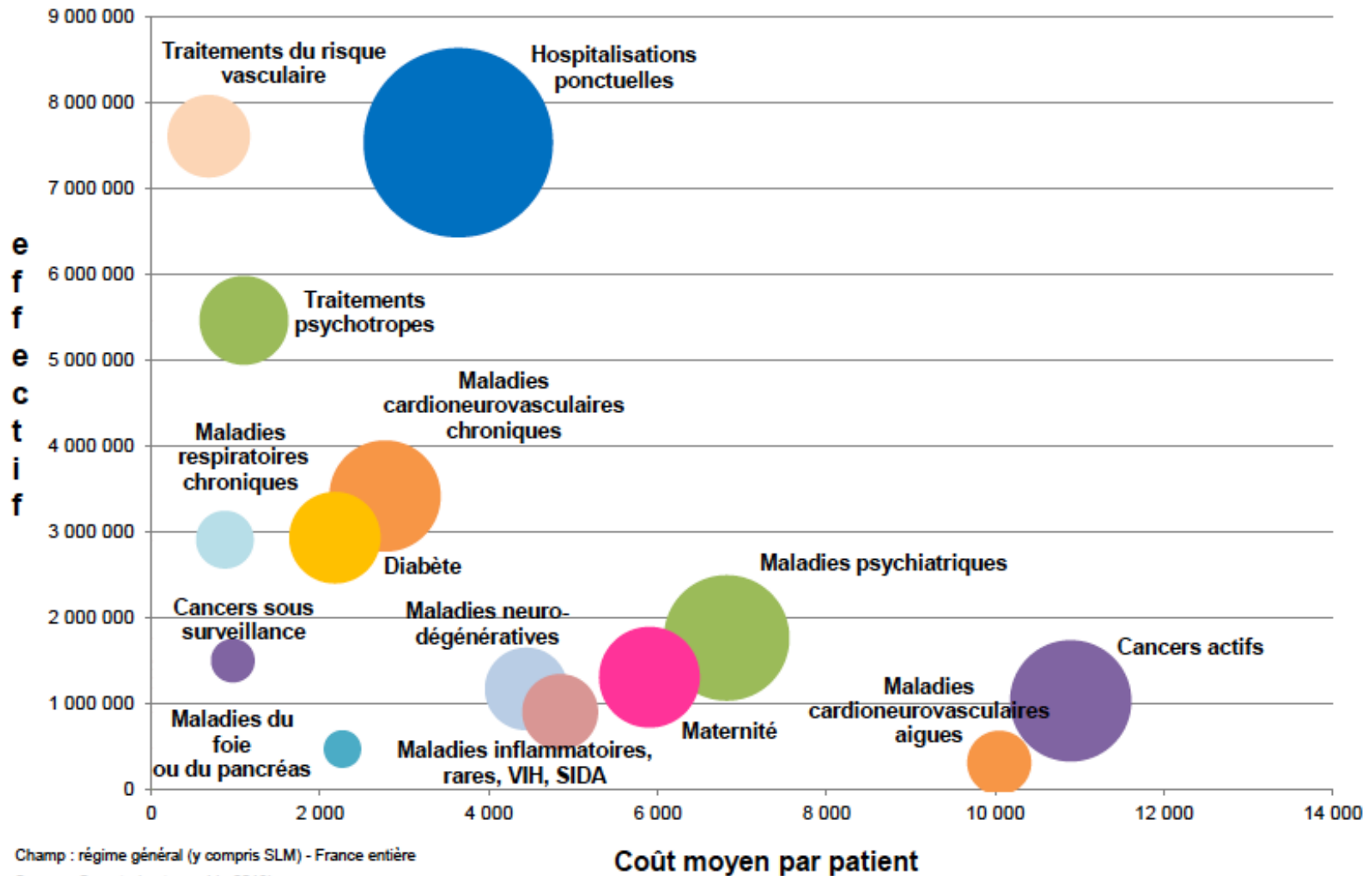
(a) hors pathologies

Champ : tous régimes (extrapolés) - France entière

Source : Cnamts (cartographie 2013)

Comparaison des coûts directs en France (3)

Poids respectifs des pathologies et des dépenses en 2013





THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
FACULTÉ DE PHARMACIE
sous le sceau de l'Université Européenne de Bretagne

THÈSE EN VUE DU
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN PHARMACIE

Présentée sous forme de

Mémoire en vue de l'obtention du
DIPLÔME D'ETUDES SPECIALISEES

de Pharmacie hospitalière Pratique et Recherche

présentée par

Justine Potaufeu

née le 05 août 1986 à Lorient (56)

ÉTUDE COÛT-EFFICACITÉ
DU PAMOATE
D'OLANZAPINE :
ANALYSE EN MIROIR SUR
UN AN

Thèse soutenue à la faculté de
Pharmacie de l'Université Rennes I
le 7 octobre 2015

devant le jury composé de :

Professeur Gwénola BURGOT
PU-PH Pharmacien - Centre Hospitalier Guillaume
Régner - Président du jury

Docteur Nicolas MARIE
PH Pharmacien - Centre Hospitalier Guillaume Régner
- Directeur de thèse

Professeur Dominique DRAPIER
PU-PH Psychiatre - Centre Hospitalier Guillaume
Régner - Membre du jury

Professeur Michel BOULOUD
PU Pharmacien - Doyen de l'UFR des Sciences
Pharmaceutiques de Caen - Membre du jury

	Un an avant instauration Médiane (Min – Max)	Un an après instauration Médiane (Min – Max)	P*
Cohorte générale n = 52	1 (0 – 6)	0 (0 – 3)	<0,001
Patients traités ≥ 1 an n = 32	1 (0 - 3)	0 (0 - 2)	<0,001
Patients traités < 1 an n = 20	2 (0 - 6)	0,5 (0 - 3)	<0,01

* : test de rang de Wilcoxon, médiane, valeurs minimale et maximale

Tableau 21 : Comparaison statistique du nombre d'hospitalisation temps complet avant et après instauration du pamoate d'olanzapine.

	Un an avant instauration Médiane (Min – Max)	Un an après instauration Médiane (Min – Max)	P*
Cohorte générale n = 52	55 (0 - 363)	34,5 (0 - 363)	P = 0,6734
Patients traités ≥ 1 an n = 32	55 (0 - 360)	14,5 (0 - 354)	P = 0,0942
Patients traités < 1 an n = 20	59 (6 - 363)	90 (1 - 363)	P = 0,2121

* : test de rang de Wilcoxon, médiane, valeurs minimale et maximale

Tableau 22 : Comparaison statistique du nombre de jours d'hospitalisation temps complet avant et après instauration du pamoate d'olanzapine.

Coût annuel par patient	Cohorte générale N = 52		Patients traités ≥ 1 an N = 32		Patients traités < 1 an N = 20	
	T - 1 an	T + 1an	T - 1 an	T + 1an	T - 1 an	T + 1an
Coût médicaments	504€	4 277€	503€	5 209€	505€	2 787€
	356€ (0 - 3 703)	4 171€ (852 - 7 845)	356€ (0 - 3 703)	5 263€ (3 208 - 7 845)	351€ (24 - 2351)	3 066€ (852 - 4 316)
Coût hospitalisation (HC+HJ)	31 079€	38 283€	28 747€	29 826€	34 808€	51 814€
	20 996€ (0 - 133 951)	23 647€ (1 697 - 133 951)	20 996€ (0 - 132 844)	14 610€ (3 983 -130 630)	21 772€ (2 435 -133 951)	43 499€ (1 697 -133 951)
Coût total	31 582€	42 560€	29 250€	35 034€	35 314€	54 601€
	21 505€ (0 - 135 072)	27 624€ (3 312 - 136 857)	21 385€ (0 - 134 628)	18 530€ (8 145 -136 857)	22 287€ (2 460 -135 072)	46 910€ (3 312 -136 790)

Tableau 25 : Coûts des médicaments, coûts de l'hospitalisation (HC : hospitalisation temps complet, HJ : hospitalisation de jour) et sommes des coûts avant et après l'instauration du pamoate d'olanzapine (de haut en bas : moyenne, médiane, Min et Max).

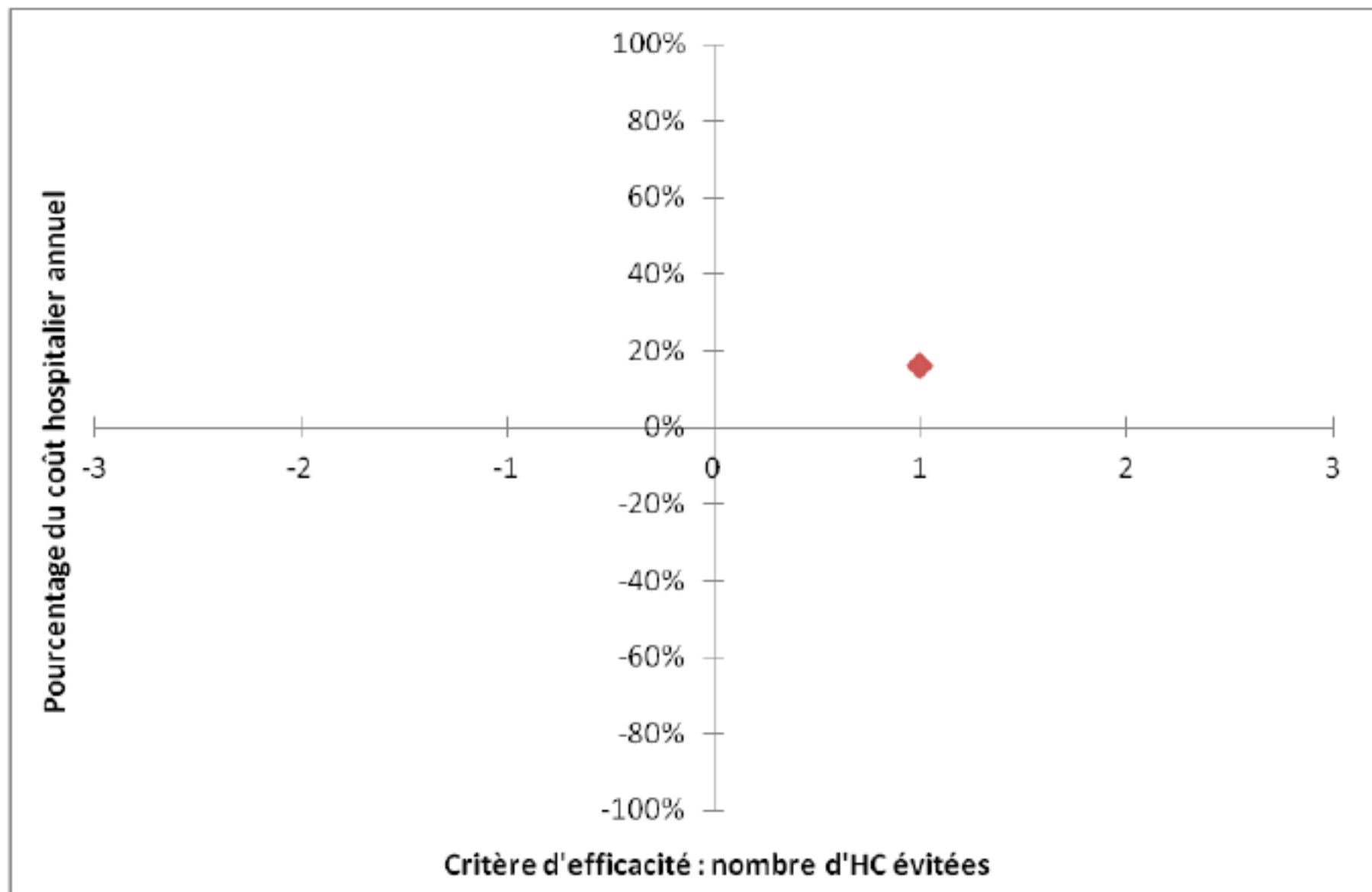
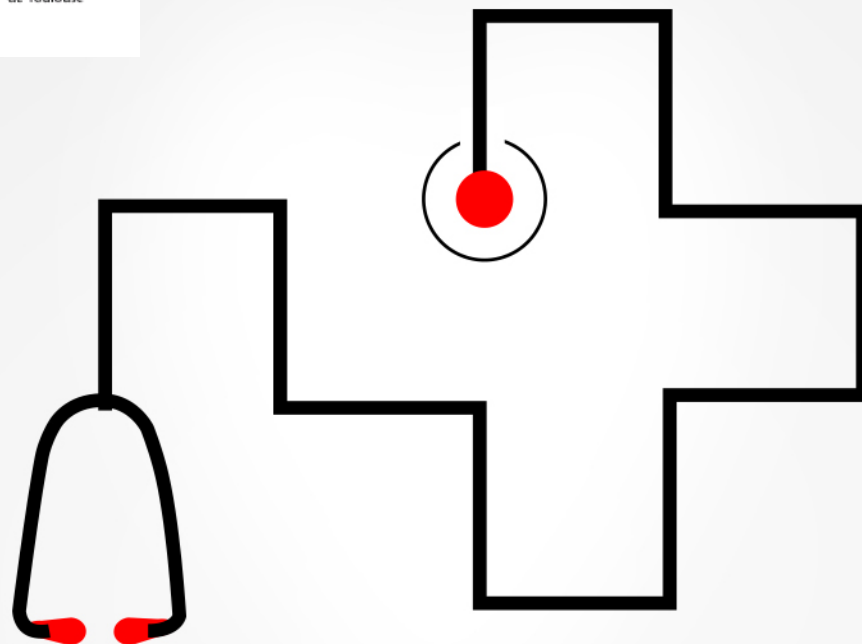


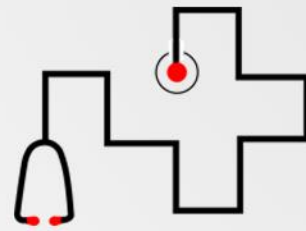
Figure 29 : Coût-efficacité du pamoate d'olanzapine sur un an (étude en miroir, n=52, pourcentage du coût hospitalier annuel à ajouter au coût hospitalier global pour éviter une hospitalisation à temps complet sur l'année).



Evaluation médico-économique des AntiPsychotiques à Action Prolongée dans les troubles schizophréniques

Ann-Lise MIKOLAJCZAK
Emmanuelle QUEUILLE

Genèse du projet (1/4)



Pourquoi cette étude en vie réelle ?

APAP

- Médicaments qui représentent le poste de coût le plus important dans les hôpitaux psychiatriques

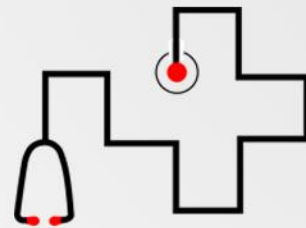
Efficience

- Quid de l'efficacité, au regard du profil de tolérance et du coût ?

Analyse de la
littérature

- Modèle médico-économique méthodologiquement robuste (Druais *et al.*, 2016)
- Peu de publications françaises incluant des données de vie réelle

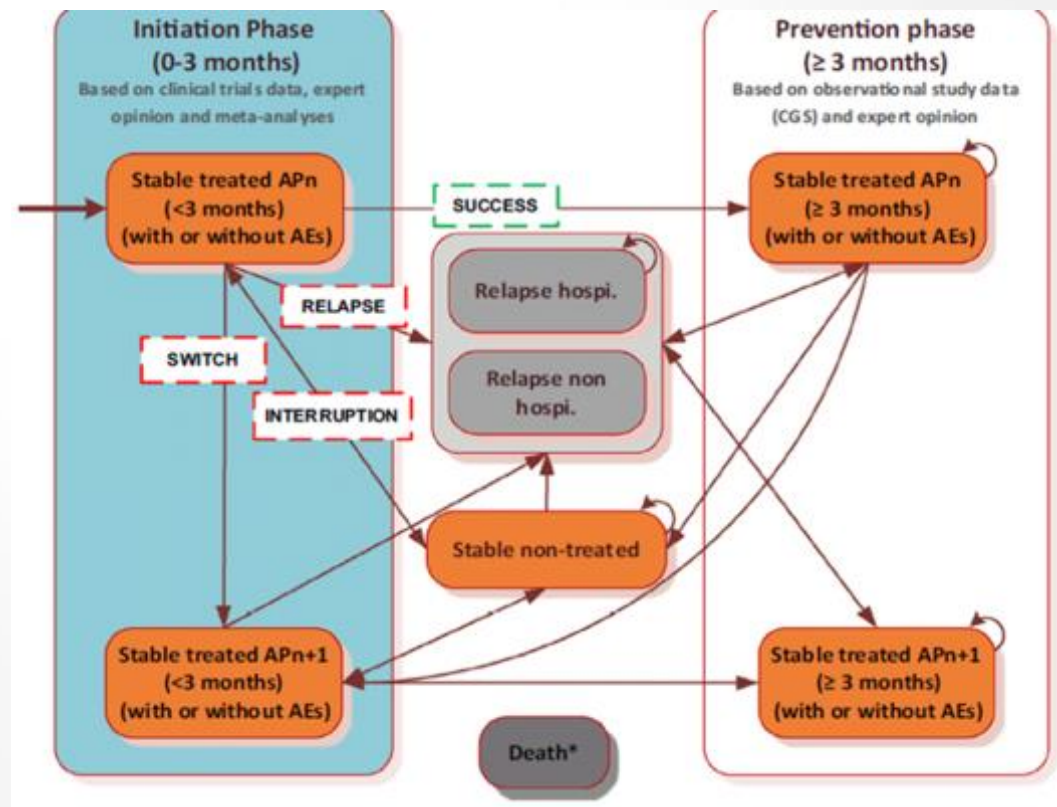
Genèse du projet (2/4)



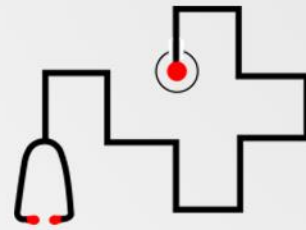
Synthèse de l'article de Druais *et al.*, 2016

Objectif : estimer le ratio coût-efficacité du Xeplion® vs les autres traitements antipsychotiques dans le traitement de la schizophrénie en France

- Modèle de Markov
- Population étudiée : adultes schizophrènes, stabilisés après un épisode schizophrénique
- Horizon temporel = 5 ans
- Taux d'actualisation = 4%
- 4 types d'états de santé : traités stables, stables non traités, rechute, mort
- Perspective : Assurance Maladie



Genèse du projet (3/4)



Conclusion sur l'efficience :



Xeplion®

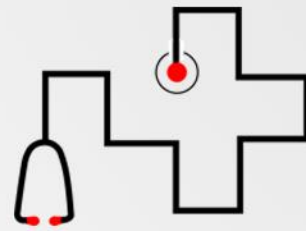
Limites de Druais *et al.* : de nombreuses données sont extraites

- de résultats d'essais cliniques
- de revues de la littérature
- d'avis experts (n = 2)



Introduction de nos données en vie réelle

Genèse du projet (4/4)



Pourquoi une étude multicentrique ?

Augmenter la
puissance statistique
de notre étude

Evaluer d'éventuelles
différences de pratiques
cliniques et de prescriptions
entre les centres

Quels hôpitaux participants ?

- Centre Hospitalier Charles Perrens à **Bordeaux**
- Centre Hospitalier Guillaume Rénier à **Rennes**
- Centre Hospitalier Gérard Marchant à **Toulouse**
- EPSM Lille-Métropole à **Lille**



Notre étude en vie réelle : méthodologie



Objectif :

Evaluer le taux de ré-hospitalisations (qui définira le taux de **rechutes**) des patients traités par APAP en vie réelle, en vue d'évaluer l'efficacité au regard de la tolérance et du coût.



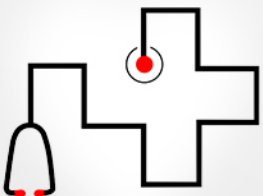
Ciblage de 5 molécules retard (injectable en IM) :

Abilify Maintena[®], Xeplion[®], Risperdal Consta[®], Zypadhera[®], Haldol Decanoas[®]



Population de l'étude :

Instaurations de traitement par APAP entre le 1^{er} mars et le 30 septembre 2015, et suivi prospectif des patients pendant 1 an à partir de leur inclusion (jusqu'au 30 septembre 2016)



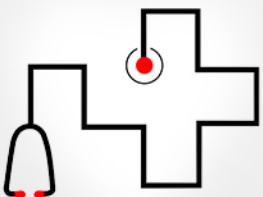
Données recueillies

Données DIM et DPI

- Informations générales patient (âge, sexe)
- Diagnostic psychiatrique (selon la classification CIM-10)
- Situation sociale : précarité, conditions de vie
- Facteurs de risque (addictions, risque suicidaire)
- Morbi-mortalité (EI, décès)
- Si arrêt de traitement : cause + alternative thérapeutique
- Si réhospitalisation : date + durée d'hospitalisation complète
- Ruptures thérapeutiques ou perdus de vue

Données économiques hospitalières

- Coût de l'hospitalisation complète
- Coûts médicamenteux (prix d'achat HT)



Résultats

1	F20, F21	Schizophrénies
2	F22	Troubles délirants persistants
3	F25	Troubles schizoaffectifs
4	F31	Troubles bipolaires
5	F60, F69	Troubles de la personnalité
6	F43, F84, F89, F91	Diagnostics pédopsychiatriques
7	F29, F38, F92	Autres
8	F23	Troubles psychotiques aigus et transitoires

Patients inclus
N = 390

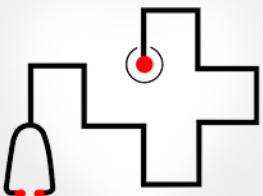
Les patients sont
classés en 8
catégories de
diagnostics

Seules les
catégories 1, 2 et
3 sont conservées

Patients de la
"cohorte
générale"
N = 390

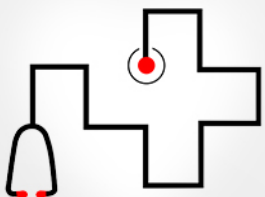
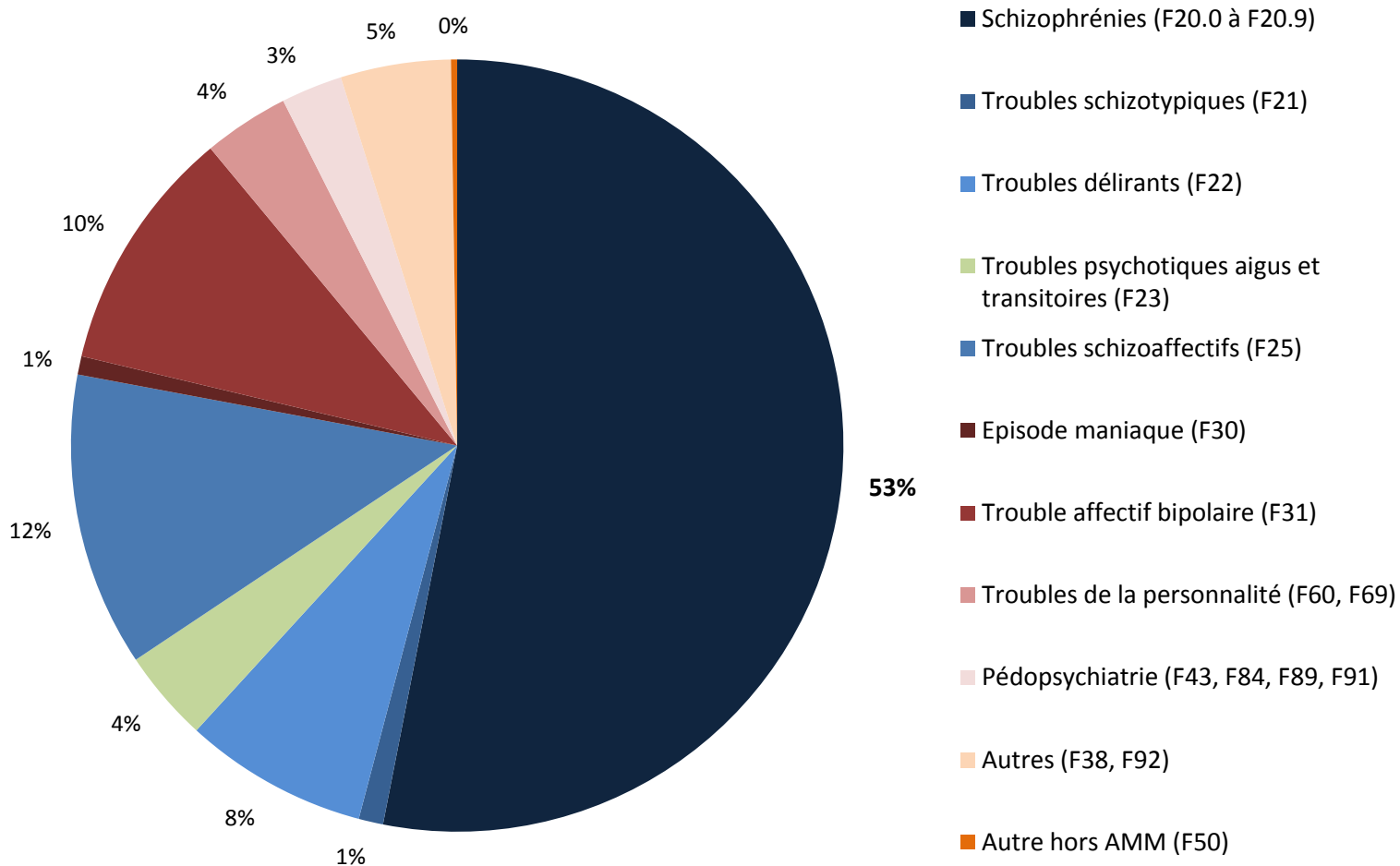
Patients de
l'étude
"schizophrénie"
N = 289

74%



Résultats « cohorte générale »

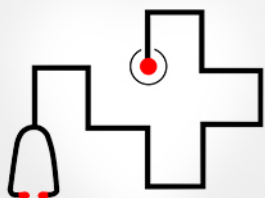
Population d'inclusion (n = 390)



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Répartition selon les villes et molécules (n = 289)

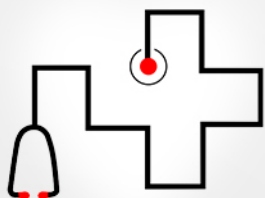
	Abilify Maintena®	Xeplion®	Risperdal Consta®	Zypadhera®	Haldol Decanoas®	TOTAL
Bordeaux	16	38	6	4	14	78
Lille	11	23	3	1	8	46
Rennes	31	38	7	14	2	92
Toulouse	32	12	11	1	17	73
TOTAL	90	111	27	20	41	289



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Répartition selon les villes et molécules (n = 289)

	Abilify Maintena®	Xeplion®	Risperdal Consta®	Zypadhera®	Haldol Decanoas®	TOTAL
Bordeaux	16	38	6	4	14	78
Lille	11	23	3	1	8	46
Rennes	31	38	7	14	2	92
Toulouse	32	12	11	1	17	73
TOTAL	90	111	27	20	41	289



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

F20
F21
F22
F25

Démographie

♀ ↗ avec âge

Majoritairement
célibataires (75%)
et sans enfant
(74%)

Sex ratio de 2,2
[1,6 Rennes – 3,2
Toulouse]

51% vit seule, 7%
SDF, 4% foyer spé,
1% incarcéré

FDR et rechute
psychotique

Majoritairement
sans emploi (74%)

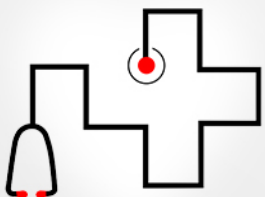
3 décès durant
l'étude

Age moyen de 38,3
ans (12,8)

Prestation
handicap dans 37%
: DS, < Rennes

Précarité pour 14%
des patients : DS
entre les centres

+++ à Toulouse 29% >> Rennes 5%



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

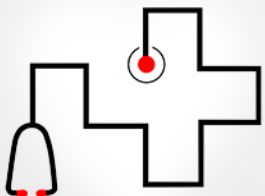
Facteurs de risque de rechutes psychotiques

Addictions

- 5 catégories : tabac, alcool, cannabis, médicaments et polytoxicomanie
- 69% avec au moins 1 addiction, dont 48% polytoxicomanes
- Pas de DS entre les 5 APAP
- Polytoxicomanies plus nombreuses à Bordeaux et Lille

Risque suicidaire

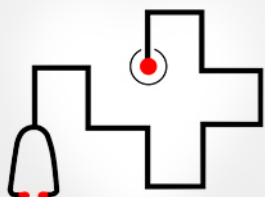
- 1/4 des patients
- Pas de DS entre les villes
- Pas de DS entre les molécules (max Abilify Maintena, min Xeplion)



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Efficacité

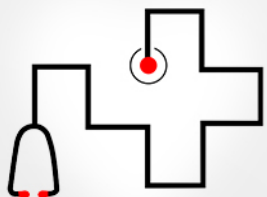
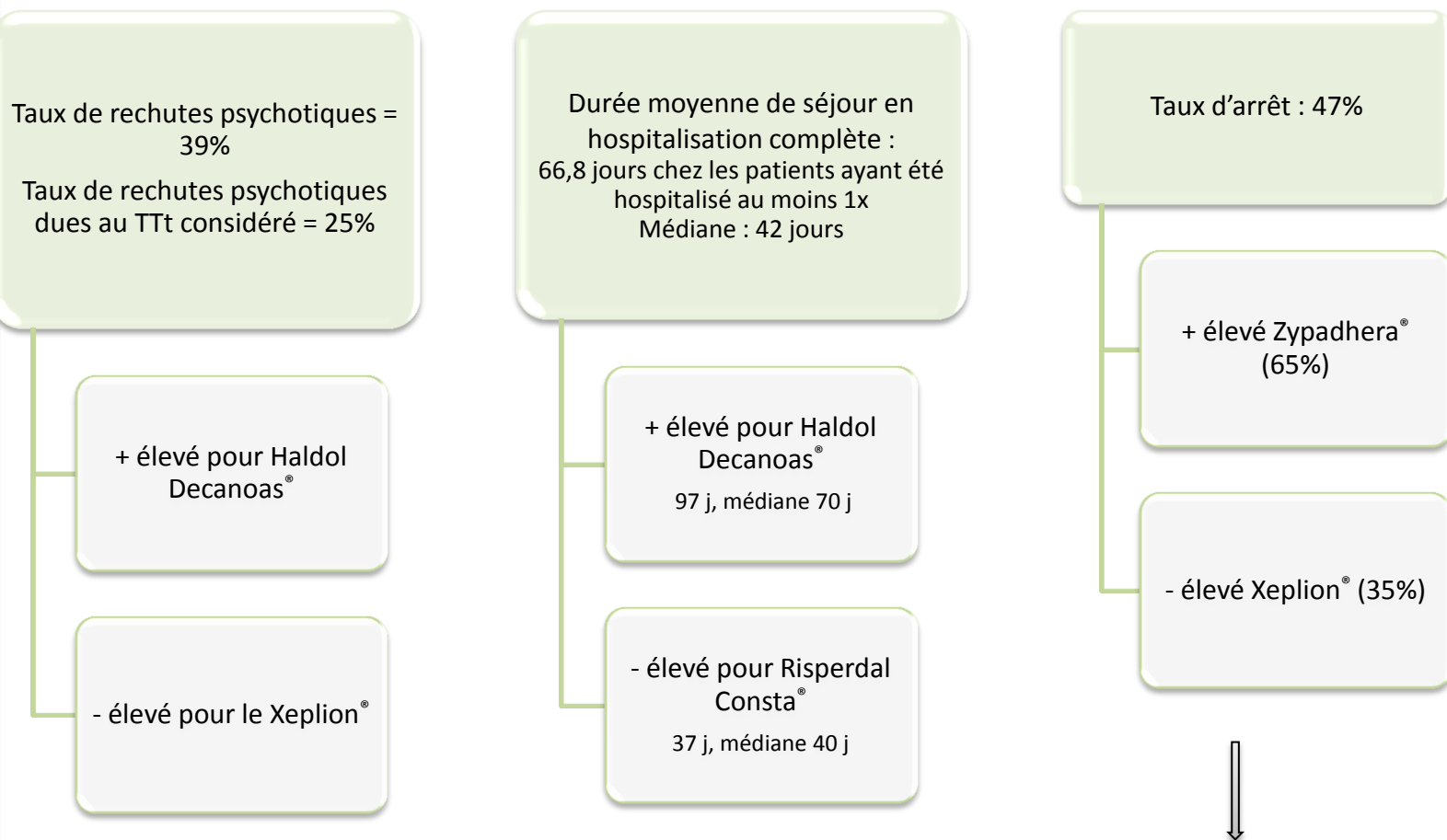
	Effectifs	Nb patients réhospitalisés Au moins une fois (%)	Nombre de réhospitalisations total	Durée d'hospitalisation moyenne chez les patients réhospitalisés
Abilify Maintena®	90	29 (32%)	42	71,8
Xeplion®	111	20(18%)	32	56,5
Risperdal Consta®	27	8 (30%)	11	36,5
Zypadhera®	20	4 (20%)	4	39,3
Haldol Decanoas®	41	14 (34%)	21	96,6
TOTAL	289	75	110	66,8



Causes principales : inefficacité (34%) > rupture thérapeutique (24%)
> volonté du patient (19%) > EI (15%)

Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Efficacité

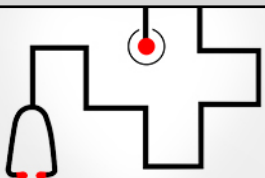


Causes principales : inefficacité (34%) > rupture thérapeutique (24%)
> volonté du patient (19%) > EI (15%)

Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Tolérance

	Abilify Maintena®	Risperdal Consta®	Xeplion®	Zypadhera®	Haldol Decanoas®	Total
Anomalies au site d'administration	5	0	6	4	0	15
Affections des organes de reproduction	3	1	7	0	2	13
Troubles extrapyramidaux	7	2	6	1	6	22
Troubles du métabolisme /nutrition	5	1	11	6	2	25
Affections vasculaires	0	0	1	0	1	2
Affections du système nerveux	14	1	14	0	5	34
Affections psychiatriques	4	0	7	1	2	14
Affections gastrointestinales	1	0	5	0	0	6
Affections cardiaques	0	1	0	0	0	1
Autres	1	1	4	0	0	6
TOTAL	40	7	63	12	18	138



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Tolérance

- 33% avec un (ou plusieurs) EI
- Nombre moyen d'EI par patient = 1,5
- EI les plus fréquents :

**Affections
du SNC
Sédation ++**

Abilify M[®] +
Xeplion[®]

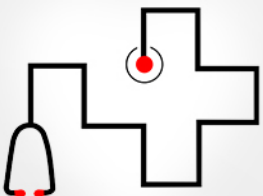
**T. métab. et
nutrition
Prise de poids**

Zypadhera[®]

**Troubles
extrapyramidaux**

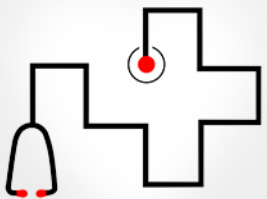
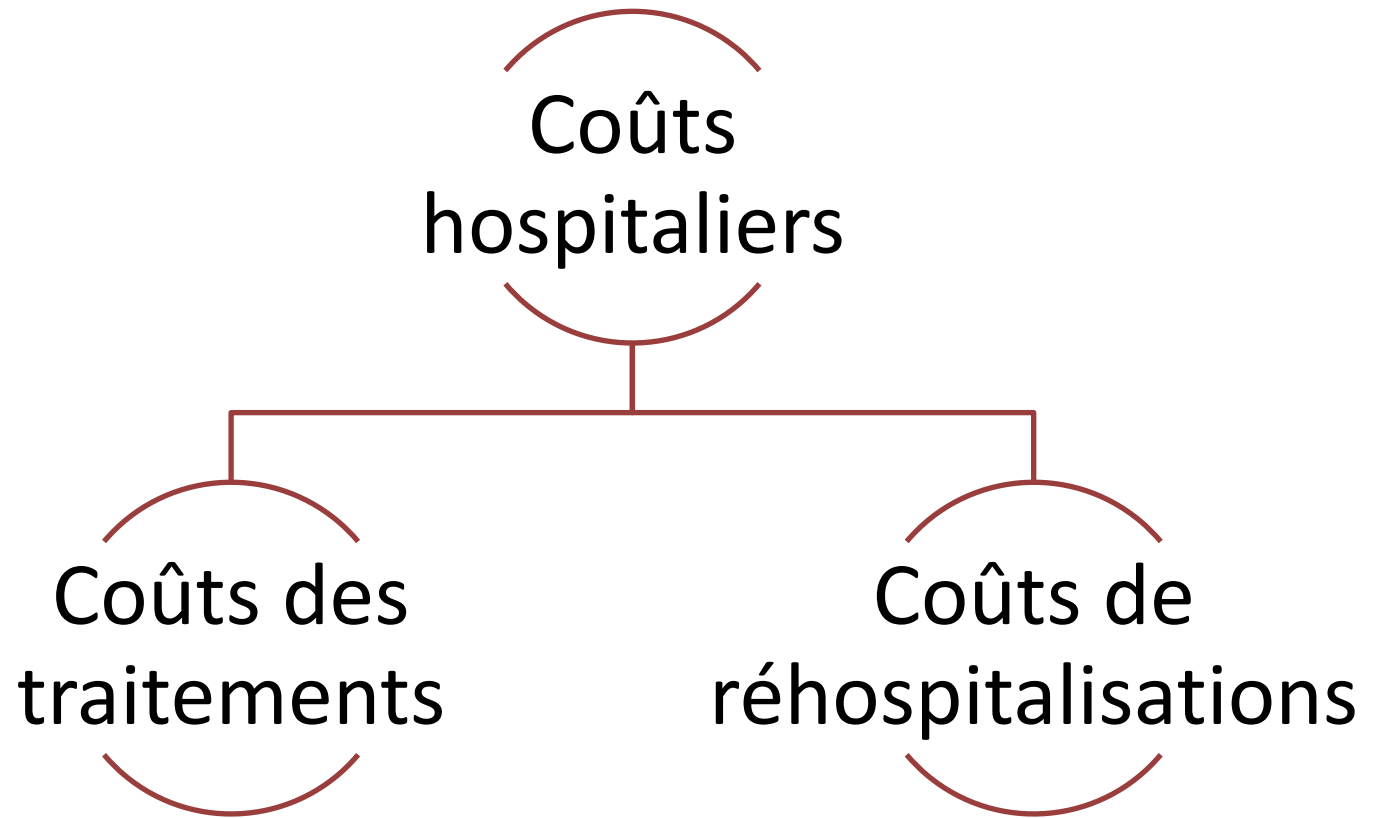
Haldol
Decanoas[®]

- Réactions au point d'injection = 10%
- Identiques entre les sexes



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Coûts hospitaliers totaux



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Coûts médicamenteux hospitaliers

PRIX D'ACHAT HORS TAXE

- ❖ Identiques entre les centres pour Haldol Decanoas®, Abilify Maintena® et Risperdal Consta®
 - ❖ Différents pour le Xeplion ® et le Zypadhera®
- moyenne pondérée sur les 4 hôpitaux et sur les années 2015-2016

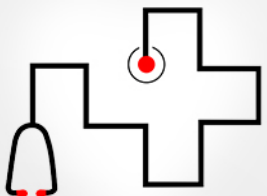
RÉSULTATS



Que ce soit en termes de coût médian et de coût moyen

- Le **Zypadhera®** est le plus coûteux pour l'hôpital : **3 475€** et **3 012€**
- L'**Haldol Decanoas®** est le moins coûteux pour l'hôpital : **70€** et **81€**

A interpréter avec prudence en raison d'effectifs faibles (écarts-types importants) !!



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Coûts des réhospitalisations

TARIFS JOURNALIERS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE

Extrêmement variables en fonction des centres
→ moyenne pondérée sur les 4 hôpitaux et sur les années 2015-2016

Coût moyen d'une journée d'hospitalisation temps plein

Bordeaux	780€
Lille	662,3€
Rennes	387,8€
Toulouse	492,6€
Moyenne	580,7€
Moyenne pondérée	555,5€

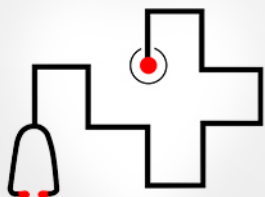
RÉSULTATS

Les coûts de réhospitalisations annuels moyens par patient sont :

- Plus élevés dans le groupe **Haldol Decanoas®** : 15 413€
- Plus bas dans le groupe **Zypadhera®** : 4 361€



A interpréter avec prudence en raison d'effectifs faibles (écarts-types importants) !!



Résultats – « Schizophrènes et apparentés »

Coûts hospitaliers totaux

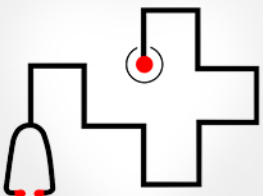
RÉSULTATS

Coûts médians	Coûts moyens
- Plus importants dans le groupe de patients Haldol Decanoas[®] - Plus faible dans le groupe Xeplion[®]	- Plus importants dans le groupe de patients Haldol Decanoas[®] - Plus faible dans le groupe Risperdal Consta[®]

ANALYSE PAR BOOTSTRAP

Analyse des facteurs discriminants de coûts :

- Diagnostics psychiatriques
- Génération d'antipsychotique
- Molécule
- Sexe
- Tranches d'âge

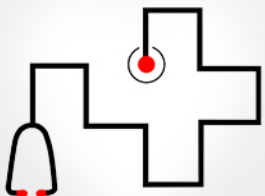


Limites de l'étude → ouverture

A l'avenir...

Items à intégrer dans les futures études médico-économiques

- ✓ Histoire de la maladie du patient
- ✓ Traitements associés et antérieurs
- ✓ Evaluation clinique de la gravité de la pathologie (échelle PANSS)
- ✓ Qualité de vie (ex : EQ-5D)
- ✓ Mesure de l'intervalle QT avant et après traitement
- ✓ Mesure du poids corporel
- ✓ Horizon temporel plus long
- ✓ Prise en compte de l'ambulatoire
- ✓ ...



Discussion / conclusions

Population « schizophrènes et apparentés » (n = 289)

Efficacité



XEPLION®

Tolérance



RISPERDAL
CONSTA®

Coûts



XEPLION® et
RISPERDAL
CONSTA®

Coût annuel moyen de PEC de la schizophrénie : 12 220 €

Varie de 8 564 € pour le Risperdal Consta à 17 554 € pour l'Haldol Decanoas

Druais *et al.* (2016) :

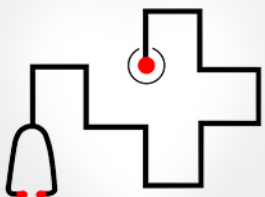
11 500 €

Ministère de la Santé (2004) :

15 000 €

Raymond *et al.* (2009) :

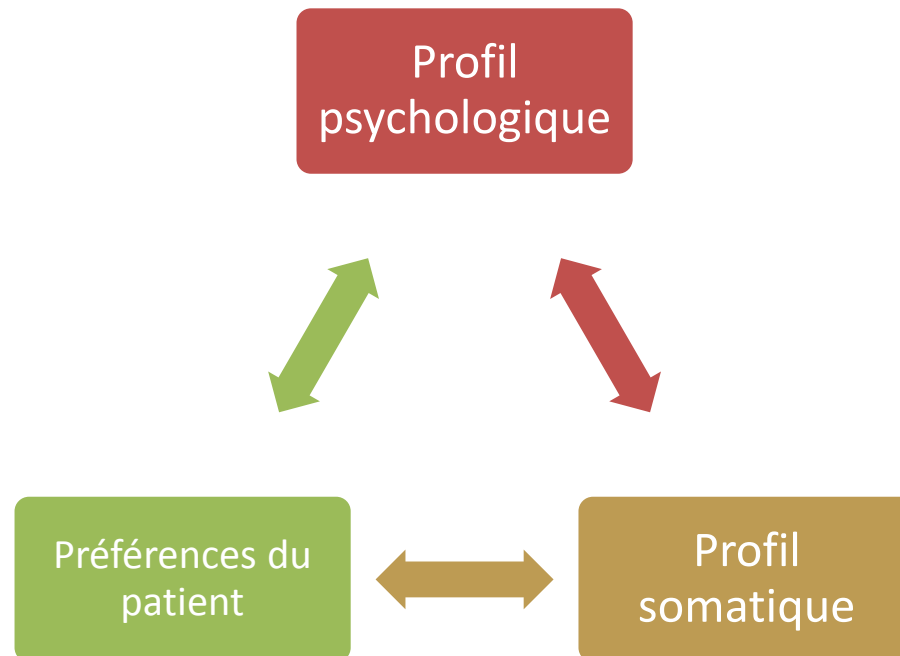
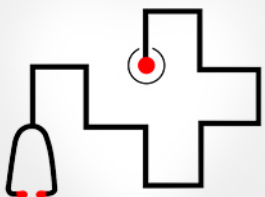
Médiane = 10 065€



Conclusions

- ✓ Avantage principal : apporter des données en vie réelle en écho à l'article de Druais *et al.*
- ✓ Facteurs de succès du traitement :
 - Réduction du taux de réhospitalisation
 - Amélioration de l'observance
- ✓ Molécules aux profils pharmacodynamiques et pharmacocinétiques différents

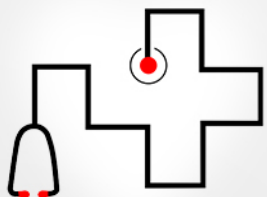
Prévention de la rechute



Merci pour



votre attention



RÉSEAU**PIC**

psychiatrie • information • communication