

CISIH

Impact des antiprotéases sur la survenue du sida et les hospitalisations dans dix centres spécialisés

Florence Lot

Réseau National de Santé Publique (Saint-Maurice)

Nassera Mesatfa

Réseau National de Santé Publique (Saint-Maurice)

**Impact of
protease
inhibitors on
AIDS-defining
events and
hospitalizations
in 10 french
AIDS reference
centers**

Mouton Y.,
Alfandari S.,
Valette M.,
Cartier F.,
Dellamonica P.,
Humbert G.,
Lang J.M.,
Massip P.,
Mechali D.,
Leclercq P.,
Modai J.,
Portier H. and
the Fédération
nationale des
centres de lutte
contre le sida

L'analyse de l'impact clinique et économique de l'utilisation des antiprotéases dans le traitement de l'infection VIH dans 10 CISIH montre une forte diminution du nombre de journées d'hospitalisation ainsi qu'une stabilité des coûts totaux, les coûts des traitements étant compensés par la baisse de ceux liés aux hospitalisations.

L'objectif de cet article est d'analyser l'impact clinique et économique de l'utilisation des antiprotéases dans le traitement de l'infection VIH, en comparant les pathologies sida et les coûts avant et après la diffusion de ces nouvelles molécules en France.

Dix Centres d'Information et de Soins de l'Immunodéficience Humaine (CISIH)* (sur 30) ont été volontaires pour participer à l'étude et fournir des données tous les mois entre septembre 1995 et octobre 1996. Ont été recueillies comme données les nombres de patients vus dans les CISIH, de ceux recevant des antirétroviraux dont des antiprotéases, de journées d'hospitalisation, d'admissions en hôpital de jour et de consultations, d'événements cliniques définissant le sida et de décès. Les coûts ont été évalués sur la base des coûts des médicaments et des consultations tels que fixés par arrêté ministériel, et par les coûts hospitaliers pour les journées d'hospitalisation et les admissions en hôpital de jour.

En France, les antiprotéases sont devenues disponibles, en dehors des essais thérapeutiques, en mars 1996. Deux périodes de temps ont donc été comparées dans l'étude, septembre-octobre 1995 et septembre-octobre 1996.

L'analyse porte sur un total de 7 757 patients (mais curieusement le tableau principal de l'article ne fournit les données que pour 7 749 patients).

Le coût moyen par journée d'hospitalisation est de 3170 +ou- 770 francs et par admission en hôpital de jour de 2940 +ou- 1180 francs. Les coûts d'une consultation, d'un mois de bithérapie et d'un mois de trithérapie avec une antiprotéase, valorisés sur la base des tarifs ministériels, sont respectivement de 204, 2000 et 5000 francs.

Entre sept-oct 1995 et sept-oct 1996, le nombre d'événements cliniques sida a diminué de 35% et le nombre de décès de 46%. Dans le même temps, le nombre de journées d'hospitalisation a diminué de 35%, tandis que le nombre de consultations a augmenté de 15% et les admissions en hôpital de jour de 5%. Le nombre de patients sous antirétroviraux a augmenté de 49% entre les 2 périodes et ceux sous antiprotéases de 5420%. Les coûts liés aux hospitalisations et aux consultations ont diminué de 23%, tandis que les coûts des traitements ont augmenté de 116%. Mais les coûts totaux sont restés stables (1,6% d'augmentation), le coût par patient et par mois étant évalué à environ 4100 francs.

Pour évaluer l'impact de la prescription précoce des antiprotéases, une analyse complémentaire a été réalisée pour comparer les 3 CISIH qui les ont prescrits le plus tôt, avec les 3 CISIH qui les ont prescrits le plus tard. La diminution des pathologies sida, des décès et des journées d'hospitalisation, entre les 2 périodes, a été plus marquée dans les 3 centres ayant prescrit des antiprotéases les premiers. Les coûts globaux ont diminué de 9% dans ces centres, tandis qu'ils ont augmenté de 9% dans les 3 centres prescripteurs tardifs. Néanmoins, les coûts par patient et par mois sont moindres dans ces centres par rapport aux 3 centres ayant prescrit les premiers des antiprotéases.

Ces 6 CISIH ont aussi été comparés, en appliquant un coût homogène pour les journées d'hospitalisation et les admissions en hôpital de jour, en se basant sur le prix le plus bas ou le plus élevé observé parmi eux. Quelle que soit l'hypothèse envisagée, les auteurs concluent que les CISIH les premiers prescripteurs coûtent moins que les autres (ce qui est faux si on regarde le tableau 3 de l'article, puisque c'est la diminution des coûts entre les 2 périodes de référence qui est, dans 3 scénarios sur 4, plus importante dans les CISIH prescripteurs les premiers. Les coûts par patient et par mois dans ces CISIH restent toujours supérieurs à ceux des CISIH ayant prescrit les antiprotéases les derniers).

Cette étude réalisée dans 10 CISIH, ce qui représente selon les auteurs 15% des patients séropositifs en France, retrouve la diminution importante des nouveaux cas de sida et de décès, observée depuis la diffusion des antiprotéases dans la

surveillance nationale de l'épidémie (1). Elle retrouve aussi l'évolution, observée par la direction des hôpitaux, en matière de type de recours hospitalier des patients infectés par le VIH (diminution des journées d'hospitalisation et augmentation des admissions en hôpital de jour et des consultations) (2)

Cette étude donne des indications sur l'impact économique des nouvelles thérapeutiques. Il est intéressant de constater que si le surcoût lié aux médicaments est très important, la réduction des coûts liée aux modifications dans les recours hospitaliers fait qu'il n'y a pas de surcoût global pour la prise en charge des patients séropositifs.

La comparaison réalisée, entre les CISIH ayant été les premiers à prescrire des antiprotéases et ceux ayant été les derniers à le faire, présente moins d'intérêt, dans la mesure où bien évidemment la diminution des cas de sida, des décès et des journées d'hospitalisation entre les 2 périodes considérées est plus importante chez les premiers. On ne dispose pas d'ailleurs des dates précises à partir desquelles ces CISIH ont effectivement commencé à prescrire des antiprotéases. De plus, étant donné que les files actives hospitalières sont très spécifiques à chaque établissement, les événements cliniques et les recours aux soins diffèrent entre eux, ce qui rend difficile l'interprétation des tendances observées. La discussion fait référence à la notion de bénéfices (définis en termes de survie et de diminution des cas de sida) rapportés aux coûts. L'établissement de ce type de rapport est cependant ici biaisé, compte tenu là aussi de la disparité des files actives hospitalières. Le pourcentage de diminution des décès n'ayant pas de ce fait de sens réel, il ne peut être utilisé comme indicateur de bénéfice.

Il y a par ailleurs une confusion, dans la méthode, sur la notion de négociation à propos de l'enveloppe sida, dont la fixation résulte d'une répartition entre établissements effectuée par les DRASS et les DDASS (après discussion avec les établissements). Les coûts des journées d'hospitalisation complète et des admissions en hospitalisation de jour ne sont donc pas négociés, comme indiqué dans l'article, mais calculés sur la base de la comptabilité analytique hospitalière établie par rapport à l'enveloppe sida. La disparité, l'augmentation ou la diminution des coûts sur une période ne peut donc être

totalelement imputable à l'introduction des antiprotéases.

De façon globale, la compréhension de cet article n'est pas facile, dans la mesure où il est très succinct, les tableaux y sont très peu commentés et les modes de calcul des coûts ne sont pas toujours clairement explicités. - Florence Lot et Nassera Mesatfa

1 - Réseau National de Santé Publique
" Surveillance du Sida en France "
BEH, 1997, 37-38, 165-172

2 - Tchakamian S, Bourdillon F, Nadal JM et al.
" Activité liée au VIH dans 24 sites hospitaliers de France
métropolitaine en 1995-1996 "
BEH, 1997, 37-38, 173-175

* Tourcoing, Rennes, Nice, Rouen, Strasbourg, Toulouse, Saint-Denis,
Grenoble, St-Louis (75) et Dijon.